

21

PROPERTY OF THE  
PUBLIC LIBRARY OF THE  
CITY OF BOSTON,  
DEPOSITED IN THE  
BOSTON MEDICAL LIBRARY.

★  
No 3781-16

V.5  
1907



# DR. J. LORENZO CASALDUC

CIRUJANO DENTISTA DE LA UNIVERSIDAD DE PENSILVANIA,  
ESTADOS UNIDOS DE AMERICA.

**GRAN**

GABINETE DENTAL donde se encontrarán siempre los últimos adelantos para la práctica de la MODERNA CIRUJIA Y PROTESIA DENTAL.

ESPECIALIDAD EN TRABAJOS ORTODÓNTICOS.

ó sea corrección de las irregularidades de los dientes, y EXTRACCION NE bajo la influencia de anestésicos locales y generales, entre éstos el reconocido Protóxido de nitrógeno, esto es, el Gas hilarante.

MODICIDAD EN LOS PRECIOS. TODO GARANTIZADO.

HORAS DE OFICINAS: DE 8 DE LA MAÑANA  
A 5 DE LA TARDE

San Francisco 44,

San Juan, Pto. Rico.

**Dr. Manuel del Valle,**

**Mateo D. Fournier**

CIRUJANOS DENTISTAS

SAN JUSTO No. 9

HORAS DE CONSULTA.

De 8 á 11—A. M.

De 1 á 5—P. M.

**Mistógeno Hlops**

El último triunfo de la medicina para combatir la

**TUBERCULOSIS**

y todos los estados que acusan desgaste de fuerzas ó debilidad del organismo.

Pídalo en la

**FARMACIA BLANCO**

UNICOS DEPOSITARIOS

SAN JUAN.

# DR. ALVAREZ VALDÉS.

CIRUJANO DENTISTA AMERICANO.

CON 20 AÑOS DE PRACTICA.

Con todos los elementos necesarios para el ejercicio de la profesión.

**EQUIDAD, ESmero Y GARANTIA**

HORAS DE OFICINA

De 8 á 11—A. M.

De 1 á 5—P. M.

San Francisco esq. á Cruz,

Plaza Baldorioty.

2481/2

# Fumigadores de Lister de Formaldehide.



El uso del Fumigador de Lister, está exento de todo peligro y de producir mal olor ó cualquiera otra sensación desagradable. En el procedimiento ordinario de desinfección la voz general es: *Dos desinfecciones equivalen á un incendio.* Aun cuando los vestidos y los muebles se envien á un lugar apropiadamente dispuesto para el objeto, siempre sufrirán mucho deterioro, porque el vapor y el azufre, para que sean eficaces, no pueden menos que ser destructores. Pero el **FUMIGADOR DE FORMALDEHIDE DE LISTER** no causa efectos perjudiciales ni

en la madera barnizada, ni en los metales, ni en el oro ó la plata, ni en los colores ó tintes, ni en el papel de las paredes, y ni en los muebles. Es absolutamente inofensivo para todos los utensilios domésticos, y debido á eso y á su poder desinfectante, es admirablemente apropiado para su empleo en las habitaciones.

Pero también desde otro punto de vista su superioridad es tan marcada, que puede decirse abre una nueva era en el campo de la desinfección, porque este gas, al par que destruye los malos olores y los gérmenes morbosos, no ejerce efectos tóxicos en el hombre ni en los animales. El olor del formaldehide es sin embargo muy molesto para los insectos, y los hace huir. Está asimismo demostrado que no sólo no son tóxicos los vapores del formaldehide, sino que son muy útiles en las habitaciones de los enfermos y producen efectos terapéuticos de gran valor. En algunos países se han empleado las inhalaciones de este gas con gran éxito en casos de catarros, difteria, bronquitis, asma, tisis, grippe, etc. También causa efectos beneficiosos en la tos convulsiva. En vista, pues, de su baturatura, de su eficacia, de su utilidad práctica y su propiedad de ser inofensivo para las personas, etc., el **FUMIGADOR DE LISTER** supera á todos los demás fumigadores y tiene que merecer el favor del público.

El **FUMIGADOR DE LISTER DE FORMALDEHIDE** se fabrica de dos tamaños; grande y pequeño. El envase en que van los citados fumigadores, está hecho de un material incombustible.

Un **FUMIGADOR DE LISTER** de tamaño pequeño es suficiente para fumigar una habitación de mil pies cúbicos, y un **FUMIGADOR DE LISTER** tamaño grande, puede desinfectar una habitación de cuatro mil pies cúbicos.

**De venta en todas las Drogerías y Farmacias.**

Mara 31-1909

\* 3781.16

115-10015

5-

# BOLETIN

DE LA

Julio Cervera Blau

## Asociación Médica de Pto.-Rico.

Año V. 1909

ENERO 1907.

Núm. 50.

### SESION CIENTIFICA

DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA CELEBRADA EL DÍA 13 DE ENERO DE 1907 EN EL ATENEO

La Asamblea se dividió en dos sesiones: una que comenzó sus labores á las dos de la tarde, terminando á las 7 y la otra, por la noche, desde las 9 hasta las 11.

La mesa presidencial la ocupaban los doctores Stahl, Gutiérrez Igarvidez, Vélez López y Quevedo Báez.

El señor Presidente dió un saludo de bienvenida á los señores concurrentes, agradeciéndoles el interés, que médicos puertorriqueños y americanos se tomaban por el progreso científico de la profesión en Puerto Rico, estimando aquello, como prueba de cariño á este país, ya que estas manifestaciones de cultura, contribuían á darle crédito y prestigio.

Entre los concurrentes recordamos á los doctores Muñoz Díaz, Ruíz Arnau, Cestero, Molina, Stokes, Butler, Lugo Vifia, Matanzos, Toro Cuebas, Cordero, Curbelo etc.

Inicia los debates el doctor Curbelo, para presentar nuevas argumentaciones clínicas, en favor de un caso diagnosticado por él de *Beri-beri* y que, como cuestión de disciplina académica, había rebatido antes en el Boletín Médico, el doctor Ruíz Arnau, por entender, que aparte las razones científicas que le abonaban para creer, que aquel caso clínico, no cabía en el cuadro del *beri-beri*, era necesario, para la mayor firmeza en los fines, que perseguía la Asociación, en estas Asambleas científicas, acompañar á cada historia clínica, la presentación personal de los casos.

El Dr. Curbelo aportó abundante argumentación en favor de su diagnóstico y si bien el Dr. Ruíz Arnau no hizo una negativa absoluta de aquel diagnóstico, hizo una corrida por el campo de la neuropatología para probar, cómo manifestaciones morbosas de otras entidades clínicas, podían confundirse con las sorprendidas en el caso de *Beri-beri* por el Dr. Curbelo. La exposición del Dr. Ruíz Arnau fué una conferencia de muy nutrida doctrina científica.

El Dr. Muñoz Díaz, presentó á la consideración de la Asamblea un caso de *polineuritis generalizada*, haciendo una minuciosa y acabada historia clínica del mismo.

Hizo un recorrido de todo el proceso seguido por esta enfermedad, deteniéndose y haciendo consideraciones de gran peso científico en la valoración etiológica de la enfermedad, muy propenso, por lo general el juicio diagnóstico, tratándose de estas enfermedades de hondo proceso morbozo, á caer del lado de la especificidad. Recorrió la escala diagnóstica, con un luminoso juicio clínico, y en una exposición clara, precisa y robusta, afirmando que el caso correspondía á una *polineuritis generalizada* en vías de curación, pues el enfermo, que se hallaba presente, y que fué observado por los médicos concurrentes, revela gran mejoría en todos los síntomas, que le aquejaban y una restitución completa de los planos musculares, que habían desaparecido, casi por completo, en el proceso de atrofia, sufrido por el enfermo.

Concurren al mismo debate los doctores Ruíz Arnau y Gutiérrez Igaravidez.

El Dr. Stokes presenta 5 casos de cirugía: dos de apendicitis, uno de ellos con el apéndice ulcerado y resección de un porción de intestino; dos hernias inguinales y un caso de epiteloma del labio inferior, con resección de las glándulas submaxilares y ganglios del cuello.

El Dr. Stokes, presenta también, una nota preliminar de un caso de *leucemia*, cuyo diagnóstico previo había sido hecho en consulta, por el Dr. Ruíz Arnau. En este caso, mediante la aplicación de los rayos X, ha obtenido una notable mejoría. El examen de la sangre, hecho por los doctores Gutiérrez Igaravidez y Butler revela que el paciente va camino de su curación.

El Dr. Vélez López hace presentación de una mujer con un voluminoso tumor abdominal.

El Dr. Quevedo Báez presenta una moción á la Asamblea, para que esta tome en consideración el informe dado por el Consejo Ejecutivo, relativo al estado sanitario de San Juan, en lo que se refiere al estado de las aguas del acueducto. Prueba, que dicho informe del Comité de salud adolece de error científico y pide á la Asamblea, que considere este asunto, por entender que está deficiente y que no se ajusta á la verdad científica, que debe brillar en un documento oficial de tanta importancia, por relacionarse con la salud pública.

El Dr. Quevedo Báez aduce pruebas suficientes en favor de la declaración oficial hecha por el Departamento de Sanidad, de que *las aguas del acueducto de San Juan, se hallan contaminadas.*

La Asamblea considera la cuestión, presentándole todo el interés que dicho asunto tiene y en vista de esa moción del Dr. Quevedo Báez, referente al informe, que el Comité de salud pública del Consejo Ejecutivo produjera, con motivo del mal estado de salud general de la ciudad, en meses pasados; la Asociación Médica acordó manifestar públicamente, su extrañeza y contrariedad porque en asunto de tal importancia, no fuera solicitada oficialmente su intervención, para el esclarecimiento del mismo, siendo así, que en otras ocasiones y muy especialmente cuando se iniciaron los trabajos de extinción de la anemia, la iniciativa y concurso de la Asociación Médica resultaron de positiva eficiencia, pues cuenta en su seno, con elementos muy capaces para las investigaciones científicas.

Acordó también, la Asociación manifestar, que adoptándose por los centros gubernativos esa línea de conducta, se podrían evitar, en lo futuro, *errores científicos* en la apreciación de hechos ó exposición de los mismos.

También se tomó en consideración un proyecto del doctor Quevedo Báez creando un Montepío Médico.

Se levantó la sesión á las 7 de la noche, acordándose reanudarla á las 9 de la misma.

### SESION NOCTURNA

Con asistencia de los Drs. Gutiérrez Igaravidez quien preside, por ausencia del Dr. Stahl, Muñoz Díaz, Cestero, Ruíz Arnau, Quevedo Báez, se reanudan los trabajos de la Asamblea. Vuelve el Dr. Muñoz á hacer extensas consideraciones sobre el caso de *polineuritis generalizada*, presentado por él, en la sesión de la tarde y concurren á la discusión los doctores Ruíz Arnau y Cestero, quien presenta varias observaciones de casos que él ha observado en Guayama y que había diagnosticado de *polineuritis*.

El Dr. Ruíz Arnau hace una breve exposición de dos casos de penición lumbrar practicados por él en enfermos de *hidrocefalia*, trayéndolos al conocimiento de la Asamblea más bien como novedad científica, que como eficaz recurso terapéutico, toda vez, que en el país no hay recuerdo de que se hubiere practicado hasta la fecha tal operación. A las 11 de la noche terminó la sesión, habiéndose acordado, que la próxima Asamblea científica de la Asociación, tenga lugar en Guayama el 1er. Domingo de Abril próximo.

## Discurso Inaugural del Presidente

EN LA ASAMBLEA DEL DIA 30 DE DICIEMBRE DE 1906.

SEÑORES:

Hemos arribado al final del segundo bienio de la existencia de nuestra por todos conceptos muy querida Asociación Médica, y aquí termina el período que á esta Junta de Gobierno fué asignado para dirigir sus destinos. Dos años, ha que recibimos de manos de la anterior y primera Directiva, la obra completa y en plena marcha, una de las más gallardas, simpáticas y prestigiosas que puertorriqueños consagrados al cultivo de la mas noble ciencia han creado, la primera y única Asociación científica constituida en Puerto Rico. Cerebros pensadores, almas generosas, hombres de capacidad y reflexión fueron sus fundadores, y un grupo de compañeros entusiastas y desinteresados dirigieron sus primeros pasos con admirable acierto, renovándose la Directiva, á los dos años de instalada, en cumplimiento de un precepto constitucional y encomendándose á nuevos elementos que, me es satisfactorio consignar, han utilizado siempre, los sinceros consejos de la Directiva saliente, saturada de eficaz experiencia, adquirida en el difícil desempeño de su delicado cometido.

La responsabilidad de la Junta de Gobierno entrante, era grande, inmensa. No estaba concretada su misión á conservar solamente el sagrado depósito, en el estado que lo había recibido de la Junta saliente; no se trataba de vulgares bienes materiales ó de una institución baladí y frívola: representaba la suma de altas aspiraciones aportadas en solemne concurso por sacerdotes de profunda ciencia, consagrados á la investigación de los mas recónditos secretos de la sublime creación en sus relaciones íntimas ó inmediatas con el rey de la naturaleza, con el hombre, en que culmina la obra admirable del eterno creador del Universo. Nuestra ciencia no se concreta solamente, á la esfera de la medicina especulativa: es una ciencia experimental, que extiende su amplio radio de acción á la naturaleza toda, en relación con el hombre. El médico es y debe ser médico naturalista á la vez. Así lo entienden las asociaciones médicas de los más cultos países, y nosotros debemos cultivar, en nuestra asociación, todas aquellas ciencias en que el médico se reconoce también naturalista, especialmente biólogo, porque la biología es la parte de la medicina que estudia la vida y el origen de las fuerzas por las que la materia se mueve, agita, acciona y reacciona en el concierto universal, en él operamos progresando con paso firme, con perseverancia inquebrantable y eficaz, iluminada nuestra senda por la esplendente antorcha de la verdad indestructible de la ciencia.

Nuestra Asociación Médica deberá ser un reflejo perfecto y acabado de sus similares establecidas en los países de la mas alta cultura y á la consecución de este propósito han de dirigirse las energías de su Directiva. No temo equivocarme, compañeros, si en este lugar, en estos momentos solemnes y oportunos, declaro, poseído de la más firme convicción, que los progresos realizados

por nuestra Asociación, en el corto espacio de los dos últimos años transcurridos, superan á las esperanzas concebidas por la inmensa mayoría de los incorporados, y de esto hemos de persuadirnos á poco que fijemos nuestra atención en la marcha progresiva, los trabajos extensivos y el prestigio creciente que la han favorecido.

En primer lugar se dió comienzo con las sesiones científicas trimestrales, las primeras celebradas en San Juan y más tarde, complaciendo los naturales y legítimos deseos de entusiastas é ilustrados compañeros de la Isla, en Ponce, Arecibo y Mayaguez. Del brillante resultado obtenido en aquellos centros, que exhibieron notabilísimos corifeos del cuerpo médico puertorriqueño, ha dado cuenta nuestro BOLETIN, y nunca, como ahora, deploro carecer de la arrebatadora elocuencia de un orador, para tributar merecidos elogios á los respetabilísimos compañeros que, en aquellas ciudades con su digna representación levantan el prestigio de nuestra Asociación Médica. Los trabajos llevados á aquellas verdaderas asambleas se pronuncian como un testimonio el mas elocuente del valor científico, que caracteriza al cuerpo médico de nuestra pequeña patria, aseguran nuevos triunfos para el porvenir y nos abren un camino franco y expedito para seguir avanzando de progreso en progreso, de conquista en conquista, hasta llegar en un plazo no muy lejano á colocarnos resueltamente al lado de las mas eminentes asociaciones extranjeras.

Volviendo á lo antedicho, Señores, repito, y debe ser sabido de todos, que las asociaciones médicas de índole científica comprenden no puramente las especialidades profesionales, sino que revisten el don de carácter de médico-naturalista, abrazando todas las disciplinas que enlazan la medicina á la biología, la etnografía y la antropología. Pues bien: en las sesiones celebradas en el corto tiempo que llevamos de constituidos, de todas estas ciencias se ha tratado, de cada una de ellas se ha aportado un aunque modesto contingente, y en nuestro BOLETIN encontraréis el testimonio comprobante, reproduciéndose allí discursos y toda clase de trabajos que abrazan esas disciplinas, obra de los asociados.

En cercano porvenir es de esperarse, que podamos emprender mayores y trascendentales obras de investigación, de instalarse el Instituto bacteriológico y biológico, cuya necesidad se hace sentir en país de un millón de almas. Pero si ese Instituto, establecido en sus inicios bajo la forma modesta que la prudencia aconseja, ha de ser una oficina más, puesta al servicio de gente desconocida, sin pericia, meros favorecidos de unos amos irresponsables, con torpe é irritante menosprecio del personal competente de que disponemos en casa, entonces, Señores, yo protesto de ese ridículo ensayo que será un sarcasmo á nuestra dignidad, un fracaso desde antes de nacer, un aborto del régimen imperante y un desencanto más sumado á otros sufridos con la resignación del siervo.

Por demás sabidos son del público de Puerto Rico, en general, los empeños de la Asociación por coadyuvar á la humanitaria y patriótica obra de extinguir del suelo de la Isla el germen de una enfermedad que, subrepticamente, aniquila la salud de más de tres cuartas partes de todo nuestro pueblo, la de los campesinos en su totalidad y en gran parte, á la de los proletarios de los poblados: la Uncinariasis. Artículos en estilo popular en los diarios, cartillas

instructivas, discursos, conferencias, la prédica y la instrucción á viva voz, en las Estaciones de Anemia, todos estos esfuerzos han sido aportados por los médicos, tomando nuestra Asociación una parte muy principal en la iniciativa y en la propaganda. Concebimos el proyecto de instruir á los profesores en el asunto, especialmente á los rurales, para que estos pudieran á su vez, cooperar á nuestro empeño, trasmitiendo á sus tan necesitados educandos el conocimiento de las causas y medios de conjurar la calamidad. Solicitamos, como era consiguiente, el eficaz concurso del Departamento de Educación, que había de aprobar la proposición; pero este ilustrado Centro la desestimó, sin exponer razonamiento alguno. En prueba de lo expresado conservo las comunicaciones cruzadas.

Si sencible, pero ineludible, me es dar cuenta á la Asociación del proceder del Departamento de Educación, en cambio me complazco en significar, que nuestras relaciones con el Departamento de Sanidad y la Comisión de Anemia son íntimas y satisfactorias, como cumple á hombres que mancomunados consagran su existencia al ejercicio de una misión laboriosa, noble y altruista para el bien y la salud de la humanidad.

El Departamento de Sanidad y la Asociación médica, de común acuerdo, se proponen abogar en la próxima Legislatura, por la creación de Leyes sanitarias terrestres, que regulen el ejercicio de la profesión médica en el país y ponga á salvo la dignidad profesional, hasta hoy, con frecuencia, á merced del capricho y buena ó mala intención de alcaldes, jueces y ayuntamientos, confundándose indebidamente las funciones de médico forense, de sanidad y beneficencia municipal.

En este bienio fenecido, la Asociación ha sufrido la pena de cubrirse de luto más de una vez, viendo desaparecer á varios de sus asociados en los años más lazanos de la vida, cuando prometían en cercano porvenir, risueñas esperanzas de prosperidad y de gloria. La Directiva sufrió la dolorosa pérdida del aún joven Dr. Mariano Ramírez, prominente en la especialidad de oftalmología, que fué secretario de la Asociación y director activo y competente de nuestro BOLETIN. La muerte de este inolvidable compañero y la ausencia prolongada del vice-presidente Dr. Muñoz, originó á la Directiva un pasajero pero grave conflicto, que pudo conjurarse nombrando en sustitución del secretario al Dr. Vélez López, que lo fué también en el anterior bienio, y como agregado suplente al Dr. Quevedo Baez, actual Director de nuestro BOLETIN, los que bondadosamente aceptaron los cargos y vienen prestando su valiosísimo concurso, como compañeros entusiastas y fervientes colaboradores en la obra que hemos emprendido; me complazco en expresarles los sentimientos de nuestro sincero reconocimiento. Igualmente debo expresar nuestro agradecimiento á los señores delegados en las cabeceras de Departamentos que, desinteresadamente, nos han auxiliado desempeñando eficazmente sus cargos.

La colaboración al periódico sería más nutrida, si muchos de los ilustrados compañeros estudiosos y con extensa práctica profesional depusieran su loable modestia y sentido retraimiento, enviando á la redacción del periódico luminosos, trabajos que indebidamente, guardan en el olvido sin provecho para nadie.

De la prosperidad material de la Asociación, si es que tal calificativo puedo emplear, se dá cuenta en el informe de Secretaría; pero creo oportuno agregar, que al terminar el primer bienio contábamos con solo 42 asociados, de más de 200 médicos, que residen en la Isla, cuya cifra se elevó á 60 próximamente, en el curso del bienio presente. Este impulso, esta afluencia y animación creciente puede que acrediten la acertada dirección dada á la Asociación y el prestigio de que se ha rodeado, atrayéndose la benevolencia de los que se penetran de la alta significación para los médicos coterriáneos de haber creado y conservar una institución que honra á sus iniciadores, favorece á la clase en general y representa honrosamente, la primera y única científica fundada en Puerto Rico por sus elementos genuinos. Aunque desagradable, séame permitido significar que, si bien de casi todos los ámbitos de la Isla han ingresado colegas en nuestro Centro, cooperando á su sostenimiento y progreso, el Oriente de la Isla no ha respondido á nuestra excitación, pues de allí sólo contamos con un afiliado. Yo suplico á los señores que pueden con su influencia y valer y con su conocimiento personal intervenir en remediar esta deficiencia, se sirvan prestar á nuestra causa, tan apreciable servicio. Así como hemos llevado el contingente de nuestras energías y de nuestro entusiasmo á Ponce, Arecibo y Mayaguez, no hay razón para que permanezcan alejados Humacao, Fajardo, Caguas y Guayama.

Señores: Si dirijimos una mirada retrospectiva al momento en que surgió nuestra Asociación y seguimos su curso, paso á paso, al través de los 4 años transcurridos, que podemos llamar su primera infancia, razones nos asisten para admirar los progresos realizados en su característica de institución, creada á la exteriorización de nuestra capacidad científica, y plenamente lo hemos demostrado; pero también opino, que todos convendrán en que esta demostración ha surgido á impulso de la colegial concentración de las capacidades intelectuales en las sesiones científicas ó llámense Asambleas, que han comunicado á la Asociación el brillo y esplendor de que sin estas hubiese carecido. Esta convicción me sujere una reforma que consignaré aparte, en una proposición que voy á someter á vuestra aprobación.

La nueva Directiva que vamos á elegir recibe de nuestras manos una obra en formación, no ya formada y acabada, pero de sólidos cimientos, encaminada á su prosperidad, honra de sus iniciadores, ornamento de la clase que representa, robustecida y engrandecida por el esfuerzo común y espontáneo de los que á su fomento han cooperado. Al recibirla gallarda y saturada de vida y aliento de la Directiva que os entrega, la Directiva entrante acepta irremisiblemente una gravísima responsabilidad que, como hombres de honor y como puertorriqueños poseídos del noble ideal del patriotismo, sabreis guardar y cumplir.

Contemplemos, con legítimo orgullo, la obra regeneradora que para honra y gloria de la noble profesión que cultivamos hemos erijido, y libres de personales aspiraciones, estrechemos una vez más, en este acto solemne, los lazos de colegial solidaridad que nos contemplan y nos han de juzgar aquí y fuera del terruño, en el mundo de mayores progresos y de la más alta civilización y cultura.

## DISCURSO

DEL DR. QUEVEDO BÁEZ, EN LA ASAMBLEA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA DE PUERTO RICO, IMPUGNANDO POR ERRORES CIENTÍFICOS, EL INFORME DEL CONSEJO EJECUTIVO REFERENTE AL ESTADO SANITARIO DE SAN JUAN Y CONDICIÓN DE LAS AGUAS DEL ACUEDUCTO.

Señores: Yo traigo á esta Asamblea la consideración de un asunto, que juzgo de verdadera trascendencia, desde cualquier punto de vista que lo juzgueis, lo mismo en su aspecto científico que en el social. Me refiero á un asunto, que está en el ambiente, que ha palpitado mucho en la opinión, durante los últimos meses y que acaba de ser juzgado en la más alta cima, que tiene la representación del Gobierno en esta Isla.

Creo, que esta comprometido el crédito de la medicina en Puerto Rico, si ella juzga indiferente, que lo que son casi nociones científicas, aparezcan mal interpretadas en un documento, que emana de tan alta representación oficial, para dar norma de conducta á la opinión pública, en materias de por si tan delicadas y respetables, como las de orden sanitario.

Hace pocos meses, señores, que una ola de enfermedad se extendió por nuestra población; la impaciencia y la alarma empezaron á cundir en todos los ánimos y los mismos médicos se dieron cuenta de que existía un estado de anormalidad en las condiciones sanitarias de San Juan, que invitaba á las autoridades médicas á tomar parte en aquel estado de cosas y disponer los medios, de suerte á conjurar al enemigo que teníamos de frente.

Nosotros, los primeros, dimos aquella voz de alarma y en el Departamento de Sanidad, después de experiencias y trabajos que se llevaron á cabo, se comprobó, que no era mentida la alarma producida y que había en realidad, motivos harto suficientes, para producirse en aquel sentido.

La Junta Superior de Sanidad, con un celo digno de la alta misión que tiene á su cargo, llevó á perfección su cometido, disponiendo la primera necesidad que, era necesario cumplir, para fijar la conducta que, en sus funciones de autoridad sanitaria, había de seguir. Y, en efecto, se ordenó, que por el Perito Químico y Bacteriológico, Licenciado Rafael del Valle Sárraga, se hiciera un análisis de las aguas que surten al consumo público de esta ciudad.

El resultado del análisis concienzudo y minucioso, que se hizo, y que, en una serie de continuadas observaciones se llevara á cabo, justificó lo fundado las alarmas que se habían despertado en la población, guardando relación con el cuadro de enfermedades *gastro-intestinales*, que se desarrollaban á la sazón, en San Juan y que, unas veces en forma de *enteritis*, otra de *colitis*, ya de *gastro-enteritis de colerine*, *fiebre tifoidea*, arrojaban un contingente de enfermedades bastante considerable.

En efecto, las aguas del acueducto de San Juan, de las cuales se surte la población para el consumo, estaban contaminadas, acusándose este estado, por la presencia en ellas del colibacilo, y determinado no sólo por la contención de tal *bacteria*, sino por la cantidad del mismo, es decir, por su número.

Y como, si la prueba bacteriológica en sí, no fuera prueba de mayor evidencia, la Junta Superior de Sanidad, con un tacto y una discreción muy propia de las funciones tan elevadas que ejerce, quiso no limitar el examen de las aguas á las cuatro paredes del Laboratorio y fué á espulgar el dato histórico, el dato del sitio, del estado de las márgenes del río, ya que no á las condiciones geológicas de los terrenos y de gran peso en investigaciones de este carácter, como lo han proclamado en el 10 Congreso Internacional de Higiene, que tuvo lugar en Austria en 1900, autoridades como *Frankel*, *Roux*, *Gruber* *Löffler*, *Vidal* y otros.

Y, en efecto, envió de su seno, una comisión á estudiar de cerca, las márgenes del río y todos vosotros, los que me oís, sabéis, porque ello se publicó, que no sólo se encontraron excretas de animales, en las márgenes del río, que surte al acueducto, sino lo que era peor y muy escandaloso, excretas humanas.

Y si bien es cierto, que la presencia en el agua del colibacilo, aún en cantidades grandes no es un peligro, porque á la textura y naturaleza del bacilo le afectan las circunstancias de ser el agua un medio poco favorable á su desarrollo, la luz solar y la sedimentación de las mismas aguas, es no menos cierto, según conclusiones á que se ha llegado por autoridades y Asociaciones científicas, que han estudiado esta cuestión, que su presencia puede ser una evidencia de contaminación directa fecal.

Más que de la presencia del cobacilo en el agua, la gravedad de la contaminación depende, de que á esa misma agua hayan podido llegar bacilos virulentos.

Pues bien, señores, frente á aquel estado de cosas, la Junta Superior de Sanidad, decidió como medida científica y de prudencia, aconsejar al Departamento, que se declarasen contaminadas las aguas del acueducto de San Juan; que se hiciese público y que se adoptasen las medidas que fueran necesarias, para evitar graves males á la población.

Crecía la alarma en la prensa y en el público, y en el seno del Consejo Ejecutivo, uno de sus honorables miembros, aconsejó, que se inquiriese que había de cierto para que se terminara un estado de alarma, como el que entonces imperaba.

Se hizo encargo al comité de salud de que estudiara este asunto y de que informara debidamente sobre él.

Reunióse á sus instancias, una Comisión de Sanidad y después de largas entrevistas y de considerar la cuestión como era debido, dicha Comisión asistió y se conformó con la opinión emitida en el Informe del Departamento de Sanidad, declarando que en realidad *las aguas del acueducto estaban contaminadas*.

Pasaron días y días, muchos, muy largos, tal vez para que en la apariencia, la normalidad de la situación fuera un hecho y cuando creíamos todos, que en el Consejo Ejecutivo se había dado al olvido esta cuestión, nos sorprende un informe de ese alto cuerpo. He aquí el texto, publicado por los periódicos de la ciudad, en estos últimos días.

### CONSEJO EJECUTIVO

Ayer, á la hora de costumbre, celebró sesión el Consejo Ejecutivo, con asistencia de Mr. Post, y los consejeros señores Crosas, Feuille, Ward, Willoughby, Grahame, del Valle, Sánchez Morales, Falkner y Díaz.

Fué aprobado el informe de la Comisión de Sanidad, sobre el estado sanitario de San Juan, con motivo de la resolución presentada por Mr. Grahame, el 5 de Noviembre de 1906 aprobada por el Consejo.

En dicho informe se detallan las sesiones celebradas por los miembros de dicha comisión, en unión de los doctores Charles F. Stokes, Cirujano á cargo del Hospital Naval de los Estados Unidos, del Dr. Ogdem Rafferty, Cirujano á cargo del mismo Hospital Naval de los Estados Unidos; del Dr. W. H. Foster, á cargo del servicio de Sanidad y servicio de los hospitales navales; del Dr. J. Gómez Brioso, de la Junta de Sanidad, del municipio de San Juan y del Dr. Ricardo H. Hernández, Superintendente Insular de Sanidad; haciéndose recomendaciones para que se adopten medidas legislativas, tendentes á deslindar las facultades de los Oficiales de Sanidad municipales é insulares.

En dicho informe se hace constar, que la fiebre tifoidea no existe en forma tal, que deba ó pueda causar alarma; que el aumento de la mortalidad no se debe á *causas infecciosas ó contagiosas, sino á enfermedades ordinarias que afectan los organismos digestivos*; que desde Octubre último ha habido una disminución constante del tipo de mortalidad, normalizado ya á la fecha

de este informe. Que la fiebre tifoidea no se debe al agua ni á la leche, puesto que, si así fuere, el número de casos no hubiera sido tan pequeño y aislado en los distintos barrios de la ciudad

Concluye el informe, detallando las precauciones que se tomaron tan pronto ocurrieron los primeros casos de dicha fiebre, impidiendo su propagación y manifestando, *que no ha podido demostrarse, que el acueducto de San Juan esté contaminado con gérmenes tifoideos*, así como las condiciones sanitarias de San Juan son deficientes, necesitándose legislación para remediarlas.

Merécenme señores, un alto respeto las opiniones pronunciadas en un informe como ese, por los dignos señores que lo forman. Pero señores más respeto aún, me merece la verdad científica y el crédito de la clase médica de Puerto Rico.

Yo invito á la Asociación Médica, autoridad soberana para nosotros, á parar mientes en ese informe, por considerar yo, que su contenido pone en evidencia la capacidad de la ciencia médica en Puerto Rico y por ende de esta Asociación, donde periódicamente nos reunimos para apurar y proclamar la verdad científica.

Yo encuentro una gran deficiencia en ese informe, en lo que se refiere á desvirtuar de un modo indirecto, la importancia de la contaminación de las aguas proclamada por el Departamento de Sanidad.

Y juzgo, que ello merece nuestra protesta, por su deficiencia científica, en un informe oficial como ese, que haría creer, en cualquier parte donde se leyese, que estamos en mantillas en cuestiones, que casi caen en el terreno de la vulgaridad científica. Además, su contenido lo creo funesto para los intereses de la salud pública en San Juan, porque lleva las dudas á la opinión.

Tácitamente se niega la contaminación de las aguas por el colicacilo; se habla de la presencia en ellas de otros gérmenes, pero se habla con cierta indiferencia, como si ello no fuera motivo suficiente á que tan alta autoridad se sintiera alarmada, ante el temor de que pudiera resultar de ello un grave peligro para la salud pública.

Yo no quiero ni debo expresar el concepto, que me ha merecido el juicio contenido en tal documento. Dejo á la consideración de esta Asamblea y llamo á meditar á los hombres que, por la índole de sus estudios se encuentran relacionados con estas cuestiones, para que emitan su opinión.

Considerando muy expuesta á una razonada crítica científica, decir, como se expresa en ese informe, que no ha podido demostrarse que el acueducto de San Juan esté contaminado con *gérmenes tifoideos*, mientras sí se reconoce la existencia de otros gérmenes, de los cuales no se dice si son ó nó patógenos.

Cualquiera pensaría, que en inminencia de una epidemia de fiebres tifoideas era necesario recurrir á determinar la existencia del bacilo de Eberth en las aguas, extremo al que no se recurre nunca, y sí á otras pruebas, que puedan indicar que hay contaminación de las aguas por heces fecales.

Es extraordinariamente expuesto á la crítica y á nuestra protesta, que se diga y sostenga, en aquel informe, que se ha demostrado *la presencia intermitente de otros gérmenes*.

Yo pregunto: qué concepto tiene el Comité de Salud, de la palabra *germen*, usándola en un sentido general?

No tuvo presente ese Comité el informe emanado de un centro autorizado, como el Departamento de Sanidad, donde su perito ha declarado el *germen específico*, que por su cantidad ha determinado la contaminación de las aguas del acueducto?

Aquel informe señores, yo creo, y sinceramente lo declaro, debe merecernos un alto respeto, sobre todo, cuando ningún otro informe de origen tan autorizado, ha podido desvirtuarlo. Sus afirmaciones son claras y terminantes y fueron ellas aceptadas por la misma Comisión de Sanidad que el Comité de Sanidad nombrara.

Es más, señores, yo apelo al testimonio muy autorizado de un respetable

compañero, que se sienta en comunidad de relaciones científicas, con nosotros, el Dr. Stokes, quien, en la misma sesión, en que se le confirmó virtualidad al informe del Departamento de Sanidad, declaró verbalmente, que él, en sus experiencias en aguas del acueducto, había encontrado el grupo *proteus vulgaris*, del cual el Bacteriólogo eminente Dr. Sternberg, hace una apología funesta, en la producción de cuadros morbosos de extraordinaria gravedad, tales, como las colerinas y otras infecciones gastro intestinales, debidas á las toxinas, que desarrolla, cuando se encuentra en condiciones análogas á las en que las toxinas del colibacilo se desarrollan, como son las carnes, leche y otros alimentos.

Parece, señores que en ese informe se le niega importancia al colibacilo, cuando sabiendo el Comité, que las aguas del acueducto lo contiene, habla solo de *gérmenes*?

Si se desconoce importancia á ese germen, así llamado, con tanta indiferencia por el Comité de Salud, yo os traigo á vuestros oídos, á vuestra mente, la síntesis de un profundo y meditado estudio acerca de esta materia, hecha por uno de nuestros más entusiastas compañeros de la Asociación Médica y uno de los médicos, que, en nuestro país, goza de justificada autoridad y crédito científicos, en estas cuestiones. Me refiero al docto é ilustrado compañero Dr. González Martínez, en sus estudios acerca de la *pretendida perniciosidad de las fiebres palúdicas*.

El nos dice, con una abrumadora elocuencia de hechos, la importancia de ese germen *sin importancia*, para los señores que formaron dicho informe.

He aquí lo que dice el Dr. González Martínez. (Léase el *Boletín Médico* de Octubre de 1903.)

En otro extremo de ese informe, se niega la mortalidad por fiebres tifoideas y se afirma, que ésta no es producida por causas infecciosas ó contagiosas, sino por enfermedades *ordinarias* de los órganos digestivos.

¿Mortalidad por enfermedades ordinarias de los órganos digestivos?

Y eso, Señores se afirma, cuando de un Centro oficial, en el Estado sanitario correspondiente á aquella fecha (Octubre) se detallan las causas de muerte, por enfermedades de las vías digestivas y se habla de las *colitis, entero colitis, gastro enteritis, colerina, etc.*

¿Qué otras, señores, pueden ser esas, que infecciones intestinales de origen bacilar?

Resulta de todo una gran deficiencia, en un informe de carácter oficial, que se emite á manera de regulador de la opinión pública.

Eso, señores, no puede pasar sin nuestra protesta, como organismo representante de la clase médica puertorriqueña.

Aun queda, si quereis, la opinión acerca de la contaminación de las aguas, dadas por el Comité de Métodos típicos de análisis de aguas, propuesto por la Sección de Laboratorios, de la *Asociación de salud pública americana*, que se reunió en la Habana, en Enero de 1905.

Al lado de ésto, que nosotros juzgamos como errores científicos, existe el hecho de haberse desvirtuado un informe oficial dado por la Junta Superior de Sanidad, tribunal del más alto respeto, que debió merecer entero y completo crédito.

Entendemos cumplir con un deber y á cumplir el suyo invitamos á la Asociación Médica de Puerto Rico, que en el ordeu de las cuestiones relacionada con la salud pública, debe rendir acatamiento á la verdad científica y señalar el error, donde quiera que él esté, si tal error puede poner en conflicto serios y respetables intereses de la salud pública.

Invito pues, á la Asociación á que medite esta cuestión y exteriorice su pensamiento, estableciendo algún acuerdo que indique, no haber sido indiferente este organismo médico ante tales deficiencias y errores científicos.— He dicho.

# El tratamiento específico de la Tuberculosis

POR EL PROFESOR E. MARAGLIANO

DIRECTOR DE LA CLÍNICA INTERNA Y DEL INSTITUTO PARA ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE GÉNOVA.

(Informe presentado á la 5.ª Conferencia de Tuberculosis, en La Haya, el 6 de Septiembre de 1906).

(CONTINUACIÓN).

VII. " Los materiales antituberculosos que se encuentran en " " el organismo de los animales tratados, pueden transmitirse á " " nuevos organismos por diversos medios y allí producir sustan- " " cias inmunizantes. "

Esta tesis está confirmada mediante los hechos siguientes: El suero de los animales tratados que se demuestra libre de sustancias antituberculosas, hace surgir, en otros nuevos animales otras sustancias antituberculosas.

De igual manera encontramos, que si inyectamos á animales un suero dosado ó á personas sanas, una cantidad determinada, exactamente, medida de unidades antitóxicas tuberculosas, algunos días más tarde, estas han aumentado extraordinariamente. Comparamos el número de unidades antitóxicas, que nos dá el suero del animal ó persona tratado con la masa de su sangre calculada segun el peso del cuerpo, entonces encontramos, que han aumentado considerablemente: para 20,000 unidades aparecen hasta 2 millones.

Esto es también aplicable á las sustancias aglutinantes. Si inyectamos, por ejemplo, á una persona 4 Cem. suero bacteriolítico conteniendo 6,000 unidades aglutinantes para cada Cem., ó sean 24,000 unidades aglutinantes, encontramos 24 horas después 450,000 de estas unidades en la sangre, en tanto que, antes de la inyección, no contenía una sola.

Si consideramos que este número está calculado por la proporción de la suma total de sangre, con relación al peso del cuerpo, podemos deducir, que aún está por debajo de la realidad, pues seguramente que los tejidos y demás líquidos abundan en ellas de igual manera. Además, estamos dispuestos á admitir que igualmente ocurre con las bacteriolisinas, porque el suero que se obtiene de los animales inyectados tiene el mismo poder bacteriolítico que el suero inyectado. Este hecho ha sido constatado por mí y por mis discípulos, como se desprende de nuestras publicaciones.

A esto no podemos dar una explicación determinada. Tal vez suplen las alexinas contenidas en el suero inyectado. Un ensayo muy interesante, que ha hecho uno de mis colaboradores, el Dr. Caffarena, prueba, que si á 1 Cem. del suero del caballo tratado se le agregan 9 Cem. de suero animal, es decir, de otro caballo, la mezcla posee igual cantidad de sustancias antitóxicas y aglutinantes á la contenida en el primer suero. Desde luego, que el suero normal ha sido antes cotejado para repeler toda sospecha de que

una parte de las materias antituberculares proceden de él. También debo observar, que si traspasamos la proporción del 1:10 *in vitro*, no obtenemos más aumento de las sustancias antituberculares, si nó que mas bien, disminuyen en proporción á la masa del suero normal.

*In vitro*, el fenómeno solo aparece en el suero homogéneo, en tanto que en el organismo se observa también en el heterogéneo, v. gr. suero de caballo y hombre y hasta en mayor grado que *in vitro*. Se trata de un fenómeno complicado, que no podemos explicar en el momento, si no pensamos en algo parecido que se pueda aplicar á los fermentos. Dando de lado por ahora, con las explicaciones, debemos, sin embargo, convenir, que el organismo, cualquiera que sea su desenvolvimiento íntimo, toma parte activa en la propagación de las fuerzas de defensa. De igual manera, es verdad, que no se encuentra nada parecido en los organismos en estado decadente, en personas enfermizas y enfermos extenuados. El organismo adquiere energías específicas para la lucha contra la tuberculosis, después de la introducción de estas sustancias antituberculosas.

La bacteriolisina, previamente inyectada á los animales, les hace refractarios contra la inyección intravenosa de un cultivo virulento.

Deseo hacer indicación de dos asnos, de entre los animales que han sido objeto de ensayo, que por razón de estas condiciones, bajo las cuales fueron sometidos á experimento, merecen especialmente mencionarse,

Estos dos animales, previamente tratados, con una inyección de bacteriolisina, recibieron á la vez, con dos animales de cotejo, una inyección intravenosa de un cultivo virulento tubercular. Los animales de cotejo perecieron á los 44-50 días y la autopsia reveló tuberculosis generalizada. Los otros resistieron, y visto que á los 6 meses se conservaban sanos, le propinamos una segunda inyección intravenosa de cultivo virulento. Seis meses después, de la segunda inyección, en vista de que se conservaban sanos, matamos los animales el 18 de Diciembre 1905. La sección fué públicamente practicada por el Dr. Fabris, profesor de anatomía patológica de la facultad médica de Génova. Ni trazas de tuberculosis pudieron encontrarse. De aquí hemos de deducir, que si el organismo es capaz de destruir los bacilos, inmediatamente de introducidos, no hemos de encontrar alteración alguna en la autopsia.

Muy distinto es, si se trata de la curación de una tuberculosis ya existente, pues entonces aparecen en la obducción los vestigios de focos tuberculosos curados. Como es consiguiente, debemos aquí, hacer la distinción, pues no es de admirarse que no encontremos lesión alguna en el organismo de un animal bien inmunizado en el que, como es consiguiente, ninguna infección puede establecerse y desenvolverse.

Con motivo de las fuerzas defensivas creadas por la bacteriolisina, desearía hacer referencia de dos monos que, después de tratados con la bacteriolisina, se les inyectó sustancia tuberculosa por la vía intravenosa. Aún viven y se conservan perfectamente, en tanto que los animales de cotejo perecieron á los 35 hasta 45 días después de la inyección.

En los ensayos de animales inyectados con bacilos virulentos para investigar la inmunización, hemos de atender á la cantidad de bacilos empleada. Hasta ahora, se inyectaba sin tasa. Se afirmaba, que inmunización era capaz de destruir en absoluto el bacilo, y era esta la razon de haber fracasado todos los ensayos y seguir fracasando. Debemos reducirnos á la más pequeña cantidad de bacilos que precisamente basta para matar á un animal en 30 á 40 días; pero precisa adquirir antes la certeza, por medio de varios ensayos, acerca de la cantidad, porque no todos los cultivos tienen igual virulencia.

No debemos olvidar, que nuestros trabajos se contraen siempre al hombre y que, en el organismo humano, jamás penetra de una vez una masa tan grande de bacilos como la que inyectamos á los animales que vacunamos, con la dosis mínima del cultivo. Por mucho tiempo he sostenido este punto y observo, que poco á poco y cada vez más, los experimentadores se van convenciendo de su certeza. Ha poco escribía Friedmann: Miragliano insiste con razón en la gran diferencia que existe entre la infección natural del hombre y la experimental del conejillo.

Las sustancias aglutinantes encuéntrase igualmente en gran masa en los animales así tratados. Podemos apreciarlas en el suero á 1-2000 y aún más. La presencia de las aglutinantes la aprecia Koch, según ustedes saben, como prueba de la existencia de materias defensivas específicas. Los experimentos, que hemos hecho en este sentido nos autorizan á compartir la opinión de Koch. El asunto es cosa juzgada: aunque existen algunas escepciones, no son tantas como hubiéramos de admitir por el relato de varios autores. Depende ésto de la técnica seguida y á veces, de una errónea explicación de los resultados obtenidos. Por ejemplo, un suero puede ser muy rico en aglutininas, pobre en antitoxinas, y como las primeras no se defienden de las segundas, sucede que los animales ricos en aglutininas, sin embargo, pueden ser muertos por una toxina tuberculosa. Finalmente comunico, que en los animales previamente tratados por bacteriolisinas, los bacilos inyectados bajo la piel, sufren rápidamente las alteraciones decadentes características, como lo han precisado mis colaboradores Merceli y Sciallero. Cualquiera que sea la via escogida para la introducción de las sustancias antituberculares en el organismo, los resultados son los mismos. Igualmente hemos observado, que las materias antituberculosas introducidas en el estómago, conducen al mismo resultado y originan iguales modificaciones en el organismo.

En el suero de los animales y personas así tratados, encuéntrase en considerable cantidad las antitoxinas, aglutininas y bacteriolisinas, y los animales resisten á las inyecciones intravenosas virulentas de tuberculosis humana, en tanto que los de cotejo perecen. En el estómago no se modifican estas sustancias; se absorben y despliegan su acción sobre el organismo al igual que depositadas bajo la piel. Se pueden introducir como quiera, ya sean conducidas en la sangre, el suero, la leche ó la carne del animal tratado, encontrando siempre, las mismas alteraciones en el organismo, pues tan pronto examinamos la sangre, en ella daremos con las sustancias defensivas. Es esta la ocasión para remitir á los resultados obtenidos por Gemma y Lauza que, habiendo alimentado

á lactantes con la leche de vacas inmunizadas, vieron aparecer una relativamente considerable masa de aglutinina, en tanto que, antes del empleo de la leche, nada de esto observaron. En efecto, encontraron valores de 1:10, número notable para lactantes que, según opinión general de los observadores, jamás demostraron reacción.

Los resultados que se obtienen, según las diversas formas adoptadas, para introducir las sustancias antituberculosas en el cuerpo animal ó humano, igualmente, según la vía que se elija, se diferencian sólomente en la masa de las sustancias específicas encuentran inmediatamente en la sangre. La aplicación que mejor obra, en dosis iguales, es el suero y el producto de las congestiones tuberculosas; la mejor vía es la cutánea.

Si inyectamos estas sustancias antituberculosas á animales ó personas tuberculosas, podemos observar inmediatamente, que aparecen en el organismo las mismas modificaciones, y comprobamos un aumento de aglutinina, antitoxina y bacteriolisina, aunque no siempre. El organismo no debe encontrarse decadente; la célula orgánica debe estar dispuesta á ejercer su cooperación, pues esta es siempre necesaria, si queremos hacer surgir en el organismo un estado de defensa antituberculosa. Hace ya algunos años que Bouchard, Metchnikoff y Buchner han proclamado esta verdad, que ha ido confirmando de día en día, por nuevas investigaciones experimentales.

Señores, todos estos hechos nos requieren á meditar si hemos de reconocerlos, como fenómeno de inmunización pasiva. No lo creo. Son hechos que prueban, que el organismo por sí, desempeña un papel activo, que comprueban su intervencion, prevista por Buchner cuando afirmaba "que el suero desarrolla su acción por medio del protoplasma celular".

(Continuaré.)

\* \* \* \* \*

## Nuestras capacidades Médicas

DR. MARIANO RAMÍREZ LÓPEZ.

El Dr. Mariano Ramírez López, nació en San Germán el 22 de Noviembre de 1873.

Recibió su educación fundamental en el Liceo de Mayagüez, Colegio de 2ª Enseñanza adscrito al Instituto Provincial de Puerto Rico, que dirigían y sostenían, con muy alto prestigio, un grupo de patriotas de aquella culta Ciudad, devotos decididos de la educación de la juventud, como fundamento para levantar una generación que continuara la labor, que ya otros habían emprendido en favor del engrandecimiento intelectual de la patria.

Mariano Ramírez, un joven entonces, no podía adivinar los secretos que el destino fiaba al futuro de la juventud puertorriqueña.

Pero él, por misterios que nunca se adivinan, porque jamás penetra en sus profundidades la sutileza del pensamiento humano, adiestraba sus facultades y las ayudaba, con las energías poderosas de una gran vocación por el estudio, y casi dejaba vislumbrar, que al fin llegaría, acompañado por el éxito, al término de sus aspiraciones.

Mariano Ramirez conducido por una voluntad firme y decidida, se había trazado el camino, por donde los hombres llegan siempre, si quieren, al triunfo.

Dan cuenta de ello, sus primeros estudios de 2ª Enseñanza, durante los cuales reveló sus dotes de inteligencia y laboriosidad, ganando todos sus cursos con notable aprovechamiento.

Ya Bachiller en Artes, título que sólo servía como de antesala para entrar después, en las aulas Universitarias, tuvo que hacer lo que todos jóvenes puertorriqueños, que ansiaban un título profesional: alejarse del terruño y ganar tras larga ausencia, nueva tierra en el continente europeo, para emprender allí, á costa de privaciones y fatigas, la larga y penosa tarea de una jornada universitaria.

Allá lo llevó su destino y, en Francia hizo escala aquella alma joven, con el fardo de ilusiones y de risueñas esperanzas, que forman siempre el bagaje moral de toda juventud.

En la universidad de MONPELLIER hizo sus estudios de Medicina, graduándose de Doctor el año 1896.

Durante su carrera, y por espacio de 4 años, hizo el internado en Hospitales muy acreditados de aquella Ciudad, cuya labor le valió mucho para la práctica médica y para probar, ante sus mismos profesores, sus aptitudes y la bondad de sus condiciones morales, que tanto la enaltecieron siempre.

Dedicóse con ahinco, desde el principio de sus estudios, á las enfermedades de la vista y su tesis doctoral versó acerca de un tema de OFTALMOLOGIA, que mereció aprobación y plácemes de sus maestros examinadores.

Después de investirse con el grado de Doctor, pasó a Paris á ejercitarse de lleno, en el estudio y práctica de la especialidad, á que había consagrado sus aficiones.

Las ilusiones del joven luchaban solas, á brazo partido, con el destino que no siempre le sonríe á todos. Y Mariano, un joven que, triunfaba por la inteligencia, sentía las resistencias crueles de la fortuna, negándose á veces, á acompañarle en sus conquistas y lauros científicos.

Estaba el joven en condiciones de regresar á su patria, pues ya había conquistado el ideal, que su juventud acariciaba; pero había una larga distancia por medio, y exhausto de recursos para emprender el anhelado regreso.

Afortunadamente, así como el cielo tiene su sol, cada individuo tiene, en el mundo moral que le envuelve, una Providencia oculta, que con su luz le acompaña, le guía y le salva.

Cuando era para él, en las perplejidades de adversa suerte, más difícil el problema del viaje, recibió en Paris un aviso del Claustro de Profesores Médicos de la Universidad de Montpellier, para asistir á una oposición, que había de celebrarse entre los mejores

alumnos graduados en el último año de la carrera, con un premio consistente en 1,000 francos.

La fortuna y el talento libraron su combate y Mariano Ramírez triunfó entre aquellos graduados, obteniendo el premio, cuya cantidad hubo de servirle para volver al corazón de su tierra y al seno de sus familiares.

De esta suerte, el joven compatriota había triunfado en toda la línea.

Desde entonces, los horizontes de su vida fueron resplandecientes y serenos. Ni una nubecilla de adversidad los empañaba.

El ejercicio de su profesión en Mayagüez y en San Juan, donde desempeñó el cargo de Médico auxiliar de Sanidad y la práctica privada en su especialidad, le dieron motivo al prestigio, á la reputación y al cariño, que había sabido conquistar.

Su doble personalidad le daba títulos á todo eso: en él no sólo se descubría el hombre científico, sino al atildado y muy correcto caballero particular.

Con esas condiciones empezó á hacer su labor médica en San Juan y fácilmente, veíamos, como con los alientos del joven, triunfaban sus aptitudes médicas.

En el corto tiempo, que la fortuna caprichosa le permitió ejercer, afirmó su crédito profesional en la especialidad de enfermedades de los ojos.

Reflexivo, estudioso, observador del enfermo, se consagraba á él con devoción científica y con cariño y grandes solicitudes.

Sus años, con ser cortos, hacían de Mariano Ramírez un joven viejo. Austero en inclinaciones propias de la juventud, vivía retraído, consagrado al hogar que, como un nido, el amor y sus ilusiones habían formado, bajo un resplandor breve y fugaz de felicidad.

¡Breve resplandor sí, que apenas brilló, obscureció con sombras trépidas de muerte, la mansión creada para las sublimidades del amor!

Quiso, en su generosidad profesional, luchar por los prestigios y el honor de la clase médica, con el núcleo de jóvenes, que habíamos fundado la *Asociación Médica de Puerto Rico*.

Vino á nuestro lado, ansioso de auxiliar nuestra obra y en la Asamblea Médica de Diciembre de 1904, fué nombrado Secretario y Director de este BOLETIN MEDICO.

Sus gestiones, al frente de estos cargos, fueron muy eficaces para la buena marcha administrativa y científica de la Asociación Médica.

Trabajó en ella con grandes entusiasmos, consagrándole las horas, que las fatigas de la lucha profesional le permitían y, en medio de su constante brega y de su perseverante obra, cuando teníamos derecho á pensar en el futuro de aquel claro entendimiento y de tenerlo á nuestro lado, para que compartiera con nosotros sus juveniles bríos; de una manera inesperada, cegado por la hoz de la muerte, cayó vencida la robustez moral de su alma, forjada por Dios para las grandezas y sublimidades del bien.

La muerte tronchó para siempre, una vida que pudo prometer inapreciables beneficios á la ciencia y á su patria.

El Dr. Mariano Ramirez falleció en Mayagüez, víctima de una fiebre tifoidea, el día 7 de Septiembre de 1905.

¡Página de honor mereció y debe ocupar en nuestro BOLETIN!

Por eso le hacemos este marco con mano de cariño y corazón de hermano.

DR. M. QUEVEDO BAEZ.

## COMUNICACION

solicitando que la Asociación Médica de Puerto-Rico, tome la iniciativa y lleve á la práctica la creación de ESCUELAS de ENFERMEROS de AMBOS SEXOS en los diferentes Disritos para constituir un Cuerpo Profesional auxiliar de nuestra Clase. (1).

La necesidad perentoria de la creación de un Cuerpo de Enfermeras de ámbos sexos, se deja sentir cada día. Arrancar de la ignorancia á cierto número de jóvenes que deseosos de servir bien no saben hacerlo, debe ser obra de la Asociación Médica, porque ello sería en beneficio de la Clase profesional.

El Board exige, con gran acierto y perfecto derecho, que cuantos se dediquen al ejercicio de ayudar al médico en la curación de los pacientes, sea una persona que haya probado su capacidad ante un Tribunal. Ya que el Board legisla, la Asociación debe ser ejecutiva, á fin de obtener la seriedad é importancia que estos servicios requieren.

Al aportar al seno de la Asociación el proyecto que en esta Comunicación se expresa, no puedo dar un plan completo para llevarlo á su realización. Esta debe ser obra de una Comisión, que estudie el asunto, con tiempo. Pero sí, debo llamar la atención sobre ciertos puntos que sirvan de base para la organización definitiva del Cuerpo:

1.<sup>o</sup>—Programa y texto igual para todas las Escuelas.

2.<sup>o</sup>—Agregación de las mismas á ser posible, á un Hospital.

3.<sup>o</sup>—La Asociación podría proporcionar el material de enseñanza. Los Municipios serían requeridos para proporcionar sueldos convenientes, no inferiores á \$20 mensuales.

Esta tercera Base es muy justa. La Asociación médica que hoy presta garantía y dá esplendor á la Clase médica del país, debe hacer algo por el bien general, y eso sería patrocinando las Escuelas que propongo. El Profesorado de las mismas saldría del seno de la Asociación, sería gratuito, y propuesto por la Directiva.

DR. GUILLERMO SALAZAR.

Ponce, 29 Diciembre 1906.

(1) Este proyecto no pudo ser presentado en la Asamblea de Diciembre, por exceso de trabajos sometidos al juicio de la misma; pero será llevado á la Directiva de la Asociación para que ésta lo considere, ya que es un proyecto que tiende á favorecer y facilitar la práctica médica en el país.

## TRABAJO SANITARIO

*El informe que copiamos á continuación, ha sido tomado y traducido, por nosotros, de uno oficial publicado recientemente. Lo que reproducimos es un extracto en notas taquigráficas del asunto tratado por el Sr. Rosuel del Valle, Director del Laboratorio Químico Bacteriológico, Delegado por Puerto Rico ante la Asamblea Sanitaria que tuvo lugar el 23 de Mayo en Washington, en "Segunda Asamblea Anual de los Boards de Sanidad de los Estados Unidos con el Departamento de Salud Pública y Hospitales Marítimos".*

Han transcurrido más de seis años, sin que epidemia alguna visite nuestra Isla, y sin que sea exageración el decirlo, antes de esa época el azote de la fiebre amarilla y la viruela nos castigaba, por muchas semanas, todos los años. La tuberculosis no ha podido restringirse hoy día, allá, ni siquiera en poco, pero actualmente, se nota, sin embargo, un movimiento antituberculoso tan decidido, que nos hace forjar la esperanza de que, en lo porvenir, se pueda reducir esta plaga á un minimum, ya que no es posible conseguir exterminarla por completo. El cólera asiático visitó por última vez el país, en 1858 y la temida peste bubónica jamás se ha conocido allí.

\*  
\* \*

Aunque el espléndido trabajo realizado por la Comisión de la Anemia, en el estudio de la enfermedad conocida por el nombre de "Uncinariasis" no forma parte de la labor del Bureau de Sanidad, merece, sin embargo, que lo mencione en este lugar, por estar dentro de la esfera de la salubridad.

Los Sres. Dres. B. K. Ashford, W. W. King y P. Gutiérrez Igaravidez, formaron esa comisión que ya he citado. Fueron nombrados en Marzo de 1904 y, desde entonces hasta el mes de Agosto del mismo año, se dedicaron á tratar miles de casos de anemia y á determinar, hasta que punto podía hacerse responsable de la anemia en la Isla, á la uncinaria, del mismo modo que á otros asuntos relativos á la misma materia. El resultado de esta labor se publicó en el "Informe de la Comisión encargada del Estudio y Tratamiento de la Anemia en Puerto Rico" fechado Diciembre 1º del 1904. Fué de tal transcendencia el resultado, que nuestra Cámara Legislativa, en su sesión de 1905, autorizó la inversión de \$15,000 para continuar las mismas investigaciones. Con tal fin, el Gobernador reeligió los caballeros, que antes componían la comisión, formando entonces, lo que hoy se conoce, con el nombre de "La Comisión de la Anemia en Puerto Rico". El último informe fué presentado con fecha 1º de Enero de 1906. Se denomina "Informe Preliminar de la Comisión Encargada de la Supresión de la Anemia en Puerto Rico" y aunque conciso, ha sidonel trabajo más hermoso y de más importancia práctica é interés científico, hecho en Puerto Rico. En el informe de referencia, la Comisión recomendó, razonando por lo hecho, "que el sistema acual de estaciones y sub-estaciones se continúen y amplíen de modo tal, que

“todos los anémicos en Puerto Rico, puedan tener á su alcance, en lo sucesivo, el tratamiento específico indicado; y para tal fin, la “Cámara Legislativa dedicó 50,000 dollars”.

\*  
\* \*

El Consejo Ejecutivo de Puerto Rico aprobó á principios del año actual, nuestra Ley de Alimentos. Este paso de avance, por lo que á la Sanidad se refiere, ha dado verdadera fuerza legal á nuestro empeño de obtener artículos alimenticios puros.

El trabajo hecho, hasta la fecha, por el Bureau de Sanidad ha sido en su mayoría el de hacer instalar inodoros modernos en las poblaciones más populosas de la Isla y la ejecución de la Ley de Alimentos. Por ahora, nos queda entre otras cosas, la labor de educar al público en los asuntos sanitarios, según se hace aquí en este país, con el fin hacerles entender el verdadero objetivo de tales medidas, para que no las crean especulación científica. Otro problema de grandísima importancia, que se presenta hoy, ante las autoridades sanitarias y municipales de la Isla, es la obtención de aguas puras para nuestras ciudades.

El Bureau de Sanidad posee actualmente, para cubrir las necesidades de la Isla, u propia estación de vacuna y un Laboratorio Químico, que practica todo el trabajo de los Departamentos Insulares y Federales en Puerto Rico; la labor del laboratorio, aunque abraza hoy día, en pequeña escala, las investigaciones microbiológicas, se extenderá más aún, en el mismo sentido, en el futuro y para lo cual se dispone una cantidad adicional á nuestro ordinario presupuesto, que consignó la legislatura en la última sesión.

El Consejo Municipal ha votado la suma de cien mil pesos para la construcción de un Hospital compuesto de seis edificios. Esta misma corporación ha creado un Hospital Especial de Mujeres para la restricción de las enfermedades venéreas y sifilíticas; y se acaba de formar también un Cuerpo de Desinfectores que la Municipalidad mantiene actualmente, bajo la dirección del Oficial de Sanidad de San Juan.

\*  
\* \*

Se está organizando en los momentos actuales una Liga anti-tuberculosa. Se constituyó legalmente hace una semana. Las primeras autoridades, lo mismo que todas las personas interesadas en asuntos sanitarios, se han ocupado de trabajar muy activamente en favor de la misma, por los últimos dos meses. Esta liga tiene la intención de establecer un Sanatorio Central en la Capital de San Juan y tener también, varias subestaciones en las demás localidades. La Municipalidad de San Juan ha contribuido para este y otros fines, con la suma de cinco mil dollars. Se instituirá una campaña de educación de los pacientes tuberculosos, en lo que se refiere á la naturalza misma de la enfermedad.

---

# Porto Rico Anemia Commission.

OFFICE OF THE CHAIRMAN.

RIO PIEDRAS, P.-R.

MOVIMIENTO de enfermos habido en las Estaciones de la Comisión de Anemia de Puerto Rico durante el mes de Diciembre de 1906.

ESTACIONES.		SERVICIO DE DISPENSARIO				SERVICIO DE HOSPITAL			
		Admitidos	En tratamiento.	Curados.	Fallecidos	Admitidos.	Altas en curación.	Curados.	Fallecidos.
Río Piedras	4 semanas	147	673	37		15	14		
Mayagüez	4 "	276	1,245	45	1	3	2		
Lares	4 "	48	419	105	1	3		1	
Aibonito	4 "	69	792	111					
Añasco	4 "	645	658			1			
Bayamón	4 "	17	54	9		6		1	
Barros	4 "	46	594	56					
Barranquitas	4 "	85	143	11					
Coamo	4 "	21	327	12		4	1	1	
Corozal	4 "	69	1,121	50	3				
Comerio	4 "	74	801	17					
Caguas	4 "	51	46	2		1			
Guayama	4 "	60	181			4			
Juncos	4 "	102	537						
Manatí	4 "	265	1,111	10		1	2	6	1
Morovis	4 "	271	562	30	2				
Las Marías	4 "	200	939	24					
Ponce	4 "	85	225	21		7	3	4	1
Quebradillas	4 "	56	166	29					
San Germán	4 "	680	2,474	212	7	2	2		
San Sebastián	4 "	280	1,611	68					
Utua	4 "	116	581	79	2				
Vega Baja	4 "	25	518	16					
Yauco	4 "	119	309	9					
Isabela	4 "	52	214	53					
Humacao	4 "	105	958						
Arecibo	2 "	14							
Total		3,978	17,459	1,024	15	47	24	13	2

## CASAS VISITADAS POR LOS INSPECTORES DURANTE EL MES DE NOVIEMBRE:

Río Piedras	154
Mayagüez	166
Lares	343

# CLIN & C<sup>ie</sup>, F. COMAR & FILS & C<sup>ie</sup> - PARIS

## PREPARACIONES PRINCIPALES

### ADRENALINA CLIN

Solución al 1/1000° (Clorhidrato).  
Frasco de 25 cc. y Frasquito de 5 cc.  
Colirio al 1/5000° (Clorhidrato).  
Gránulos dosados á 1/4 de miligr.  
Supositorios dosados á 1/4 de miligr.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup>inyecc. hipodérm.  
graduados á 1/2 miligr. por cc.

*Hemostático, vaso-constrictor el más poderoso.*

### CACODILATO de SOSA CLIN

Gotas dosadas á 0 gr. 01 por cada 5 gotas  
Glóbulos dosados á 0 gr. 01.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup>inyecc. hipodérm.  
dosados á 0 gr. 05 por cc.

### METHARSINATE (Metilarsinato disódico químicamente puro.) CLIN

Gotas dosadas á 0 gr. 01 por cada 5 gotas.  
Glóbulos dosados á 0 gr. 01.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup>inyecc. hipodérm.  
dosados á 0 gr. 05 por cc.

### MARSYLE CLIN (Cacodilato de protóxido de hierro.)

Gotas dosadas á 0 gr. 025 por cada 5 gotas,  
Glóbulos dosados á 0 gr. 025.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup>inyecc. hipodérm.  
dosados á 0 gr. 05 por cc.

INDICACIONES de la Medicación Cacodilica : Anemia, Impaludismo,  
Tuberculosis, Diabetes, Enfermedades de la Piel, etc.

### LECITINA CLIN

Pildoras dosadas á 0 gr. 01.  
Granulado dosado á 0 gr. 40.  
por cucharada de las de café.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup>inyecc. hipodérm.  
dosados á 0 gr. 05 por cc.

INDICACIONES : Tuberculosis, Neurastenia,  
Raquitismo, Fatiga por exceso de trabajo,  
Convalecencias, etc.

### GLYCOGÈNE CLIN

Cápsulas dosadas á 0 gr. 20.  
Solución dosada á 0 gr. 20  
por cucharada de las de café.  
INDICACIONES : Diabetes, Intoxicaciones,  
Caquexias, Convalecencias de las Enfermedades  
infecciosas, Afecciones hepáticas

### VINO NOURRY

0 gr. 05 de yodo } por cucharada sopera.  
0 gr. 10 de tanino }

INDICACIONES : Linfatismo, Escrofulosis,  
Menstruaciones difíciles, Convalecencias de las  
Enfermedades infecciosas.

El purgante más suave y eficaz  
es la

## Magnesia Efervescente de Blanco.

cuyo uso es preferible é cualquier otro en los países cáidos

## Las Digestiones

lentas y dolorosas se curan  
rápidamente tomando el

## Elixir de Pepsina,

preparación agradabilísima  
hecha por el Farmacéutico

D. José M. Blanco.

La **Brea Vegetal** es un remedio eficaz para todas las afecciones **CATARRALES** y en gran número de las de **LA PIEL.**

## El Licor Balsámico de Brea de José M. Blanco

encierra toda la virtud medicinal de esta substancia de la cual es un verdadero extracto.

## Para combatir

la *Anemia*  
la *Escrófula* y el *Linfatismo*  
es de gran utilidad el

## JARABE DE PROTODURO

DE HIERRO

preparado por el  
Cdo. José M. Blanco.

## CALLOS.

Los que padecéis de molestia tan enojosa, usad el

## Callicida Vardet

que prepara

José M. Blanco.

os veréis libres de ellos.

# BOLETIN

DE LA

## Asociación Médica de Pto.-Rico.

DIRECTOR:

DR. M. QUEVEDO BÁEZ.

REDACTORES:

Dr. Agustín Stahl.

" J. N. Carbonell.

" W. F. Lippitt.

" Selin.

" F. Goenaga.

Dr. González Martínez.

" Ruiz Arana.

" Guillermo Salazar.

" Velez Lopez.

Corresponsal en Washington, Dr. BAILEY K. ASHFORD.

### SUMARIO.

Contribución al Estudio Clínico Hematológico del Paldismo.—Por A. E. Gautier.

El tratamiento específico de la tuberculosis.—Por el Profesor Dr. Moravillano.

Estudio sobre la fiebre tifoidea en San Juan.—Por el Dr. L. García de Quevedo.

Certificaciones epidemiológicas de los clásteres.—P. GARCÍA DE QUEVEDO.

SECCIÓN TERMINAL.

LA CORRESPONDENCIA Y ANUNCIOS AL DIRECTOR

Published Monthly at 29 Plaza Baldorioty San Juan, P. R.

SAN JUAN, PUERTO RICO.

Establecimiento Tipográfico del Boletín Mercantil.

ALLEN No. 24 y 28.

Cerecedo Hermanos y Compañía.

VENDEN EN SU ESTABLECIMIENTO

# LAS MEJORES AGUAS MINERALES

DE APLICACION TERAPÉUTICA,  
RECOMENDADAS POR LA CIENCIA MÉDICA  
EN DIVERSAS AFECCIONES:

AGUA DE VITEL

*Muy eficaz en la  
Diabetes artri-  
tinal etc.*

ID. DE INSALUS

*La mejor agua  
carbónica de em-  
pleo en las dis-  
pepsias atónicas.*

ID. DE VICHY

*Grand Grille, Ce-  
lestinsy Hospital.*

ID. DE MONDARIZ

*Curan dispepsias.*

ID. DE CARABAÑA

*El mejor purgan-  
te suave cono-  
cido.*

# Fumigadores de Lister de Formaldehíde.



El uso del Fumigador de Lister, está exento de todo peligro y de producir mal olor ó cualquiera otra sensación desagradable. En el procedimiento ordinario de desinfección la voz general es: *Das desinfecciones equivalen á un incendio.* Aun cuando los vestidos y los muebles se envíen á un lugar apropiadamente dispuesto para el objeto, siempre sufrirán mucho deterioro, porque el vapor y el azufre, para que sean eficaces, no pueden menos que ser destructores. Pero el **FUMIGADOR DE FORMALDEHÍDE DE LISTER** no causa efectos perjudiciales ni

en la madera barnizada, ni en los metales, ni en el oro ó la plata, ni en los colores ó tintes, ni en el papel de las paredés, y ni en los muebles. Es absolutamente inofensivo para todos los utensilios domésticos, y debido á eso y á su poder desinfectante, es admirablemente apropiado para su empleo en las habitaciones.

Pero también desde otro punto de vista su superioridad es tan marcada, que puede decirse abre una nueva era en el campo de la desinfección, porque este gas, al par que destruye los malos olores y los gérmenes morbosos, no ejerce efectos tóxicos en el hombre ni en los animales. El olor del formaldehíde es sin embargo muy molesto para los insectos, y los hace huir. Está asimismo demostrado que no sólo no son tóxicos los vapores del formaldehíde, sino que son muy útiles en las habitaciones de los enfermos y producen efectos terapéuticos de gran valor. En algunos países se han empleado las inhalaciones de este gas con gran éxito en casos de catarros, difteria, bronquitis, asma, tisis, gripe, etc. También causa efectos beneficiosos en la tos convulsiva. En vista, pues, de su baturatura, de su eficacia, de su utilidad práctica y su propiedad de ser inofensivo para las personas, etc., el **FUMIGADOR DE LISTER** supera á todos los demás fumigadores y tiene que merecer el favor del público.

El **FUMIGADOR DE LISTER DE FORMALDEHÍDE** se fabrica de dos tamaños; grande y pequeño. El envase en que van los citados fumigadores, está hecho de un material incombustible.

Un **FUMIGADOR DE LISTER** de tamaño pequeño es suficiente para fumar una habitación de mil pies cúbicos, y un **FUMIGADOR DE LISTER** tamaño grande, puede desinfectar una habitación de cuatro mil pies cúbicos.

**De venta en todas las Drogerías y Farmacias.**

# CLIN & C<sup>ie</sup>, F. COMAR & FILS & C<sup>ie</sup> - PARIS

## PREPARACIONES PRINCIPALES

### ADRENALINA CLIN

Solución al 1/1000° (*Clorhidrato*).  
Frasco de 25 cc. y Frasquito de 5 cc.  
Colirio al 1/5000° (*Clorhidrato*).  
Gránulos dosados á 1/4 de miligr.  
Supositorios dosados á 1/4 de miligr.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup> Inyecc. hipodérm.  
graduados á 1/2 miligr. por cc.

*Hemostático, vaso-constrictor el más poderoso.*

### CACODILATO de SOSA CLIN

Gotas dosadas á 0 gr. 01 por cada 5 gotas  
Glóbulos dosados á 0 gr. 01.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup> Inyecc. hipodérm.  
dosados á 0 gr. 05 por cc.

### METHARSINATE (Metilarsinato disódico químicamente puro.) CLIN

Gotas dosadas á 0 gr. 01 por cada 5 gotas.  
Glóbulos dosados á 0 gr. 01.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup> Inyecc. hipodérm.  
dosados á 0 gr. 05 por cc.

### MARSYLE CLIN (Cacodilato de protoxido de hierro.)

Gotas dosadas á 0 gr. 025 por cada 5 gotas.  
Glóbulos dosados á 0 gr. 025.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup> Inyecc. hipodérm.  
dosados á 0 gr. 05 por cc.

INDICACIONES de la *Medicación Cacodilica* : **Anemia, Impaludismo, Tuberculosis, Diabetes, Enfermedades de la Piel,** etc.

### LECITINA CLIN

Píldoras dosadas á 0 gr. 01.  
Granulado dosado á 0 gr. 10.  
por cucharada de las de café.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup> Inyecc. hipodérm.  
dosados á 0 gr. 05 por cc.

INDICACIONES : Tuberculosis, Neurastenia, Raquitismo, Fatiga por exceso de trabajo, Convalecencias, etc.

### GLYCOGÈNE CLIN

Cápsulas dosadas á 0 gr. 20.  
Solución dosada á 0 gr. 20  
por cucharada de las de café.

INDICACIONES : Diabetes, Intoxicaciones, Caquexias, Convalecencias de las Enfermedades infecciosas, Afecciones hepáticas

### VINO NOURRY

0 gr. 05 de yodo } por cucharada sopera.  
0 gr. 10 de tanino }

INDICACIONES : Linfatismo, Escrofulosis, Menstruaciones difíciles, Convalecencias de las Enfermedades infecciosas.

# BOLETIN

DE LA

## Asociación Médica de Pto.-Rico.

Año V. 1907

FEBRERO 1907.

Núm. 51.

### Contribución al Estudio Clínico y Hematológico del Paludismo

(DE LA REVISTA MÉDICA DE SANTO DOMINGO).

Después de mis dos primeros artículos publicados en esta REVISTA Médica, ha aparecido un interesante trabajo del Dr. Audin, de Puerto Príncipe (Haití), sobre el mismo tema, cuya lectura recomiendo á todos aquellos que se interesan en el estudio del más importante de nuestros males tropicales, el paludismo.

En dicho trabajo, titulado "Los Hemomieroblastocitos ó Microcitos del paludismo", cita las conclusiones de mis dos primeros artículos, y luego entra en consideraciones acerca del origen de los grandes cuerpos móviles, á los cuales les dá un origen eritrosital (hemo-micro-basto-cito), sin hacer hincapié en los cuerpos móviles pequeños ó filamentos baciliformes, ó en forma de clavo, como les llama él. Indudablemente que el distinguido observador tiene grandísima razón en considerar los cuerpos grandes de origen eritrosital, y mis observaciones van de perfecto acuerdo con las expuestas en su folleto en este sentido.

Yo había conceptuado á los grandes cuerpos móviles como formas evolutivas de los filamentos baciliformes, y lo cierto es que ambos sirven para el diagnóstico del paludismo. En los individuos normales, y siguiendo la técnica indicada en mis artículos, yo no he visto ni los grandes cuerpos (hemomieroblastocitos de Audin), ni los filamentos bacilares, á pesar de innumerables investigaciones.

No es hoy, que estudio el paludismo siguiendo las técnicas indicadas en obras antiguas y recientes, variando de colorantes y observando la sangre fresca, y puedo asegurar, que la investigación de los elementos causales del paludismo (formas laverianas), ha sido causa de desesperación. Fiebres han sido diagnosticadas clínicamente, sin la menor duda, palúdicas, sin encontrar nada en la sangre que me indicara un origen laveriano. Una y más veces he practicado el exámen en muchos enfermos, y en ninguno presencié signos de *Laveranosis*. *Se puede asegurar que en las formas agudas del paludismo, el diagnóstico, basado en las formas laverianas, es un mito en nuestro país.*

Las tres formas clásicas de laveranosis son:

1.º Los cuerpos amiboideos. 2.º Las medias lunas. 3.º Los cuerpos redondos y flagelados

LOS CUERPOS AMIBOIDEOS.—Dice Laveran, que los ha visto libres y dice un autor reciente, Stephenson, que no se ven libres en el plasma. Yo nunca he visto cuerpos amiboideos en el plasma, que no sean hematoblastos, los cuales tienen *movimientos amiboideos*. Cuando se examina la sangre pura, buscando un lugar donde haya pocos elementos y donde la sangre no se haya coagulado, se ven los hematoblastos de un color mucho más pálido que los glóbulos rojos y dotados de movimientos amiboideos. Si el investigador quiere verlos con sus movimientos amiboideos netos, y si los quiere ver en abundancia y separados, le basta aplicar una laminita limpia sobre una gota fresca de sangre, puesta en una lámina sobre la cual se ha colocado una gota de suero artificial (Na Cl, 7 gra-

mos, So4 Na2, 2 id., Agua, 1 litro), procurando que la sangre no se mezcle de golpe con el suero. Examínense los límites de la sangre y el suero, y allí se verán los hematoblastos en gran cantidad con sus movimientos amiboideos. *Los cuerpos amiboideos coloreados*, casi nunca se ven con *granulaciones*: las veces que he encontrado granulaciones, me ha quedado la duda de si eran granulaciones ó puntos de la preparación más coloreados que el resto. Pero aun este método no nos ilumina el diagnóstico. Individuos normales, adultos y niños, presentan en su sangre *cuerpos amiboideos coloreados* adosados al glóbulo. Esos cuerpos no son hematoblastos, son granulosos, lo que se vé cuando la masa no está muy coloreada. No son las *espinaciones cónicas de los glóbulos*, ni gruesas granulaciones, ni precipitados; son figuras para-globulares exactamente iguales á las de las láminas de las obras clásicas de paludismo. Y llamo la atención sobre ésto, porque es de grandísima importancia. Yo desearía que álguien constatará estas observaciones en nuestro país. Para lanzar estas ideas se comprende que he debido examinar muchos casos, normales con distintos métodos de coloración, pero la interpretación de estos hechos necesitan nuevas investigaciones. ¿Por qué no se ven libres en el plasma, los cuerpos amiboideos de Laveran? Lo ignoro.

Yo no he visto tampoco, cuerpos amiboideos adheridos al glóbulo en exámenes de sangre fresca. Yo no me atrevería á afirmar, aun cuando viere en la superficie de un glóbulo rojo, un cuerpo con movimientos amiboideos. Un hematoblasto adosado al glóbulo puede dar la impresión de un cuerpo amiboideo de Laveran, como las vacuotas. Además, el glóbulo rojo se altera, se modifica, su masa entra en verdadera agitación. Basta ser un poco observador para darse cuenta de la gran perturbación que se efectúa en la masa, una vez fuera de su medio.

Los cuerpos amiboideos se colorean, en lo que todos los paludólogos están conformes. Distintas materias colorantes se usan á este efecto, y métodos variados: Marchoux, Romanowky, Leishmann, etc.

**LAS MEDIAS LUNAS.**—Jamás he encontrado estos cuerpos en los casos de paludismo agudo, que es donde yo he hecho casi todas mis investigaciones.

**CUERPOS REDONDOS FLAJELADOS.**—En centenares de preparaciones coloreadas, no he visto estos cuerpos ni en sangre fresca de individuos atacados de paludismo agudo.

—He aquí lo que he observado en sangre de palúdicos, conservada en suero artificial y estando la lámina, laminilla, suero artificial, aguja y dedo asépticos.

Colocando una gota de sangre en suero y una pequeña gota de suero sobre la lámina, aplíquese el centro de la laminilla sobre la gota de sangre, procurando que sea muy poca cantidad; colóquese sobre la lámina y ciérrese la preparación con parafina. Examínese con un ocular Nacet No. 3 y un objetivo No. 8.

Lo primero que se vé son: 1<sup>o</sup> los glóbulos rojos espinosos muy agitados.

2<sup>o</sup> Glóbulos rojos vistos de frente, grandes con bordes dentados.

3<sup>o</sup> Glóbulos rojos más pequeños, que los anteriores, de un color más subido, sin espinación ni dentados. Bien enfocados aparecen con una línea oscura bordal.

Examínese esta preparación cada media hora.

Siguen agitados los glóbulos espinosos [formando frutas de estramonio]; algunos de los grandes glóbulos rojos dentados se espinan, y algunos de los glóbulos de la 3<sup>a</sup> categoría se espinan ligeramente, viéndoseles pequeñas espinas en los bordes, y como si tuvieran puntos brillantes en su superficie. Esto es un efecto de óptica debido á las espinas de la cara superior é inferior.

Al cabo de 4, 5, ó más horas, no se observa modificación alguna en las tres primeras categorías. Diríjase toda la atención á los glóbulos no espinosos, ni dentados, ni ligeramente espinados; á los que tienen ó aparecen con un borde oscuro, de color más subido que los grandes rojos dentados, y se observará, primero, que al rededor del borde oscuro aparecen puntos ó granulaciones brillantes. Estas granulaciones se alargan y se recogen; á veces tienen la longitud del glóbulo de que derivan y se

Inclinan de uno á otro lado. El glóbulo aparece radiado, *flajetado*; por momentos se ven 6, 8, ó más flajelos de distintos tamaños, que salen del borde obscuro. No he podido ver unos de esos tenues flajelos desprendirse. Para esta observación se necesita buena luz.

Los glóbulos de la 3ª categoría pueden fragmentarse, produciéndose una verdadera división del glóbulo en dos mitades; este último fenómeno se observa en ciertos lugares de la preparación. Cuando han pasado 10 ó 12 horas, es más fácil ver los fenómenos de fragmentación [Fritroclasmátosis], sobre todo en los espinosos y en los de borde obscuro.

Hasta ahora no sé si alguien ha observado los *glóbulos flajelados* que acabo de describir, y que se ven infaliblemente siguiendo la técnica indicada. La primera impresión que me hicieron estos mencionados glóbulos, fué la de que se trataba de los *cuerpos flajelados de Laveran*. En efecto, cuerpos más pequeños que los glóbulos rojos, de radiación flajelar, me inclinaron á pensar en su naturaleza laveriana, y sobre todo por que la sangre examinada era de un palúdico. Yo me regocijé del hallazgo; sin duda alguna estaba en presencia de los mencionados cuerpos laverianos. Un examen más completo de la preparación introdujo nuevas dudas en mi espíritu. Había espacios en la preparación tan cargados de glóbulos flajelados, que inmediatamente rechazé la idea de que dichos cuerpos fueran organismos. Había para seis ú ocho glóbulos dentados, 16 glóbulos espinosos y 80 ó 90 glóbulos flajelados. Había puntos de la preparación en que todos eran glóbulos flajelados. La idea de que un parásito se encontrara en esa proporción en la sangre de un enfermo era difícil aceptar, y sobre todo, porque el enfermo había tomado quinina, y porque su estado no revelaba una notable intoxicación palúdica, y á quien había examinado la sangre fresca en busca de los cuerpos móviles sin encontrarlos. Siguiendo mis investigaciones pude convencerme de que los *glóbulos flajelados* se observan tanto en los individuos atacados de paludismo, como en aquellos que gozan de perfecta salud.

S. B. GAUTIER

[Del Instituto Médico de Santo Domingo].

\* \* \* \* \*

## El tratamiento específico de la Tuberculosis

POR EL PROFESOR E. MARAGLIANO

DIRECTOR DE LA CLÍNICA INTERNA Y DEL INSTITUTO PARA  
ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE GÉNOVA.

(Informe presentado á la 5a. Conferencia de Tuberculosis, en La Haya,  
el 6 de Septiembre de 1906).

(CONTINUACIÓN).

Hoy no podemos admitir, que las sustancias antituberculosas ejercen en el organismo una acción parecida sobre las sustancias bacteriales, al igual de las *in vitro*, no: el organismo no puede ni debe permanecer pasivo, cuando desarrolla una acción antibacterial.

VIII. "Podemos poner en acción una terapéutica específica"  
"de la tuberculosis, con dos especies de agentes. Con las tuber-"  
"culinas y las toxinas tuberculosas; con las sustancias antituber-"  
"culosas creadas en el organismo de animales sanos."

Demos principio por las tuberculinas.

No voy á disertar sobre la historia de su aplicación terapéutica, porque es bien conocida; me concretaré á algunas observaciones acerca de su empleo, que hoy se aconseja de una manera muy distinta á antes. Hoy sólo podemos admitir la utilidad de la tuberculina, porque promueve en el organismo la producción de sustancias antituberculosas.

Esta es la explicación que vengo dando, de tiempo atrás, cuando se hablaba de una acción electiva hipotética, sobre los focos tuberculosos, y me place ver, que se abre paso en el porvenir. Las tuberculinas no pueden tener aplicación, sinó cuando el organismo es capaz de reaccionar y deben dosificarse con gran cautela. En el primer período de su aplicación, se dosificaba por miligramos. Fué el primero, que exigió el empleo de fracciones miligramas, y actualmente se procede de esa manera. La nueva Tuberculina de Koch se emplea á 11250 hasta 11300 miligramos. Debo aclarar que deben evitarse dosis, que producen fiebre; Koch es ahora también de igual parecer.

Estoy convencido de que, si se precisa bien la indicación, el empleo de la tuberculina puede ser de utilidad y también creo, que la confianza que muchísimos médicos de Alemania prestan á este agente, está plenamente justificada. Koch ofreció á los médicos una sustancia eficaz, que hubiera sido utilísima; pero éstos al principio, no supieron hacer uso de ella, ni darse cuenta exacta de su valor y sus indicaciones, porque, con el agente que el bacteriólogo les ofrecía, querían conducirlo también, á un fin, que no era de su competencia y en que toda su autoridad fracasaba: al fin clínico y físico-terapéutico.

En el primer período, pues, se condenó la tuberculina, cuando mejor debieran haberse condenado los consejos, la dosificación, el empleo terapéutico y las indicaciones clínicas que establecía un bacteriólogo. El método establecido ha vuelto ahora, á emprenderse, después de haber sido abandonado, y su restitución está plenamente justificada por nuevas investigaciones experimentales de estos últimos tiempos. Séame permitido significar, que mi demostración de la existencia de sustancias antituberculosas, consiguiente al empleo de toxinas específicas bacilares, ha constituido la base científica á esta restitución.

Opino, que toda tuberculina es útil. La nueva tuberculina de Koch es preferible á su glicero-tuberculina, por ser una solución acuosa, pues el agua tiene la propiedad de disolver aún mejor las toxinas del protoplasma bacterial, la endotoxina. Pero hemos de estar íntimamente persuadidos de que la naturaleza y el modo de producción de estas tuberculinas son siempre una y las mismas. Es de suma importancia no separarse del principio de que deben emplearse productos de una constante virulencia: las dos tuberculinas de Koch no poseen esta propiedad. Este es un asunto de gran alcance. Los bacilos no poseen todos igual riqueza en sustancias activas y tóxicas, y como los resultados buenos, malos ó nulos dependen de la cantidad de toxinas que se emplea, la dosificación de la virulencia es absolutamente necesaria. Esta no es difícil establecer. Mi extracto acuoso contiene 100 unidades por 1 Ccm.

Dejando de lado los detalles estadísticos de los diversos experimentadores, quisiera observar en resumen, que los resultados son positivos, negativos y también perniciosos, según el empleo y la dosificación de este agente. Son solamente de provecho, cuando el organismo del enfermo es capaz de prestarle enérgica cooperación; resultan en daño, cuando éstas le faltan ó la dosis de tuberculina rebaza su fuerza de reacción. Ultimamente se han ensayado, en el tratamiento de la tuberculosis del hombre, toxinas tuberculares bajo diversas formas. Recuerdo el *Bouillon filtré* de Denis que, al parecer, contiene los productos de secreción del bacilo y también las toxinas del protoplasma bacilar, porque éstos aparecen siempre en los cultivos; el Tuberculol de Landemann, la Tuberculocidina de Klebs etc. En resumen, se trata siempre de un virus tuberculoso, que desarrolla siempre la misma acción con igual mecanismo.

Las tuberculinas, como las diversas sustancias tuberculares, se emplean de ordinario por la vía hipodérmica; también pueden usarse por la gástrica. Según ya he explicado, las toxinas bacilares empleadas *per os*, verifican en el organismo, la producción de sustancias antituberculosas. Otras clases de agentes, que pudieran emplearse en la terapéutica específica antituberculosa, son sustancias de defensa, que se producen en el organismo de animales sanos por métodos distintos, que ya he explicado. El modo más práctico de usarlas consiste en el empleo del suero sanguíneo en el que estas sustancias se encuentran disueltas.

La historia de este capítulo de la terapéutica de la tuberculosis señala diversos sueros, que tienen aplicación en el tratamiento de la misma en los animales y en el hombre. Por el orden cronológico recuerdo el de Richet y d'Hericourt, Bernheim, Boinet, Eabes y Broca, Paquin y de Schweinitz, Arloing, Lannelongue y Achard y muchos otros que, casi exclusivamente en animales, se han empleado con resultados desiguales. Esta diversidad la origina, de una parte, la masa y naturaleza de los acilos empleados en la intoxicación de los animales sometidos al tratamiento terapéutico, de otra parte, la riqueza del suero en sustancias antituberculosas. Entre los sueros que, en la terapéutica de la tuberculosis del hombre, han sido más extensamente empleados, figuran los de Paquin, de Schweinitz y Marmoreck.

Los informes acerca de los resultados del tratamiento demuestran, que con frecuencia, han ejercido una influencia benéfica en las afecciones tuberculosas del hombre, hasta la curación también se ha llegado, según la naturaleza clínica del caso. Consecuencias perniciosas no las han tenido.

Desde 1893 he estudiado en gran escala, la importancia terapéutica de las sustancias antituberculosas por mí obtenidas por el método que he explicado antes. Las he empleado, desde ha 14 años, y desde ese tiempo las han empleado también, bastantes centenares de médicos y las seguirán usando.

Primeramente he tomado un suero rico en antitoxinas, sin privarlo de las sustancias bactericidas y aglutinantes. Le dí el nombre de Tubérculo-antitoxona. Ahora empleo otro suero igualmente rico en antitoxinas, muy rico en bacteriolisinas y materias aglutinantes y que he nombrado, como dije ya antes, Bacteriolisina. Esta

contiene por lo menos, 1000 unidades de antitoxina en 1 Ccm. y 200 de aglutinantes, probado *in vitro* y bajo el punto de vista biológico aparece muy rico en sustancias bactericidas. Regularmente empleo cabras para el caso. En los animales la bacteriolisina me ha dado buenos resultados. En conejillos de India y conejos, que fueron infectados con una inyección intravenosa, bien dosada de tuberculosis, se observa, tan pronto se inicia el tratamiento, por ejemplo, á los 5 ó 6 días, que se pueden salvar, en tanto que, igual cantidad de bacilos, mata á los animales no tratados previamente. Pero si se dá principio al tratamiento más tarde, las probabilidades de curación disminuyen hasta extinguirse por completo.

Infectándose la pleura de un conejillo con el cultivo de la tuberculosis humana, se desarrolla una pleuresia tuberculosa y consiguiente propagación de la tuberculosis en el organismo; pero sí, tan presto la pleuresia se ha manifestado, se inyecta en la pleura la bacteriolisina, el animal sana, en tanto los animales de conejo perecen.

Casualmente, hemos tenido ocasión de tratar y curar á un mono tuberculoso de una exhibición de animales por medio de la bacteriolisina. Este animal con fiebre, enflaquecimiento y tos, presentaba todos los síntomas de una tuberculosis pulmonar disolvente. Bajó la fiebre, cesó la tos, el peso, que al iniciarse el tratamiento era de 5 kilos, había aumentado en  $11\frac{1}{2}$  después de 45 días, un aumento considerable, si se tiene en cuenta el peso primero. Al morir 5 meses después, la autopsia registraba las manifestaciones de una tuberculosis curada.

Pequeños trozos de pulmón, así también de la pleura y de los gánglios mesentéricos, fueron inyectados á un conejillo sin producir tuberculosis. Otros monos que, desde entonces se infectaron con tuberculosis, tratándose inmediatamente con bacteriolisina, sanaron, en tanto que murieron los animales de cotejo. Desearía referirles las experiencias, acerca del tratamiento de la tuberculosis local por su especialísimo interés. Mazzagalli, jefe de mi laboratorio, después de haber vacunado en la región inguinal á conejillos con la tuberculosis, trató á estos animales en períodos de infección más ó menos adelantados. Sus resultados fueron muy satisfactorios en tiempos hábil; los más avanzados solo mejoraron; en los más atrasados no se obtuvo la curación. Mi ayudante Ghedini produjo por experimento en conejos, una tuberculosis articular. Si emprendía inmediatamente un tratamiento local con bacteriolisina, los resultados eran sorprendentes. Mientras la tuberculosis en conejos de cotejo se desarrollaba, como de costumbre, en los ratados se hacía desaparecer. La inspección local de los tejidos demostraba paralización absoluta, atenuación y curación de los focos tuberculosos.

Conforme á estos resultados, no hay duda, que la bacteriolisina es capaz de reducir el organismo de los animales infectados á un estado en que puede combatir la tuberculosis con éxito; pero es el caso que las experiencias terapéuticas en animales, con frecuencia tienen un valor discutible. De una parte, la cooperación del organismo es muy variada en ellos y en el hombre; de otra parte, son también distintas las condiciones del organismo en animales experimentalmente infectados de aquellas del hombre tuberculoso.

La tuberculosis es importada en el animal de perfecta salud y resistencia que vencemos por la cantidad de bacilos que inyectamos; en cambio, el hombre se vuelve espontáneamente tuberculoso, cuando la resistencia de los tejidos ya ha decaído. Tejidos de perfecta resistencia no serían vencidos por muy pequeñas cantidades de bacilos que se introduzcan.

Los sabios que trabajan exclusivamente en el laboratorio, verdad es que sostienen, que se aprecia el valor terapéutico de un procedimiento curativo antituberculoso, según los resultados del tratamiento en animales tuberculizados; pero los clínicos permanecen indiferentes ante semejantes éxitos, pues un agente que se manifiesta eficaz en el conejillo y conejo, puede muy bien fallar en el hombre. Yo, que ante todo soy clínico, doy más valor á los resultados que he observado en el hombre. Voy á reasumir:

Empezaré por la tuberculosis local, en que el problema se manifiesta de manera muy sencilla.

Una série de personas, que tenían afecciones tuberculosas de los huesos y articulaciones, recibieron inyecciones de bacteriolisina en los focos afectados. Los resultados fueron sorprendentes, tanto localmente, como en el estado general. De igual manera directa se trataron con bacteriolisina los ganglios linfáticos con idénticos resultados. Estos tratamientos se ejecutaran en la policlínica bajo la dirección del profesor Dario Maragliano, cirujano de mi clínica. Casos parecidos me han sido comunicados por otros médicos. El Dr. Ricci ha publicado casos de afecciones ganglionales tuberculosas que, en general y localmente, fueron tratados con bacteriolisina.

En la tuberculosis local hay que luchar con una tuberculosis generalmente pura, cuando el factor orgánico se demuestra, en estas circunstancias, más propicio que en aquellos casos, en que la tuberculosis se localiza en órganos importantes.

Hasta aquí hemos tenido que combatir la tuberculosis en un terreno favorable, y los medios específicos antituberculosos empleados atestiguan la eficacia terapéutica, sobre la que no existe duda, estando plenamente comprobada. En la tuberculosis de las membranas serosas (peritoneo y pleura), la cuestión se complica, aunque la tuberculosis aquí aún es pura, pues el factor orgánico regularmente ejerce una influencia muy reducida, y no obstante el tratamiento muchas veces es eficaz.

Muy buenos resultados ofrece generalmente, la inyección directa de bacteriolisina en el peritoneo y en la pleura; algunos días después se observa que la fiebre vá decreciendo, los exudados desaparecen, las fuerzas se levantan y con frecuencia se obtiene la curación. La he ensayado en todas las formas de las enfermedades pulmonares de naturaleza tuberculosa, empezando por las más simples, pasando luego á las más graves. He observado que pueden obtenerse éxitos duraderos completos en la tuberculosis pulmonar, en que el segundo y tercer reductos, según los califico, aún se conservaban intactos, es decir, en aquellos casos, en que el tejido pulmonar se exponía á la extensión del proceso morboso y el organismo aún no había entrado en el ciclo patógeno, entendiéndose, aquellos casos en que la tuberculosis se halla puramente

localizada, libre de manifestaciones toxémicas. Precisa que estas condiciones subsistan, pues con frecuencia se incurre en engaño, cuando se supone poder precisar la extensión del foco morbosos por los indicios de la percusión y auscultación. La auptosia y la radiografía demuestran cuan fácil es engañarse.

He declarado á ustedes, que estos éxitos pueden ser completos y duraderos, pues he podido observar á varicos enfermos por largo tiempo, algunos durante 12 y uno 13 años. Los resultados son con frecuencia completos, hasta pudiera decirse siempre completos y absolutos, cuando el tratamiento se opera en tales enfermos, en que se puede diagnosticar la tuberculosis en su período latente. Me excuso naturalmente de tratar de aquellos problemas que se contraen al diagnóstico de la tuberculosis latente, porque me conduciría muy lejos. Además, ya me he ocupado, en una série de publicaciones de este problema, comunicando varios ensayos de laboratorios, que pueden ser útiles para el diagnóstico de estas formas de tuberculosis. Los éxitos de que hablo, naturalmente son y deben ser caracterizados por la restitución *ad integrum*, es decir, por la desaparición permanente de todas las manifestaciones morbosas y generales. Ante todo, en lo que atañe á las manifestaciones locales, no debemos dar importancia á las obstrucciones procedentes de focos indurados, si no le acompañan estertores ú otras perturbaciones activas.

Veamos ahora, lo que ocurre en los organismos en que el segundo reducto ha sido tomado y la infección abarca, cada vez más, el pulmón, y finalmente en que, también vencido el tercer reducto, la infección y la intoxicación han penetrado. De entre estos enfermos algunos pueden verse sanar; pero estas curaciones no dependen de la extensión de las lesiones locales, sinó de la índole de la resistencia individual. El resultado depende de la actividad que desenvuelve el organismo al acometer su acción el agente específico. Así vemos enfermos en los que se consigue aislar completa ó parcialmente las manifestaciones morbosas dependientes de la infección ó intoxicación tuberculosas. Los fenómenos toxémicos són los más fáciles de combatir. Si la fiebre depende de intoxicación tuberculosa, se la vé desaparecer; pero la restitución á la norma se verifica lentamente, obteniéndose por décimas. Los sudores y las manifestaciones distróficas también retrogradan; pero las lesiones pulmonares resisten tenazmente, los focos recientes resisten al tratamiento más que los viejos; con frecuencia persisten los síntomas locales, en tanto que los enfermos gozan de un bienestar general.

Esta tenacidad hemos de referirla á otras bacterias que mantienen activos los focos bronco-neumónicos: allí encuéntrase diplococos, estreptococos y estafilócocos; pero hay también bacilos específicos que les preparan el terreno. En tanto que otros tejidos del organismo prestan su auxilio á la reacción, hay que recordar, que el tejido pulmonar, en extremo debilitado en su nutrición, no es capaz de desempeñar esta función. En una palabra: en esta clase de enfermos del pulmón podemos alcanzar un éxito, pero en casos aislados. Hasta cierto punto existe una selección en el éxito de estos agentes. Tal vez vencen las manifestaciones, que solo de la

tuberculosis proceden; pero demuestran impotentes frente á las consecuencias de otras fuentes de infección é intoxicación.

Además, no debemos olvidar las consecuencias de otras fuentes de infección, es decir, aquellas sustancias que proceden de las células del tejido en disolución por necrobiosis consiguiente á la intoxicación múltiple microbiana. Aquí también se puede llegar á la curación perfecta y permanente en enfermos avanzados. Son estos enfermos en los que tal vez la tuberculosis solamente, ha originado todos los síntomas morbosos, y en los que la acción del remedio específico ha conseguido dominar la situación. En tales casos se vé, junto con los progresos de la mejoría, un aumento continuado de las sustancias protectora de la sangre.

Por último, he probado introducir directamente la bacteriolisina en los focos afectados del pulmón. La inyección se hacía al través de la pared torácica, penetrando en el pulmón, donde la inspección física, ó mejor la radioscopia denunciaba el foco. El procedimiento es completamente inofensivo, los resultados brillantes en la mayoría de los casos; la intervención en sí es muy lógica.

He empleado este procedimiento en aquellos casos en que la inyección subcutánea de la bacteriolisina ó su introducción en el canal digestivo no eran capaces de vencer los focos pulmonares, á pesar del efecto favorable sobre los síntomas toxémicos y atróficos.

Cualquiera que sea la vía escogida para introducir la bacteriolisina en el organismo, puedo asegurar á ustedes, que no es nada nociva. Una larga experiencia acompaña á estos agentes, y ni en mis manos ni en la de los numerosos médicos, que lo han empleado se ha observado jamás accidentes nocivos. Cuando lo empleamos en forma de suero inyectándolo, no se distingue en nada de los otros sueros que se emplean en las diversas enfermedades infecciosas, en cuantos á sus efectos.

Hasta ahora no he dado á ustedes números estadísticos; pero si lo descan, estoy dispuesto á ello. Estoy convencido, según he confesado, que las estadísticas de nada sirven en la apreciación de un tratamiento en cualquier enfermedad. Para adquirir este convencimiento, cada médico debe por sí mismo, seguir el tratamiento de los diversos enfermos. No obstante aquí están mis estadísticas que se contraen á los enfermos que fueron tratados en la clínica médica de Génova.

(Continuará)

---

## Estudios sobre la fiebre tifoidea en San Juan

POR EL DOCTOR L. GARCÍA DE QUEVEDO. M. S. ARMY

---

Muchos han sido los comentarios de la prensa sobre los casos de fiebre tifoidea ocurridos en San Juan, en estos días, y más las discusiones, que se han suscitado entre nuestros profesionales con motivo de la supuesta contaminación de las aguas de nuestro acue-

ducto con bacterias patógenas; pero nadie todavía, que yo sepa, nos ha dado á conocer en detalle los síntomas clínicos ni las lesiones anatómo-patológicas, que presenta esa entidad morboza en Puerto Rico.

Qué si las aguas se hallan ó no contaminadas con el bacilo de Eberth (\*) y sus aliados, es un asunto de interés vital para la comunidad, pero concierne directamente á nuestra celosa Junta de Sanidad dilucidarlo y no es mi intención, ni me creo llamado á tratar ese tema que otros, más peritos, se ocupan en estudiar. Me parece, sin embargo, lógico y racional suponer, que de estar las aguas del acueducto contaminadas con el bacilo de Eberth, más casos de fiebre tifoidea hubiesen aparecido en San Juan y, en los otros sitios que suple dicho acueducto, y Rio Piedras, que es uno de ellos, jamás hubiera escapado á la infección, sin lamentar algunas bajas por lo menos en sus moradores. Además, cuando las aguas de una población se encuentran contaminadas con el bacilo de Eberth, es natural que se declare en ella una verdadera *epidemia* de fiebre tifoidea, como ocurrió en Plymouth, Uvernet, Ashland, Luneburg, Buller é Ithaca, que siendo la última una población de 16,000 habitantes, hubieron más de 1,300 casos de infección en seis meses; y en la distribución de los casos se podrá notar cierta regularidad y de ninguna manera se verán los casos aislados é irregularmente distribuidos, que hemos tenido en San Juan.

Hay tres grandes vías por las cuales el bacilo de Eberth puede alcanzar el cuerpo humano:

1º Por las aguas; que es el medio más natural y mejor conocido de todos, y por lo tanto, no me ocuparé de él. 2º Por el contagio directo. Según nos ha demostrado últimamente el comandante Firth, del cuerpo médico militar inglés, los vestidos manchados con materia fecal de un enfermo con fiebre tifoidea, retienen el bacilo en estado de virulencia por más de dos meses, y también nos dice la misma autoridad, que el bacilo puede retener su virulencia por 25 días, después de seco y esparcido por el aire en el polvo. Tenemos, por consiguiente, que los vestidos manchados, las ropas de la cama, las orinas y el polvo del cuarto pueden contagiarnos si no están debidamente desinfectados; y 3º Por medio de las moscas. Las moscas pueden llevar la infección de dos maneras: en primer lugar la materia fecal que contiene el bacilo puede adherirse á la mosca y ser transportada así mecánicamente, y en segundo lugar, el bacilo puede ser transportado en los órganos digestivos de la mosca y depositado en su excremento. En la Asamblea Médica celebrada en Rio-Piedras el día 7 de Octubre del año pasado, tuve el honor de exponer los dos primeros casos de fiebre tifoidea ocurridos en San Juan en esta temporada, y en mi tesis, que bajo el epígrafe "Fiebre Tifoidea en San Juan" se publicó mas tarde, en este BOLE-

\*) No hemos leído ni en periódico profesional ni en los diarios que aquí se publican, afirmación alguna referente á que las aguas del acueducto de San Juan estuviesen contaminadas con el bacilo de Eberth, ni creemos que compañero alguno haya podido incurrir en tal afirmación que está fuera de la realidad científica, que domina en esta materia.

Si se afirmó, y nadie probó lo contrario, que las aguas del acueducto de San Juan estaban contaminadas por el *coli-bacilo*, a cuya bacteria y á otras denunciadas en análisis practicados por hábiles é inteligentes peritos, se atribuyeron las infecciones intestinales tan variadas, de forma tífica que comprometieron la salud de este vecindario, durante algún tiempo, N. de la D.

TIN, decía, que en las epidemias de fiebre tifoidea que diezmaron el ejército americano en la campaña del 1898, las moscas habían sido un factor más importante que el agua en la propagación de la enfermedad y llamaba la atención de la Asamblea sobre la plaga de moscas que, en aquellos días había invadido á San Juan; y si nos fijamos un poco, hoy podremos notar la rara coincidencia de que con la desaparición de las moscas y sin que el vecindario se halla tomado de molestia de hervir el agua, los casos de fiebre tifoidea van graudentemente desapareciendo de la Ciudad, para no aparecer nuevos casos.

Martin (Public Health, Augt.) ha observado, que un aumento en el número de moscas va seguido al cabo de una semana por un aumento en las afecciones gastro-intestinales y á las tres ó cuatro semanas, por un aumento en los casos de fiebre tifoidea. Hewlett (Journal of Preventive Medicine, Augt. 1905) notó, coincidiendo con una plaga de moscas, una epidemia de enfermedades entéricas en los niños en la que fueron atacados los que se hallaban en condiciones higiénicas y anti-higiénicas. Battersby (British Medical Journal, Augt. 10, 1895) atribuyó á las moscas una epidemia de fiebre tifoidea, por encontrarse el agua muy por encima de toda duda. Ficker (Archiv, für Hygiene, Vol XLVI, 1903) obtuvo el bacilo de la fiebre tifoidea del cuerpo de las moscas cogidas en las casas de enfermos de fiebre tifoidea y experimentando con ellas se cercioró de que el bacilo puede vivir en el cuerpo de la mosca por 23 días.

Considerando detenidamente lo expuesto, podremos ver, pues, que es más lógico aceptar á las moscas mejor que al agua, como causantes de los casos de fiebre tifoidea ocurridos en San Juan.

La fiebre tifoidea es una enfermedad muy compleja en sus manifestaciones clínicas y las causas de error en su diagnóstico son muchas, especialmente en los trópicos, donde sus frecuentes complicaciones con el parásito de Laverán y con otras enfermedades tropicales poco conocidas de por sí, enmascaran completamente su cuadro sintomatológico, haciéndola aparecer como una entidad distinta; y esta dificultad es aún mayor en nuestra Isla, no solamente porque carecemos de laboratorios apropiados para trabajos de esta índole, sino también, porque la uncinariasis que aflige la mayor parte de nuestra población contribuye á obscurecer, según veremos más adelante, sus manifestaciones morbosas.

He podido seguir el curso y estudiar cuidadosamente catorce casos de fiebre tifoidea en San Juan en esta temporada; habiéndose comprobado el diagnóstico con la reacción Widal positiva al microscopio y con el aglutinómetro de Parke & Davis; y aunque el número sea muy pequeño y no permita aventurar conclusiones, creo de interés la publicación de mis observaciones sobre ellos, que pudieran servir de base á estudios más avanzados sobre la fiebre tifoidea en la Isla. Para su mejor estudio he dividido mis casos en cuatro grupos:

#### Primer grupo.—*Fiebre tifoidea franca, sin complicaciones*

Esta forma no difiere en nada, ó difiere muy poco, de las formas típicas de fiebre tifoidea descritas por los autores norteamericanos y europeos. Empieza insidiosamente, con malestar general,

fiebre, dolor de cabeza, y generalmente va acompañada de constipación. La fiebre en estos casos (véase la fig. 1<sup>a</sup>) presenta la forma escalonada típica, si no se halla modificada por los baños y oscila entre los 37.5° y 39.5° C° por la mañana y los 39° y 41° C° por la tarde. Los fenómenos cerebrales y los intestinales son idénticos á los de la forma típica, aunque según dije anteriormente, las diarreas no son tan frecuentes como la constipación; la mente se conserva clara ó hay delirio según el grado de intoxicación. En ocho casos, incluídos en este grupo, seis presentaban el bazo normal y en los otros dos se encontraba ligeramente hipertrofiado y doloroso al tacto. Los puntos rosados son escasos y cuesta trabajo no confundirlos con el sarpullido y con las picaduras de las pulgas. El estado típico es muy marcado en algunos; la cara de indiferencia, el tremor de la lengua y el salto de tendones se pueden apreciar.

En estos casos, si no hay ninguna indiscreción en la dieta, la convalecencia es relativamente rápida y sin incidentes.

Segundo grupo.—*Fiebre tifoidea complicada con el parásito de Laverán.*

En Puerto Rico abundan las fiebres palúdicas en las costas y en determinadas regiones del interior, y muchos pagan, tarde ó temprano, su tributo á esta enfermedad. Es un hecho clínico conocido, que todo proceso febril en individuos que hayan sufrido de paludismo, tiende á la intermitencia, y sabemos también que el plasmodio de la malaria puede permanecer por meses y años inactivo en el organismo humano, sin dar señales de vida, y cuando la resistencia fisiológica del individuo disminuya por cualquier circunstancia, el parásito recobra de nuevo su actividad y se multiplica para dar lugar nuevamente á los fenómenos maláricos. He tenido muchas ocasiones de observar este hecho, en el Hospital de Mujeres y Niños de San Juan, donde he asistido mujeres de parto que antes de dar á luz se encontraban en perfecto estado de salud y después del parto han sentido fuertes escalofríos seguidos de fiebre alta y examinada su sangre he encontrado el plasmodio, desapareciendo prontamente el mal con un poco de quinino. No tiene, pues, nada de extraño, que hallándose la resistencia fisiológica rebajada por el bacilo de Eberth, se presente el parásito de Laverán á cooperar en su funesta labor, bien con su presencia y toxinas ó ya modificando la curva de la fiebre por la tendencia que dejó en el organismo á la intermitencia.

A estas formas se las ha llamado erróneamente *tifo-maláricas* y son las que con más frecuencia se diagnostican en la Isla.

Las manifestaciones morbosas de este grupo pueden empezar como las del grupo anterior y aparecer los fenómenos maláricos, más avanzada la enfermedad ó se manifiestan desde el principio con escalofríos, mucho dolor de cabeza y de espaldas y fiebre alta, (véase la fig. 2<sup>a</sup>) confundiéndonos mucho, en este caso, con las remitentes perniciosas. La palidez amarillenta de la cara, el tinte icterico de la conjuntiva y las grandes ojeras negras, forman un contraste especial. La constipación es constante y la lengua seca y saburrosa ó húmeda y limpia con bordes coloreados. El bazo fácilmente palpable y doloroso; la piel seca. Dos casos tuve de este

grupo y ambos fueron tratados con antisépticos intestinales, enemas y bicloridrato de quinina en inyecciones, hipodérmicas con buen resultado.

Tercer grupo.—*Fiebre tifoidea y Uncinariasis.*

El magnífico informe de los doctores Ashford, King y Gutiérrez Igaravidez sobre la anemia de Puerto Rico, nos ha demostrado conclusivamente que la mayoría de los puertorriqueños padecen de uncinariasis y no es de extrañar, por consiguiente, que en la mayoría de los enfermos de fiebre tifoidea se encuentren los huevecillos del anquilostoma y también se observen casos en que la tifoidea, la uncinariasis y la malaria, se hallen reunidas en una misma persona formando un concierto infernal para complicar aún más el diagnóstico; pero mi caso es interesante por ser uno en que la infección uncinárica era marcadísima y día por día se ha seguido el curso á las dos enfe medades.

Entró el sujeto al Hospital quejándose de anorexia, mareos y vómitos, dolor de cabeza y de estómago é hinchazón de vientre y de tobillos. Tenía 39.8° C° de fiebre y el pulso apenas perceptible; la lengua seca y azulosa; los palpados edematos y la cojuntiva, amarillenta y sin sangre, denotaba un grado profundo de anemia. Del exámen físico resultó que el corazón y los pulmones funcionaban bien. Ni el bazo ni el hígado pudieron palpase, debidó á la mucha distención del abdómen por gases en el estómago é intestinos. Las orinas dieron trazas de albumina y en el excremento se encontraron en abundancia los huevecillos de la uncinaria.

Se ordenó el tratamiento de Bozzolo.

Al día siguiente la fiebre continuaba subiendo (véase la fig. 3a) y seis días más tarde la sangre daba la reacción de Widal positiva. Como el caso prometía su interesante me propuse seguirle minuciosamente. Durante la primera semana el enfermo se quejaba de insomnio pero en la segunda y parte de la tercera el estupor ó el delirio (en el que pronunciaba palabras incoherentes en voz baja) eran constantes; el pulso rápido y dicrótico; la lengua amoratada y seca; el aliento fétido. La constipación obstinadísima y mucho tiempo. Los puntos rosados no aparecieron en todo el curso de la enfermedad debido, probablemente, al estado hidrémico de la sangre.

Se sostuvo al enfermo con fuertes dosis de whisky é inyecciones hipodérmicas de estrignina y para combatir la constipación se aplicaban diariamente enemas de glicerina y trementina. La fiebre desapareció al mes y la convalescencia fué muy lenta y sin importancia.

Si á las fiebres del segundo grupo se les ha llamado *tifo-maláricas* á estas por la misma razón se las ha podido llamar *tifo-uncinárias*.

Cuarto grupo.—*Fiebre tifoidea con otras complicaciones.*

En este grupo incluyo solamente dos casos. Uno complicado con pulmonía del lado derecho y otro con una fuerte hemorragia intestinal que terminó fatalmente.

En el primero se presentaron los síntomas de complicación pulmonar á mediados de la segunda semana, cuando más necesitaba un enfermo de todas sus fuerzas para combatir la tifoidea, pero felizmente para él, la crisis se planteó francamente una semana

más tarde acompañada de oscilaciones de dos y tres grados en la curva febril. Exceptuando las oscilaciones de la fiebre, la tos y los esputos sanguinolentos nada más digno de nota ocurrió en este caso. La convalecencia fué sumamente lenta y durante ella el enfermo, por dos veces, presentó síntomas de enagenación mental. La fiebre duró cinco semanas.

El otro caso indicaba desde el principio su gravedad.

Cuatro ó cinco días ántes de venir al Hospital se había sentido enfermo con dolor de cabeza y calentura pero no había querido faltar á sus obligaciones. Al admitírsele en el Hospital el pulso era muy rápido y la fiebre alcanzaba cerca de 40° C° y se mantuvo siempre alta á pesar de los baños. (véase la fig. 4a) La diarrea era profusa y típica; la lengua saburrosa con bordes coloreados y la mente clara.

Por tres semanas la enfermedad siguió su curso natural y cuando todo hacia creer en una resolución favorable se presentó repentinamente, á mediados de la cuarta semana, una gran hemorragia intestinal que pudo contenerse con adrenalina y otros hemostáticos pero á consecuencia de ella el enfermo falleció al siguiente día.

Este enfermo probablemente fué admitido al Hospital á principio de la segunda semana y la hemorragia causa de su muerte la atribuyo á una indiscreción en la dieta pues en el ciego se encontraron partículas de una materia extraña que no era leche coagulada y toda su medicación durante la enfermedad había sido líquida.

Practicada la autopsia del cadáver el mismo día de la muerte con el objeto de verificar el diagnóstico con las lesiones patológicas se obtuvo lo siguiente: Abierta la cavidad abdominal se encontró seca y los vasos del epiplón congestionados. El estómago en su posición natural y de tamaño normal pero anémico y distendido por gases. Los intestinos delgados congestionados y vacíos y su membrana mucosa presentaba un ligero estado catarral; el yeyuno y el íleo, muy congestionado; las glándulas de Peyer inflamadas y presentaban diversos estados de ulceración hacia la región ileo-cecal. Las glándulas mesentéricas muy infartadas. Equimosis de la región ileo-cecal pero no se encontraron los vasos ó el vaso origen de la hemorragia. El ciego descolorido y dilatado por gases; en su interior se encontraron partículas extrañas sin digerir. El apéndice congestionado. El bazo ligeramente hipertrofiado y blando pero de color natural; el hígado aparentemente normal. El corazón y los pulmones normales.

Se hizo una cultura del bazo y se resecó un pedazo de la región ileo-cecal que se enviaron al Dr. Gutierrez Igaravidez, Director de la "Anemia Commission" en Rio Piedras para su estudio microscópico.

Resumiendo lo expuesto se deduce:

- 1.º—"Que las moscas y no el agua, han sido la causa de los casos de fiebre tifoidea ocurridos en San Juan".
- 2.º—"Que la fiebre tifoidea de Puerto Rico es idéntica á la de Europa y Norte América" como lo prueba la reacción positiva de Widal en mis casos en diluciones de 1:40 y 1:60 y las lesio-

nes patológicas encontradas en la única autopsia que con este objeto se ha llevado á cabo en la Isla.

3.º—“Que en muchos casos la curva febril y las otras manifestaciones clínicas de la enfermedad aparecen muy modificadas por las complicaciones con otras enfermedades tropicales”.

Dejo á mis compañeros de la Isla el rectificar ó ratificar mis observaciones.

San Juan, Febrero 8, 1907.

---

## Enfermedades quirúrgicas de los riñones

---

El médico general y no el especialista, es el que recibe muchas veces la ardua tarea de hacer un diagnóstico, y por más difícil que aquella sea, la acepta con gusto, pues le proporciona la ocasión de familiarizarse con la enfermedad que se presenta. El reconocimiento de aquellas enfermedades de carácter quirúrgico es bien difícil, especialmente en su principio. En periodos más avanzados, sin embargo, el diagnóstico se hace más fácil, pero desgraciadamente tan tarde, que el auxilio, que se puede prestar al paciente es muy limitado.

Observaciones clínicas minuciosas, incisiones exploradoras, experimentos y estudios en el laboratorio, nos ayudan á interpretar las manifestaciones de diferentes enfermedades, en sus primeros periodos, más aún, cuando nos ocupamos de las enfermedades quirúrgicas de los riñones.

Con los métodos precisos de que hoy dispone la ciencia, para examinar los órganos renales, podemos decir, no sólomente que éstos están normales ó enfermos, sino también la naturaleza de la enfermedad con que se lucha; y, aún más, determinar si uno ó ambos riñones están afectados. En el último caso, fácilmente se determina cual de los dos está más enfermo, así como también, la manera como están ejerciendo sus funciones juntos y separadamente.

El estado normal ó patológico de dichos órganos se determina por medio de exámenes físicos, siendo muy importante observar la apariencia de la boca de los uréteres en la vejiga, vistos por medio del cistoscopio ó de los rayos X. El examen de la orina extraída de

los uréteres, por medio de una sonda uretral, nos demuestra cuál de los riñones está enfermo; y la cantidad de urea, en veinte y cuatro horas, indica la manera como el órgano está ejerciendo sus funciones. Lo mismo nos demuestra la cantidad de cromogeno y azúcar, que cada riñon elimina después de inyecciones hipodérmicas de azul de metileno y floricina, respectivamente.

Hoy, muchos de los médicos y cirujanos no pueden apreciar la importancia y ayuda de una narración clínica completa, para hacer un diagnóstico, y en la mayoría de los casos aquella es tan importante, que no se puede hacer un diagnóstico seguro sin ella. Muchos confían en el examen de la orina y en la presencia de un riñon hipertrofiado, para diagnosticar una enfermedad quirúrgica renal, y esto no es completamente seguro, por el hecho bien conocido de que, *aún con enfermedad renal avanzada, la orina y el tamaño del riñon pueden ser normales.*

La mayoría de los pacientes con enfermedad quirúrgica de los riñones, orinan con frecuencia y la cantidad, de orina que eliminan en veinte y cuatro horas, varía. Por lo tanto, al tomarse la narración clínica es importante averiguar el número de veces que estos individuos orinan durante el día y la noche, la apariencia de la orina, es decir, si es purulenta, turbia ó sanguinolenta; si el pus ó la sangre están distribuidos uniformemente ó aparecen solamente en las últimas ó primeras orinas; y en orinas sanguinolentas, si la sangre es de color rojo ó ahumado. Todos estos detalles son de gran importancia.

Los únicos síntomas de tuberculosis renal en su principio, son: frecuente y doloroso acto de orinar, siendo la orina generalmente de color nublado. El pus ó sangre, que se presenta en las primeras orinas, solamente, no es *nunca* de origen renal. Gomprecht sostiene, que una orina ahumada indica que la sangre viene del riñon.

Frecuentemente se ven pacientes cuyos riñones han estado enfermos por un período bastante largo sin haber notado nada anormal, durante el acto de orinar ó en la orina. Como quiera que pocas personas

se ocupan del carácter de su orina, es fácil entender que ocurran casos de piuria y hematuria, que pasen desapercibidos; á menos que el dolor ó el orinar frecuentemente llame la atención del enfermo. ¡Cuántas veces encontramos hematuria acompañando enfermedades como nefritis crónica granulosa, enfermedad maligna de los riñones, cálculo renal aséptico y algunas clases de tuberculosis renal, que han pasado desapercibidas al enfermo! Semejantes pacientes vienen al médico por causa de su condición general, como anemia, desarreglos gástricos ó intestinales. El examen minucioso de dichas personas revela la existencia de una enfermedad renal.

Otros factores deben también considerarse: la edad del individuo y la rapidez con que se desarrollan los síntomas, así como también, la duración de ellos. Los tumores renales malignos son más comunes durante la infancia y la vejez, atacando raras veces á personas de edad mediana; las hipernefromatas se desarrollan gradualmente mientras las zacomas y carcinomas se desarrollan con rapidez.

No se puede exagerar demasiado la gran importancia de un examen químico y patológico de la orina; es indispensable que sepamos la cantidad de orina en veinte y cuatro horas; su reacción, color, gravedad específica, si es cristalina ó contiene sedimentos; si después de filtrada contiene albúmina ó azúcar; el tanto por ciento de urea; si contiene ó no cristales de ácido úrico, oxalatos, fosfatos triples, leucina y tirosina, pus ó células rojas, cilindros epitelio ó microorganismos, especialmente bacillus tuberculosis, streptococcus, staphilococcus y colon bacillus.

Generalmente, el tamaño de un riñon enfermo varía: es un error, sin embargo, creer, que todo riñon enfermo está hipertrofiado ó que todo riñon hipertrofiado puede palpase. Es por consiguiente, de importancia, recordar que mientras un riñon hipertrofiado puede indicar enfermedad, la ausencia de este factor no es prueba de salud. También muchas veces, el dolor indica el riñon enfermo; á este síntoma no debe siempre darse gran importancia, pues todo cirujano sabe, que el riñon enfermo muchas veces no sufre do-

lor, mientras que el sano, debido á trabajo extra, que tiene que hacer ó a una degeneración urotóxica de sus parenquimas, sufre gran dolor.

P. RAMOS CASELLAS,

Colegio de Medicina, Universidad de Syracuse,  
N. Y., U. S. A.

## SECCION INFORMATIVA.

Hemos tenido el gusto de recibir "La Revista Médica" que bajo la dirección del competente Dr. F. A. Defilló, vé la luz pública en Santo Domingo.

A la vez nos ha honrado también, una carta muy atenta del Dr. Báez, de aquella república, correspondiendo cortezmente á la que nosotros le dirigiéramos, en el sentido de establecer vínculos de relación profesional con el cuerpo médico de la Isla hermana.

El Dr. Báez es una de las autoridades médicas de aquel país, que goza de un bien cimentado crédito y conceptuamos valiosísima toda cooperación, que pudiera prestarnos, en los empeños de labor científica, que actualmente desarrollamos los profesionales médicos puertorriqueños.

Plácenos establecer cange con la referida Revista y devolver nuestro más cordial saludo á los Dres. Báez y Defilló, quien nos ha favorecido, con atenta carta.

\* \* \*

En el número de hoy reproducimos un interesante trabajo del doctor S. B. Gautier titulado, "Contribución al Estudio Clínico y Hematológico del Paludismo."

Actualmente la labor de los médicos dominicanos se consagra al estudio de este tema tan interesante de la Patología tropical y parece que inician también, los primeros trabajos sobre uncinariasis.

A continuación copiamos parrafos de la carta que el Dr. Defilló nos escribe.

Dice el distinguido colega, hablando del Paludismo:

"Lo que por ahora distrae nuestra atención es el paludismo, que á nuestro juicio, difiere mucho de la forma clásica, por lo menos en cuanto á la morfología de su parásito y trasmisión de este del mosquito al hombre.

"Ultimamente hemos llegado á establecer las conclusiones siguientes:

- 1.º—En la sangre de los llamados palúdicos, en Santo Domingo, no se ha podido encontrar, hasta ahora, ni uno solo los cuerpos típicos de Laveran. (*Gautier, S. B.*)
- 2.º—Se ha comprobado sí, la existencia de pequeños cuerpos móviles, de movimiento rápido, como el de los vibriones, libres en el plasma ó en los hematias. (*Gautier; Defilló*).
- 3.º—En ciertas formas abundan los hematias flajelados, en la proporción de 60 á 90 % de los normales. (*Gautier*).
- 4.º—En Santo Domingo no hay anofeles. (*Defilló*).

5.º—Es forzoso atribuir, el paludismo [en lo que respecta á su trasmisión] al *Culex fatigans*, muy abundante entre nosotros. (*Defilló*).

“En cuanto á la *uncinariosis*, comienza á desarrollarse entre nuestros campesinos, especialmente los de las comarcas vecinas á Puerto Rico”.

\* \* \*

A última hora la Junta de Gobierno de la “Asociación Médica” ha vuelto sobre su acuerdo de celebrar una Asamblea científica en Guayama, decidiendo que esta sesión se celebre en Aguadilla el 7 de Abril próximo.

En dicha Asamblea se tratarán algunas cuestiones de orden administrativo relacionadas íntimamente con la marcha y vida de la Asociación Médica.

Nos complacemos en advertirlo á nuestros compañeros asociados y no asociados de la Isla, á todos los Médicos que rindan culto á su ciencia y se sientan interesados en el futuro de la clase médica puertorriqueña.

Deseamos oír todas las opiniones, que vengan presididas por un noble deseo de contribuir á la más firme organización y estabilidad de este organismo médico.

Abundamos en sinceros deseos de confraternizar con todos nuestros hermanos de profesión y que de las relaciones que establezcamos, en esa Asamblea, como en cualquier otra de las que celebremos, surjan nuevas fuerzas, que aseguren la vida de la Asociación Médica, llamada á ser la más genuina representación de nuestra clase lo mismo en lo científico, que en el orden de los intereses morales y materiales.

Reiteramos, pues, nuestra invitación á los compañeros médicos de toda la Isla.

\* \* \*

Merece nuestra congratulación la actividad, celo é inteligencia desplegadas por el Dr. Izquierdo, de Cayey, frente á la epidemia de fiebres tifoideas, que allí se ha desarrollado.

El Dr. Izquierdo, celoso de su reputación profesional, ha apurado todas las pruebas clínicas y bacteriológicas para desvanecer las dudas, que pudieran presentarse á sus diagnósticos, encontrando en casi todos los casos las pruebas positivas de las reacciones, tanto de orinas como de sangre.

El Departamento de Sanidad, ha secundado la labor del referido compañero, auxiliándole con los medios más eficaces de que ha podido disponer.

Oportunamente envió personal técnico á examinar las aguas, que sirven para el suministro público en aquella población.

En el próximo número daremos á la publicidad el informe del Lcdo. Rafael del Valle Sárraga, acerca de esta materia.

\* \* \*

El ilustre puertorriqueño Dr. Suarez de Mendoza, residente en Madrid, que se dedica con gran fortuna á la especialidad de Vías Urinarias, habiendo conquistado una gran reputación en aquella culta Villa, ha dispensado á la Asociación Médica, el honor de aceptar su representación científica y al efecto, muy en breve, podremos ofrecer en esta Revista interesantes trabajos del distinguido compatriota, que es hoy una gloria de la Medicina y Cirujía contemporáneas.

La Asociación Médica se enorgullece de poder contar con una colaboración tan autorizada y le rinde, desde estas columnas, el tributo del más alto honor.

\* \* \*

Causas imprevistas han retardado la publicación de este número, por

lo que pedimos excusas á nuestros compañeros asociados y á los suscriptores particulares.

\* \* \*

El Board de Médicos Examinadores celebrará exámenes para Médicos, Comadronas, Practicantes y Nurses el dia 2 de Abril próximo.

\* \* \*

Podemos asegurar á nuestros compañeros, que la Ley del Board de Médicos Examinadores ha quedado en la misma forma, sin alteración por parte de las Cámaras Legislativas.

Una enmienda, que había sido presentada en el Consejo Ejecutivo, fué derrotada en la Cámara. La combatieron nuestros compañeros Drs. Audinot y Barreras, quienes supieron interpretar los intereses de la profesión Médica puertorriqueña. Cumplieron con su deber y bien merecen nuestros plácemes.

\* \* \*

La Junta de Gobierno de la "Asociación Médica" ha dirigido una circular muy expresiva á todos los Médicos de la Isla, invitándoles á inscribirse como socios de la misma.

La labor de la referida Junta habrá de consagrarse, desde ahora á cuestiones de orden moral y material de la clase médica, poniéndose al amparo y defensa de sus intereses, sin desviarse del curso que llevan los trabajos científicos iniciados con tan gran fortuna en el seno de las Asambleas trimestrales.

Sabemos que en la Isla se mira con simpatía la obra de nuestra "Asociación Médica" y es de esperarse, que al llamamiento que hoy se hace á todos los compañeros de profesión, responderán de un modo satisfactorio en bien de los intereses y del prestigio médico.

Así lo esperamos.

---

El purgante más suave y eficaz

es la

## Magnesia Efervescente de Blanco.

cuyo uso es preferible é cualquiera otro en los países cáidos

## Las Digestiones

lentas y dolorosas se curan rápidamente tomando el

## Elixir de Pepsina,

preparación agradabilísima hecha por el Farmacéutico

D. José M. Blanco.

## La Brea Vegetal

es un remedio eficaz para todas las afecciones **CATARRALES**

y en gran número de las de **LA PIEL.**

## El Licor Balsámico de Brea de José M. Blanco

encierra toda la virtud medicinal de esta substancia de la cual es un verdadero extracto.

## Para combatir

la **Anemia**

la **Escrófula y el Linfatismo**

es de gran utilidad el

## JARABE DE PROTOIODOURO

**DE HIERRO**

preparado por el

Lcdo. José M. Blanco.

## CALLOS.

Los que padecéis de molestia tan enojosa, usad el

## Callicida Vardet

que prepara

José M. Blanco.

os veréis libres de ellos.

**Dr. Manuel del Valle,**

**Mateo D. Fournier**

**CIRUJANOS DENTISTAS**

**SAN JUSTO No. 9**

**HORAS DE CONSULTA**

De 8 á 11—A. M.

De 1 á 5—P. M.

**Histógeno Llopis**

El último triunfo de la medicina para combatir la

**TUBERCULOSIS**

y todos los estados que acusan desgaste de fuerzas ó debilidad del organismo.

Pídalo en la

**FARMACIA BLANCO**

UNICOS DEPOSITARIOS

**SAN JUAN.**

**DR. ALVAREZ VALDÉS.**

**CIRUJANO DENTISTA AMERICANO.**

**CON 20 AÑOS DE PRACTICA.**

Con todos los elementos necesarios para el ejercicio de la profesión.

**EQUIDAD, ESmero Y GARANTIA**

**HORAS DE OFICINA** || De 8 á 11½ -- A. M.

De 1 á 5 -- P. M.

**San Francisco esq. á Cruz,**

**Plaza Baldorioty.**

**BOLETIN**

DE LA

**Asociación Médica de Pto.-Rico.**

DIRECTOR:

DR. M. QUEVEDO BÁEZ.

REDACTORES:

Dr. Agustín Stahl.

" J. N. Carbonell.

" W. F. Lipitt.

" Selis.

" F. Guenzaga.

Dr. González Martínez.

" Ruiz Arnau.

" Guillermo Salazar.

" Velez Lopez.

Corresponsal en Washington, Dr. BAILEY K. ASHFORD.

## SUMARIO.

Interpretación de un análisis de Orina.—Por el Dr. A. Suárez Muñoz.

La sífilis en Puerto Rico.—Por Don Salvador Brú.

El bacilismo específico de la tuberculosis.—Por el Profesor L. Arraigón.

De la Cátedra Clínica de Medicina  
Puerto Rico Nueva Organización.

Nuestro Tratamiento.

LA CORRESPONDENCIA Y ANUNCIOS AL DIRECTOR

Published Monthly at 29 Plaza Baldorinoy San Juan, P. R.

SAN JUAN, PUERTO RICO.

Establecimiento Tipografico del Boletín Mercantil.

ALLEN No. 24 y 26.

## LABORATORIO

DEL DR. A. TORREGROSA.

Es-ANEXADO en el Laboratorio de Patología de la Universidad de Carolina.

Exámen clínico de Sangre, Espiritu, Orina, Sudo, Gástrico, aparato patológico [tumores, abscesos, carcinomas difteriales, exudados].

PRECIOS RAZONABLES.

Asamblea, P. R.

## JARABE DE HIPOFOSFITO DE CAL DEL LCDO. D. JOSÉ M. BLANCO.

El mejor reconstituyente de los niños débiles y marfíticos y tónico eficaz en los adultos. Muy recomendable durante el periodo de la dentición y cambio de edad.

*Preparado por el Lcdo. D. José M. Blanco.*

## LABORATORIO QUIMICO-MICROLOGICO

DEL DR. GUILLERMO BALAZAR.

Calle Cristina 8, bajos, Ponce, Puerto Rico.

Siempre habiendo como Intero en el Laboratorio de Químico Analítico de la Facultad de Medicina de Carolina y en el Laboratorio de Fisiología de La Universidad de La Habana, y en otros departamentos, he organizado un Laboratorio que puede servir de modelo a los otros. El Laboratorio incluye los siguientes departamentos:

*Química orgánica, físicas completa de gases, Juntas químicas, Leyes, Análisis de A. Alimentos, determinaciones de Azúcares, Sangre, Examinación Necropsias, Ptas. Fisiológicas, etc.*

*Pruebas clínicas de Personalidad, renal y hepática, Insulin, Glucosa de Urea, Tolerancia al azúcar, y Ceto determinación.*

Los análisis enlatados se abren en el como Laboratorio, y en los departamentos, por cada elemento que se lesa el caso.

Los exámenes bacteriológicos, fisiológicos, anatomía, etc. se remiten a precios especiales.

A. C. También se abren de todos los métodos como pruebas en relación con investigaciones de origen y a su respectivo elemento.

PONCE, SEPTIEMBRE 1906.

Se facilitan instrucciones para recoger los productos a cualquier

# Fumigadores de Lister de Formaldehido.



El uso del Fumigador de Lister, está exento de todo peligro y de producir mal olor ó cualquiera otra sensación desagradable. En el procedimiento ordinario de desinfección la voz general es: *Dos desinfecciones equivalen á un incendio.* Aun cuando los vestidos y los muebles se envíen á un lugar apropiadamente dispuesto para el objeto, siempre sufrirán mucho deterioro, porque el vapor y el azufre, para que sean eficaces, no pueden menos que ser destructores. Pero el **FUMIGADOR DE FORMALDEHIDE DE LISTER** no causa efectos perjudiciales ni

en la madera barnizada, ni en los metales, ni en el oro ó la plata, ni en los colores ó tintes, ni en el papel de las paredes, y ni en los muebles. Es absolutamente inofensivo para todos los utensilios domésticos, y debido á eso y á su poder desinfectante, es admirablemente apropiado para su empleo en las habitaciones.

Pero también desde otro punto de vista su superioridad es tan marcada, que puede decirse abre una nueva era en el campo de la desinfección, porque este gas, al par que destruye los malos olores y los gérmenes morbosos, no ejerce efectos tóxicos en el hombre ni en los animales. El olor del formaldehido es sin embargo muy molesto para los insectos, y los hace huir. Está asimismo demostrado que no sólo no son tóxicos los vapores del formaldehido, sino que son muy útiles en las habitaciones de los enfermos y producen efectos terapéuticos de gran valor. En algunos países se han empleado las inhalaciones de este gas con gran éxito en casos de catarros, difteria, bronquitis, asma, tisis, gripe, etc. También causa efectos beneficiosos en la tos convulsiva. En vista, pues, de su baturatura, de su eficacia, de su utilidad práctica y su propiedad de ser inofensivo para las personas, etc., el **FUMIGADOR DE LISTER** supera á todos los demás fumigadores y tiene que merecer el favor del público.

El **FUMIGADOR DE LISTER DE FORMALDEHIDE** se fabrica de dos tamaños; grande y pequeño. El envase en que van los citados fumigadores, está hecho de un material incombustible.

Un **FUMIGADOR DE LISTER** de tamaño pequeño es suficiente para fumigar una habitación de mil pies cúbicos, y un **FUMIGADOR DE LISTER** tamaño grande, puede desinfectar una habitación de cuatro mil pies cúbicos.

**De venta en todas las Drogerías y Farmacias.**

# CLIN & C<sup>ie</sup>, F. COMAR & FILS & C<sup>ie</sup> - PARIS

## PREPARACIONES PRINCIPALES

### ADRENALINA CLIN

Solución al 1/1000° (*Clorhidrato*).  
Frasco de 25 cc. y Frasco de 5 cc.  
Colirio al 1/5000° (*Clorhidrato*).  
Gránulos dosados á 1/4 de miligr.  
Supositorios dosados á 1/4 de miligr.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup> Inyecc. hipodérm.  
graduados á 1/2 miligr. por cc.

*Hemostático, vaso-constrictor el más poderoso.*

### CACODILATO de SOSA CLIN

Gotas dosadas á 0 gr. 01 por cada 5 gotas  
Glóbulos dosados á 0 gr. 01.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup> Inyecc. hipodérm.  
dosados á 0 gr. 05 por cc.

### METHARSINATE (Metilarsinato disódico químicamente puro.) CLIN

Gotas dosadas á 0 gr. 01 por cada 5 gotas.  
Glóbulos dosados á 0 gr. 01.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup> Inyecc. hipodérm.  
dosados á 0 gr. 05 por cc.

### MARSYLE CLIN (Cacodilato de protóxido de hierro.)

Gotas dosadas á 0 gr. 025 por cada 5 gotas.  
Glóbulos dosados á 0 gr. 025.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup> Inyecc. hipodérm.  
dosados á 0 gr. 05 por cc.

INDICACIONES de la Medicación *Cacodilica* : **Anemia, Impaludismo, Tuberculosis, Diabetes, Enfermedades de la Piel, etc.**

### LECITINA CLIN

Pildoras dosadas á 0 gr. 01.  
Granulado dosado á 0 gr. 10.  
por cucharada de las de café.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup> Inyecc. hipodérm.  
dosados á 0 gr. 05 por cc.

INDICACIONES : Tuberculosis, Neurastenia, Raquitismo, Fatiga por exceso de trabajo, Convalecencias, etc.

### GLYCOGÈNE CLIN

Cápsulas dosadas á 0 gr. 20.  
Solución dosada á 0 gr. 20  
por cucharada de las de café.

INDICACIONES : Diabetes, Intoxicaciones, Caquexias, Convalecencias de las Enfermedades infecciosas, Afecciones hepáticas

### VINO NOURRY

0 gr. 05 de yodo } por cucharada sopera.  
0 gr. 10 de tanino }

INDICACIONES : Linfatismo, Escrofulosis, Menstruaciones difíciles, Convalecencias de las Enfermedades infecciosas.

# BOLETIN

DE LA

## Asociación Médica de Pto.-Rico.

Año V. 1907

MARZO 1907.

Núm. 52.

### Interpretación de un análisis de Orina

por el Dr. A. Suarez de Mendoza.

SEÑORES:

Concluido el estudio de los síntomas que nos suministran el interrogatorio del enfermo y el examen físico, quedamos por apreciar los datos que puede proporcionarnos el análisis de las orinas, los cuales no solamente son aplicables al diagnóstico, sino también al pronóstico y al tratamiento de las uropatías, pues más de una vez nos fuerzan á modificar, en diversos sentidos, la naturaleza de nuestras intervenciones.

Para que nos sea útil, el análisis de la orina debe ser físico, químico microscópico y bacteriológico.

La parte técnica de los análisis de orina, estudio importante é íntimamente unido á nuestra especialidad, ha de hacerse en lugares adecuados, y más bien constituye una ocupación profesional.

Cuanto pudiera decirnos sobre tan interesante punto, sería pronto olvidado, pues las ocupaciones diarias que nos impone la carrera no nos permiten dedicar al laboratorio el tiempo indispensable para adquirir la habilidad que dé á nuestras obras, garantía suficiente para inspirarnos confianza en el resultado de nuestras investigaciones. Huelga, pues, todo lo que pudiera decirse en este sentido, y al laboratorio hemos de recurrir, por ser este el llamado á definir los caracteres organolépticos y físicos de la orina, determinando su punto de congelación, á precisar la naturaleza y proporciones de sus diversos componentes, á investigar y dosificar los principios anormales que puede contener á examinar sus sedimentos de procedencia mineral ú orgánica y á evidenciar los elementos celulares, los micro-organismos y parásitos animales que en ella pudieran encontrarse.

Hecho este trabajo, adividas las cifras, reconocidos los elementos anormales y clasificados los microbios, sólo está planteado el problema.

¿Qué significan estos guarismos? ¿Qué importancia tienen la presencia de los elementos anormales y las especies ó variedades microbianas que se han observado en la platina del microscopio? ¿Qué os dice el punto de congelación? ¿Cuál es el valor diagnóstico de estos diversos factores?

Tratemos de determinar el alcance que pueden tener los datos que el laboratorio nos proporcione, para no darles más valor que el que en realidad tienen, ni desdeñar sin motivo útiles auxiliares.

Tratar de descubrir el origen de las enfermedades por el examen de la secreción renal, deduciendo de éste su tratamiento, es una idea que se remonta á la más lejana antigüedad. Hipócrates, en sus aforismos, dedica á este estudio particular atención; Galeno, Celso y aun el mismo Avicena, no hacen más que comentar, en sus respectivos tiempos, los aforismos del padre de la Medicina.

Hacia fines del siglo XII, un monje francés, Gilles de Corbeil, médico del gran Felipe Augusto, compuso un poema didáctico de trescientos cuarenta y seis versos latinos sobre el estudio de las orinas. Este libro fué largo tiempo ritual de muchos médicos, formando parte de los quince ó veinte volúmenes que hacia fines del siglo XIV, componían toda la biblioteca de la Facultad de Medicina de París.

El mejor tratado referente á la orina que nos haya legado la Edad Media, se debe á Johannés Actuarius, que lo escribió hacia el fin del siglo XIII.

En fin, para que os deis cuenta exacta de la importancia, que en todo tiempo, han atribuído los médicos á este estudio, bastará deciros que, según Leube, desde Magno de Alejandría hasta fines del siglo XVIII, el número de libros escritos sobre urología llega á doscientos.

Y aquí un paréntesis. Siempre, y desde la primera lección, me oís emplear la palabra *urodología* para designar el estudio de las enfermedades de las vías urinarias, dejando, como acabáis de oír, el clásico vocablo de *urología* para designar el estudio de la orina, que es lo que etimológicamente significa.

En los tiempos de Gilles de Corbeil, comprendo que la palabra *urología* abarcase el estudio de la orina y el de las enfermedades de los órganos que la elaboran, pero en nuestros días me parece justificado el aditamento del radical *odoo* (vía ó camino) á los dos que forman la palabra *urología* para designar una ciencia completamente moderna y que tanto se ha distanciado de la de los antiguos urólogos. Continuaré, pues, si me lo permitís, designando nuestra especialidad con el vocablo *urodología*, circunscribiendo la significación de la palabra *urología* al estudio de la secreción del aparato urinario.

La Urología, á pesar de los doscientos volúmenes de que habla Leube, no reviste caracter científico hasta los principios del siglo pasado, y verdaderamente es necesario llegar á Rayer y Becquerel para encontrar bases científicas á la semiología urinaria, hasta tal punto, que el *Tratado de las enfermedades de los riñones*, del primero, y *La semiótica de las orinas*, del segundo, son obras sin abolengo, que marcan los primeros jalones del camino por donde ha marchado la Urología moderna.

En nuestros días, y principalmente cuando se trata del análisis químico de la orina, hay dos tendencias diametralmente opuestas: los unos le atribuyen exageradísima importancia, pidiendo al Laboratorio la solución de casi todos los problemas del diagnóstico; los otros, por el contrario, consideran el análisis de orina como cosa supérflua y de escaso valor clínico.

¿De qué lado está la razón? En ninguno de estos dos extremos: y el estudio que vamos á hacer os demostrará, sin duda alguna, que la clínica, la minuciosa observación del paciente, la exacta interpretación de las quejas del organismo enfermo y dolorido, ocuparán siempre lugar preeminente, el primer lugar, en el arte difícil del diagnóstico, poniendo también de manifiesto, que el laboratorio puede prestarnos auxilio tal, que en multitud de casos seríamos culpables en desdeñar.

El análisis de la orina somete á nuestra apreciación sus caracteres físicos y organolépticos: olor, color, aspecto, volumen, densidad y punto de congelación; la proporción de sus componentes normales; los elementos anormales que á veces contiene y sus proporciones; por último, el microscopio determina la naturaleza de los sedimentos, diferenciando los organizados de los que no lo son, y aún separando éstos en figurados y salinos.

Desarrollar como es debido, el programa que este enunciado comprende, tratar á fondo todas las cuestiones que abarca, sería pasar revista á la fisiología de la nutrición, á casi toda la patología interna y á una buena parte de la externa, y para ello sería insuficiente el tiempo de que disponemos; muchísimo, pues, tendré que dejar á un lado.

La importancia, el valor semiológico de las modificaciones, que en sus caracteres físicos y organolépticos puede presentar la orina, os son ya conocidos, pues á su estudio hemos dedicado varias lecciones; prescindiendo, pues,

de lo ya tratado, no me ocuparé sino de lo que puedan enseñarnos las variaciones del punto de congelación de la orina.

Hace algunos años, que se utiliza en semiología urinaria, y no sin provecho, un método esencialmente físico: la crioscopia (de Kpuoo, hielo, *okoneu*, observar ó ver).

Este método, que en Física sirve para determinar el peso molecular de los cuerpos, está fundado en las siguientes leyes establecidas por su inventor, Raoult, de Grenoble, en comunicaciones hechas á la *Academia de Ciencias de París* en 1882 y 1885.

1.<sup>ª</sup> *Las soluciones salinas se solidifican á un grado tanto más bajo cuanto mayor es su concentración.*

El agua destilada, como sabeis, se congela á 0°; T. C. apenas contiene sales disueltas, su punto de solidificación desciende, alejándose tanto más del cero, cuanto mayor sea la cantidad de sales, ó, más simplemente, el descenso del grado de congelación de una solución salina está en razón directa del número de moléculas que contiene.

Se ha convenido en designar el punto de congelación con la letra griega delta mayúscula,  $\Delta$ , que corresponde á nuestra D.

2.<sup>ª</sup> *Las soluciones de igual riqueza molecular tienen el mismo punto de congelación, cualquiera que sea la naturaleza de sus moléculas constituyentes. Sólo el número de estas moléculas influye en el descenso del punto de congelación.*

Así, por ejemplo, una molécula de urea pesa 60, y una de albúmina 6.000; pues para obtener una solución de albúmina cuyo punto de congelación fuese el mismo que el de una solución de urea á 60 gramos por litro, será necesario disolver en un litro de agua 6.000 gramos de albúmina.

El número, pues, de moléculas disueltas en soluciones cualesquiera es directamente proporcional al descenso de su punto de solidificación, y éste descenderá tanto más por debajo de 0°, cuanto mayor sea el número de moléculas contenidas en la solución. Huelga decir, que es indispensable, cuando se quiere obtener resultados comparables, operar sobre volúmenes exactamente iguales.

Hay varios procederes, que tienen por base la crioscopia y por objeto el estudio de la función renal. Tales son:

El de Koranyi, el de Claude y Balthazar, el de Claude y Mauté, el de Teissier y el de León Bernard.

El segundo, el de Claude y Balthazar, es el que clínicamente se utiliza hoy, y será, por consiguiente, el único de que me ocuparé.

Estos autores admiten arbitrariamente, por hipótesis, que el número de moléculas contenidas en un centímetro cúbico de orina se obtiene multiplicando por 100 la cifra que indica el grado de congelación, multiplicación sumamente fácil, pues para hacerla basta avanzar la coma de la cifra que indica el termómetro dos lugares hacia la derecha. Así, cuando una orina se congela á  $-1^{\circ},25$ , correremos la coma dos lugares hacia la derecha, y diremos que esta orina contiene 125 moléculas por centímetro cúbico; en realidad, contendrá millones de millones; pero lo que necesitamos para nuestros cálculos no es conocer con exactitud el número real de moléculas, sino representar éste por una cifra que elegida arbitrariamente, pero sujeta á reglas invariables, nos permita establecer relaciones con el punto  $\Delta$  de la orina.

Al decir, pues, que de dos orinas congelándose la una á  $-1^{\circ},25$  y la otra á  $-1^{\circ},50$  la primera contiene 125 moléculas por centímetro cúbico, ó 125,000, lo mismo da para el caso, y la otra 150 ó 150.000, lo que sentamos es que 125 y 150 ó 125,000 y 150.000 guardan entre sí la misma relación que 1,25 y 1,50, grados respectivos de congelación de las dos orinas. No hay para qué decir que es indispensable emplear siempre el mismo sistema de anotación.

Como siempre la orina se congela por debajo del cero, suele suprimirse el signo  $-$ , y al ver escrito que el  $\Delta$  de una orina es 1,15 debéis entender  $-1,15$ .

Veamos ahora, cuáles podrán ser las aplicaciones clínicas de la crioscopia. Ante todo, es necesario recordar, en dos palabras, las teorías más admitidas tocante al mecanismo íntimo, aun desconocido, de la secreción urinaria, y sobre todo la de Koranyi, base de las investigaciones de Claude y Balthazar.

Para Browman, el agua y las sales de la sangre se filtran por el glomérulo y se cargan de principios orgánicos que les ceden los epitelios al atravesar los tubos uriníferos.

Küss piensa que el suero sanguíneo, tal cual es, pasa por el glomérulo, encargándose luego los epitelios canaliculares de reabsorber la albúmina.

Según Ludwig, todos los componentes del suero sanguíneo, excepto la albúmina, atraviesan el glomérulo, reabsorbiendo los epitelios de los tubuli el exceso de líquido y concentrando la orina.

Por último Koranyi admite, que el glomérulo suministra una solución de cloruro de sodio, hipotónica á la sangre, que al atravesar los tubos uriníferos pierde su agua, que es reabsorbida, haciéndose cada vez más densa, al mismo tiempo que entre ella y la sangre se establece un cambio molecular á través del epitelio de los canaliculos, de tal suerte, que por cada molecula de cloruro de sodio que la secreción glomerular abandona á la sangre, ésta le cede una molécula elaborada de naturaleza variable, ácido úrico; fosfatos, urea, etc., etc. Este cambio se efectúa molécula por molécula.

Admitada está teoría de Koranyi, á pesar de las muchas objeciones que se le han hecho, resulta que desde el punto de vista del número de moléculas, la orina no cambia desde el glomérulo á la vejiga; la naturaleza de éstas se modifica, pero numéricamente permanecen invariables, puesto que cada molécula de cloruro de sodio dada á la sangre es substituída por una molécula elaborada.

Claude y Balthazar basándose en esta teoría, han llegado á expresar, mediante fórmulas algebraicas, la actividad funcional del glomérulo y de los conductos uriníferos: en efecto, la diuresis molecular total, ó sea el número de moléculas de toda especie que contiene la orina, representa la actividad del glomérulo, pues éste extrae de la sangre, bajo forma de cloruro de sodio, el número total de moléculas que ha de contener la orina, moléculas que los conductos uriníferos reemplazan en parte por igual número de moléculas elaboradas.

Por otra parte, la relación entre la totalidad de las moléculas y las moléculas elaboradas, que contenga una orina, representará exactamente la capacidad funcional de los tubos uriníferos, su aptitud para cambiar moléculas de cloruro de sodio por moléculas elaboradas ó excrementicias. Para llegar á este resultado bastará determinar la cantidad total de moléculas que contiene la orina según la fórmula  $\Delta \times \frac{V}{P}$ . Hecho esto, determinaremos la parte que en el total corresponde al cloruro de sodio; la diferencia entre el número de moléculas de cloruro de sodio y el de las de la totalidad que contiene la orina, será el de moléculas elaboradas.

Veamos, cómo los citados autores han obtenido estas fórmulas algebraicas aplicables á todos los casos.

La cifra que indica el grado de congelación de la orina, multiplicada por ciento, nos da á conocer, como ya hemos dicho, el número de moléculas que contiene un centímetro cúbico de orina; multiplicando esta cifra por el número de centímetros cúbicos de orina emitidos en veinticuatro horas, ó sea por su volumen  $V$ , tendremos  $\Delta \times 100 \times V$ , como expresión del número de moléculas de la orina de veinticuatro horas. Si dividimos la cifra así obtenida por el número de kilogramos que pese el sujeto en experiencia, ó sea por su peso  $P$ , obtendremos el número de moléculas eliminadas por kilogramo, lo que representará la fórmula

$$\frac{\Delta \times 100 \times V}{P}$$

Como es indispensable multiplicar  $\Delta$  por 100 para conformarse á la anotación

de Claude y Balthazar, se sobrentiende siempre esta operación; así la fórmula anterior se representa por  $\Delta \times \frac{V}{P}$ .

El resultado de esta operación indica el número total de moléculas eliminadas por kilogramo; si de él restamos las moléculas de cloruro de sodio, el resultado representará las moléculas elaboradas que han suministrado á la orina los epitelios de los tubos uriníferos; podremos, pues, así comprobar fácilmente la actividad funcional de éstos.

Calcularlo es muy sencillo: se dosifica el cloruro de sodio de la orina y se determina la cantidad contenida en 100 gramos, que llamaremos  $p$ . Sabemos, por otra parte, que una solución al 1 por 100 de cloruro de sodio se congela á  $0^{\circ},606$ , es decir, que un centímetro cúbico de ella contiene 60,5 moléculas; pues bien otra solución de cloruro de sodio al 2 por 100 contendrá en un centímetro cúbico un número de moléculas igual á  $2 \times 0,603$ ; otra al 3 por 100 contendrá  $3 \times 0,605$  moléculas, y así sucesivamente; una solución al  $p$  por 100 contendrá  $p \times 0,605$  moléculas.

Como, por otra parte, en toda solución mixta el punto  $\Delta$  es la suma de los  $\Delta$  de las sales que la integran, el cloruro de sodio contenido en la orina contribuirá al descenso del  $\Delta$  de ésta en una parte igual á  $p \times 60,5$ , lo que dará por veinticuatro horas

$$p \times 60,5 \times V;$$

y dividiendo por el peso del cuerpo, tendremos

$$\frac{p \times 60,5 \times V}{P},$$

fórmula que representa el número de moléculas de cloruro de sodio eliminadas diariamente por kilogramo de individuo.

Como hemos expresado la cantidad total de moléculas eliminadas por kilogramo por la fórmula  $\Delta \times \frac{V}{P}$ , la cantidad de moléculas elaboradas será igual á esta cantidad, menos las moléculas de cloruro de sodio, que expresaremos así:

$$\Delta \times \frac{V}{P} - \frac{p \times 60,5 \times V}{P},$$

y sacando el factor común  $\frac{V}{P}$ , queda reducida á

$$\frac{V}{P} \times (\Delta - 60,5 \times p);$$

y si representamos por delta pequeña ( $\delta$ ) el número de moléculas elaboradas, es decir, si hacemos  $\delta = \Delta - 60,5 \times p$ , tendremos  $\delta \times \frac{V}{P}$ , que indicará el número de moléculas elaboradas por kilogramo de individuo en veinticuatro horas.

Dividiendo estas dos fórmulas  $\Delta \times \frac{V}{P}$ , que expresa la eliminación molecular total por kilogramo (la actividad del glomérulo), por  $\delta \times \frac{V}{P}$ , que representa la eliminación de las moléculas elaboradas (la actividad de los epitelios de los tubos uriníferos), obtendremos

$$\frac{\Delta \times \frac{V}{P}}{\delta \times \frac{V}{P}};$$

y suprimiendo en el numerador y denominador el factor común  $\frac{V}{P}$ , tendremos finalmente  $\frac{\Delta}{\delta}$ , ó sea la relación entre

Diuresis molecular total  
 -----  
 Diuresis de las moléculas elaboradas

es decir, la fórmula que representa la actividad de los epitelios canaliculares, la fórmula de su potencia para cambiar moléculas de cloruro de sodio por moléculas elaboradas, como hace un momento os he dicho.

(Continuará)

\* \* \*

## LA VIRUELA EN PUERTO RICO.

(HECHOS Y COMENTARIOS)

*Dedicado al Dr. don Manuel Quevedo Báez.*

La invasión de las Indias Occidentales por los gérmenes variolosos, secuela fué inevitable de la colonización europea. Y aquí me detengo á rectificar á todos los tratadistas que establecen en Méjico, y durante el año 1527, la primera epidemia de esa enfermedad en América. La evidencia de tal error se descubre leyendo la correspondencia que los padres jerónimos, gobernadores de las Indias, dirijieron á Madrid en Enero de 1519.

En esos documentos se participa, no ya la introducción y desarrollo del azote pestilencial en la Isla de Santo Domingo, sino su propagación funesta á Puerto Rico. De modo, que la invasión del mundo colombino por las viruelas era un hecho comprobado oficialmente en 1518, cuando aún se ignoraba la existencia del imperio de Moctozuma.

El vehículo importador del infeccioso virus proporcionáronlo los traficantes en esclavos africanos. La viruela, conocida en Europa desde el siglo VI, casi endémica, era en algunos puertos de Levante, al descubrirse por Colón las Indias del Occidente, pero constreñida la navegación ultramarina al exclusivo mercado de Sevilla y supeditadas allí las expediciones ultramarinas á la vigilancia fiscal de la *Casa de la Contratación*, el peligro de comunicación con los puertos sospechosos no se dejó sentir en los años inmediatos al descubrimiento. Rechazados luego, por sobrado ladinos, los esclavos españollizados en Sevilla, que llevara el séquito de Ovando, y prohibida por el cardenal Jiménez de Cisneros la contratación de negros en África, el cebo de la ganancia aconsejó el fraude, introduciéndose en Santo Domingo los esclavos por contrabandistas portugueses y genoveces, que frecuentaban los puertos levantinos y en las mismas costas de Berbería tomaban el cargamento humano que, amontonado en hedionda sentina y sometido á los perances de tarda navegación, solía llegar á las Antillas en estado deplorable.

Fácil fué así la infección y propagación de una dolencia cruel para todos, pero especialmente mortal para la raza indígena. De ello dan testimonio los citados padres jerónimos en estos términos.

“En el mes de Diciembre del año pasado (1518) ha placido á Nuestro Señor de dar una pestilencia de viruelas, que no cesa, en que se han muerto y mueren hasta el presente *cuasi la tercera parte de los dichos indios*, y V. A. crea que se les ha fecho y face todo el remedio posible”.

Como las comunicaciones oficiales y comerciales entre Santo Domingo y San Juan eran constantes y ninguna prescripción sanitaria las contenía, cundió presto el contagio de una en otra Isla, observándose en Puerto Rico igual estrago en los indígenas, hasta el punto de que algunos personajes, entre ellos el obispo, hubieron de pedir que se les autorizase á comprar negros, para sustituir á los indios de repartimiento que se les habían muerto.

Es de creer, que desde aquella época la viruela continuaría reapare-

ciendo en el país, pero no deben tenerse por extraordinarios sus efectos cuando no cuidó nadie de comunicarlos á España, como se hiciera con la desconocida *peste* que encontró, en 1598, el conde de Cumberland y que le obligó á huir después de ocupada la ciudad, y con la otra que, introducida de la Isla de San Martín en 1648, no respetó clases ni jerarquías, contándose entre sus víctimas varios funcionarios superiores, uno de ellos el obispo, don Damián López de Haro, quien llevó consigo el germen infeccioso á la Isla de la Margarita, donde, en visita pastoral, le sorprendió la muerte.

De la aparición, carácter y desarrollo de esas dos *pestes*, he hallado noticia documental, aunque ni copiosa ni explícita; pero acerca de las viruelas no aparece dato alguno hasta 1689, cuando ejercitado el contrabando mercantil á ciencia y paciencia del gobernador y con la cooperación de funcionarios civiles, militares y religiosos, no parece sino que la concurrencia de buques extranjeros renovó la infección variolosa, acompañada esta vez, de sarampión y *tabardillos*, produciéndose gran mortandad, según testimonios municipales y eclesiásticos.

En tal ocasión, el obispo, don Fray Francisco de Padilla, fraile mercenario que regía la diócesis desde 1684, al ver cómo se le reducía el número de sacerdotes, pues que á veintisiete llegó el número de los que extinguera el pestilente azote, acudió personalmente á prestar los auxilios espirituales reclamados por los moribundos, sin desatender por eso, el socorro corporal en que consumió sus mezquinos recursos, instalando botica gratuita en su casa, convertida en hospital.

Este humanitario fraile, natural del Perú, tan entero y probo como ilustrado y caritativo, había establecido al llegar, una escuela pública de primeras letras, corriendo de su cargo la dotación del profesor, pero se vio cohibido en el civilizador intento por la desnudez de los niños; desnudez justificada por la miseria paterna, pues, según dijérale el prelado al rey—al pedirle telas, ropas, calzado, sombreros etc, para vestir á sus vasallos—ni aún en sus casas podían dejarse ver las mujeres, por exigencias de la honestidad, y “hombres hay—añadía—que mientras les lavan la camisa han de guardarse encerrados, porque no tienen otra cosa con que suplirla.”

En tal estado misérrimo hubo de soportar Puerto Rico una epidemia variolosa, cuyos horrores sintetiza la vigorosa pluma del propio obispo en estas líneas:

“Aseguro á V. Mgd. que no parece posible mayor confusión, porque á un tiempo los horrores del achaque, la multitud de enfermos, el hambre declarada, el ningún celo en las justicias, el huir hasta los padres de sus hijos y así al demás respecto, junto con el crecido número de difuntos, haría temblar los mármoles; y especialmente ver la deformidad con que se hinchaban los enfermos y la brevedad con que se canceraban, de tal suerte, que á pedazos se caían las carnes, sin dar lugar á más que á envolverlos en sus trapos y á enterrarlos”.

“La providencia, que tuvo en que prontamente se hiciesen los entierros, pudo ser causa de que aquí quedase gente, porque la hora en que moría alguno era la del entierro, y sabe Dios lo que costaba hallar quien abriese las sepulturas: cuatro pesos aún no eran bastante para contentarlos.” (\*)

\* \* \*

Ese terror á las viruelas y la violencia de sus estragos en Puerto Rico, al finalizar el siglo XVII, mostrábanse no menores en los centros principales de Europa, donde el concepto de inevitable aplicado á dicha enfermedad, hubo de continuar manteniéndose durante la siguiente centuria, hasta descubrirse el *cow-pox* (viruela de la vaca) por el famoso médico inglés Eduardo Jenner, quien ensayó en 1776 su inocular en los seres humanos como preservativo de la viruela. Victorioso en sus experimen-

[\*] Archivo General de Indias.—Correspondencia eclesiástica. Est 54—Caj. 3.—Leg. 23.

tos, publicó Jenner, en 1798, una *Investigación acerca de las causas y efectos de la viruela vacuna*, adoptándose en todos los pueblos el procedimiento salvador.

Cinco años después, en 17 de Septiembre de 1803, autorizaba Carlos IV en España la organización de un transporte naval para conducir á las Islas Canarias y á las demás colonias del Nuevo Mundo, el fluido benéfico, por medio de niños, en cuyos brazos había de mantenerse el cultivo de la linfa hasta llegar á Puerto Rico, donde debía tomarse nueva recluto infantil para continuar el viaje hasta la Habana. Para director facultativo de esa humanitaria empresa, eligióse á don Francisco Xavier de Balmis, médico honorario de cámara de S. M., inmortalizado por el ilustre Quintana en sus pindáricas odas, pero á quien hay que considerar, en prosa llana, como un hombre más hinchado con su representación oficial, que identificado con la significación bienhechora de tal cargo.

El 9 de Febrero de 1804 daba fondo en la bahía de Puerto Rico la corbeta de guerra "María Pita", conductora de la expedición, siendo cortesmente recibido el comisario régio, por un ayudante del brigadier don Ramón de Castro, que aún gobernaba la Isla, procediéndose por el Ayuntamiento á proporcionar cómodo hospedaje á los expedicionarios que formaban número respetable, no omitiéndose gastos en cuanto hubieron menester, á pesar de los exhausto de recursos que se hallaban el tesoro municipal y las propias cajas de la Real Hacienda.

Pero es el caso que, desconocidas por el general Castro las intenciones del Gobierno de la metrópoli en punto á vacuna; extendida la viruela por todo el país, y oyendo alabar en los *papeles públicos* el famoso fluido, traído ya de Inglaterra á la vecina Isla danesa de San Thomas, desde el año anterior habiase dado á practicar diligencias para obtenerlo, como lo obtuvo, en cristales y en los brazos de una negrita de dos años, que conducida fué de la isla extranjera con los cuidados imprescindibles, comisionándose al doctor don Francisco Oller, cirujano del hospital militar y al doctor don Tomás Prieto, cirujano consultor del ejército, para propagarlo.

De este hecho que se adelantaba á las disposiciones régias, dió cuenta el gobernador á España en 21 de Diciembre de 1803, y tal interés desplegaron los profesores y especialmente Oller, en su cometido, que, en veintitres días fueron vacunadas 1557 personas, siendo las primeras en inocularse el virus, para dar ejemplo, un hijo de Oller, don Juan Alejo Arizmendi, nombrado obispo y que estaba aún pendiente de consagración, y las dos hijas del general Castro.

Toda la corteza desplegada por el gobernador y el Ayuntamiento para obsequiar á Balmis, no bastó á destruir el enojo producido al saber que "*el incomparable beneficio de la preciosa vacuna que enviaba á sus muy amados vasallos de América el inmortal Carlos IV,*" había sido ya importado de Saint Thomas, sin bombo ni platillos, por el capitán general, y que las enseñanzas, que él pensaba transmitir en conferencias públicas, sobre una materia de que él solo se juzgaba conocedor, resultaban ya sabidas en Puerto Rico.

Irritado por tal contratiempo, y por que la entereza de Castro no se prestó á fomentar el engrandecimiento y la soberbia en que rebosaban sus escritos, declaró Balmis que las vacunaciones hechas por el doctor Oller eran todas falsas "*y las manos de éste las más torpes que podían haberse elegido para el caso.*"

Oller presentó incontinenti á su hijo vacunado por él, para que lo revacunase el fachendoso director; el obispo pidió también revacunación y ni en uno ni en otro prosperó la linfa cultivada en la corbeta expedicionaria, por lo cual se negó Balmis á continuar las vacunaciones, y Castro entonces no permitió que se publicase el cartel declarando falsas las vacunaciones practicadas por Oller con el fluido de Saint Thomas, que era lo que interesaba al régio comisionado.

Este, que se mostraba muy ufano con un libro que había escrito sobre vacuna, y que, según se descubrió, era no más que traducción del *Tratado histórico y práctico* de Moreau de la Sarthe, hubo de encontrarse aún más al transcribirle Castro un oficio de Oller, en que éste demostraba conocer al dedillo no sólo á Moreau sino todo cuanto sobre vacuna se ha-

bía escrito en Europa, concluyendo por sostener que sus vacunaciones se habían practicado con linfa superior, en las condiciones quirúrgicas exigidas por la ciencia y con un resultado excelente.

Corrido entonces Balmis, determinó abandonar Puerto Rico sin dar las conferencias públicas ofrecidas ni aceptar la invitación para trasladarse á Fajardo y Yabucoa, donde continuaban las viruelas que él con su método había ofrecido extirpar inmediatamente.

Todavía al partir promovió un nuevo disturbio, pues la Real Orden orgánica de la expedición le trazaba el viaje de Puerto Rico á la Habana y Veracruz, y al solicitar niños en San Juan para continuar en la travesía los cultivos, los padres los concedieron á condición de que llegarían hasta Méjico solamente, y después de tenerlos á bordo, dispuso el arbitrario director que la expedición marchase á La Guayra, para donde partió el 2 de Marzo, produciéndose las reclamaciones paternas que Castro hubo de dirigir á España, á donde también acudió el doctor Oller, pidiendo reparación á la injuria de que había sido objeto.

En el extenso informe dirigido al ministro don José Antonio Caballero, en 24 de Marzo de 1804, acerca de lo que don Ramón de Castro, con su lenguaje franco de soldado no vaciló en llamar *desvergüenzas* del Director de la Real Expedición, se leen estas líneas: (1)

“No omitió paso ni dejó piedra por mover con objeto de desairarme y ofender mi respeto. Hasta del silencio se valió para realizar sus intenciones de ofensa, pues en la carta de gracias dirigida al Cabildo omite en absoluto al gobernador su presidente; sin embargo de constarle que tanto la Corporación como los comisionados no hicieron más oficios en obsequio de la Real Expedición, que los consecuentes á mis disposiciones. El mismo Cabildo lo declara así, penetrado del veneno que las frases del Director ocultan.”

“El no podrá negar, que en esta plaza obtuvo la mejor acogida; que se le tenía preparada una de las mejores casas para su alojamiento y el de sus dependientes; que á los tres ayudantes, un practicante y dos enfermeros se les proporcionó alojamiento en otras casas cuyos dueños los obsequiaron y mantuvieron á sus expensas; que la rectora y los niños fueron asistidos con primor, prevyéndose á éstos de tónicas nuevas, por habérseles estropeado las que traían durante la navegación, y por último, que al Director y á sus compañeros de alojamiento se les proporcionó con la casa, luz, criados, cocinero, combustible y hasta refrescos que pedían por las tardes, todo graciosamente, sin desembolso alguno de su parte.

“La Real Hacienda hubiera sufrido mayores quebrantos sin mis exhortaciones é instrucciones al Cabildo para que costease con sus recursos propios el pago de la casa, manutención de niños y demás gastos anexos á su asistencia y servidumbre, y adopté este procedimiento tanto por evitar expedientes á estas Reales Cajas, cuanto por lo exhaustas de caudales que se encuentran éstas, no alcanzando sus fondos para las atenciones ordinarias de todos los ramos, de tal modo que tro, a y empleados hace nueve meses que sólo percibimos media paga.

“Y en esta situación se han cubierto 2 712 pesos, 1 real y 26 maravedís de gastos ocasionados por la Real Expedición, en veinte días, desde el 9 de Febrero por la noche, que fondeó la corbeta, hasta el 2 de Marzo por la mañana que se dió á la vela para La Guayra. No contándose en esa suma, según las cuentas 5, 6 y 7 que se incluyen, las gratificaciones que tienen derecho á percibir los padres de los niños embarcados en esta plaza.”.....

Ocupándose en otro lugar de la animosidad de Balmis contra el doctor Oller, se extiende el general Castro en afinadas consideraciones que no glorifican al engreído director, pues más bien merecía premio que vituperio la conducta de los que, anticipándose á las benéficas intenciones del monarca, habían introducido la vacuna en Puerto Rico, y si el señor Balmis se hubiese hallado á la altura de la misión caritativa confiádale, al encontrarse con que, por efecto providencial, á otras manos había correspondido practicar la obra bienhechora, lo hubiera aceptado no con actos

[1] Archivo General de Indias.—Est. 85—Caja. 4—Leg. 21.

descompasados y expresiones escandalosas, sino con gratitud, "pues que se le facilitaba el medio de evacuar prontamente la Isla acudiendo con más rapidez á preservar del contagio varioloso los otros territorios remotos que le indicaba su itinerario."

Tales fueron los efectos producidos en Puerto Rico por aquella expedición vacunífera que realmente, hace honor al gobierno que la concibiera, hallándose perfectamente justificado el entusiasmo que tal medida provocara en hombres del talento y la ilustración de don Manuel José Quintana.

S. BRAU.

\* \* \*

## El tratamiento específico de la Tuberculosis

POR EL PROFESOR E. MARAGLIANO

DIRECTOR DE LA CLÍNICA INTERNA Y DEL INSTITUTO PARA ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE GÉNOVA.

(Informe presentado á la 5a. Conferencia de Tuberculosis, en La Haya, el 6 de Septiembre de 1906).

(CONTINUACIÓN).

Las estadísticas, que les presento, son exclusivamente mías y abarcan dos períodos: una de 1895 á 1900 y la segunda de 1900 á 1905.

I. De 1895 á 1900. 643 casos.

Lesiones circunscritas sin fiebre 167.—Curados 112, mejoradas 45, sin alteración 10, muertos 0.

Lesiones circunscritas con fiebre, 108.—Curados 40, mejorados 62, sin alteración 6, muertos 0.

Lesiones difusas sin fiebre 86.—Curados 4, mejorados 60, sin alteración 22, muertos 0.

Lesiones difusas con fiebre 104.—Curados 7, mejorados 55, sin alteración 32, muertos 10.

Lesiones destructivas sin cavernas 85.—Curados 9, mejorados 45, sin alteración 24, muertos 7.

Lesiones destructivas con cavernas 93.—Curados 1, mejorados 41, sin alteración 34, muertos 17.

II. De 1900 á 1905, 521 casos.

Broncopneumonias circunscritas sin fiebre 83.—Curados 35, mejorados 46, sin alteración 2, empeorados 0, muertos 0.

Broncopneumonias circunscritas con fiebre 83.—Curados 28, mejorados 50, sin alteración 5, empeorados 0, muertos 0.

Broncopneumonias difusas con fiebre 105.—Curados 22, mejorados 65, sin alteración 18, empeorados 0, muertos 0.

Broncopneumonias difusas con fiebre 102.—Curados 12, mejorados 64, sin alteración 24, empeorados 2, muertos 0.

Lesiones destructivas sin cavernas 69.—Curados 8, mejorados 24, sin alteración 26, empeorados 9, muertos 2.

Lesiones destructivas con cavernas 69.—Curados 2, mejorados 29, sin alteración 23, empeorados 8, muertos 7.

En cuanto á los enfermos tratados por otros médicos, uno de mis ayudantes, el profesor Mircoli, ha inquirido informes de aquellos médicos de Italia que han hecho un uso extenso del tratamiento acerca de los resultados por ellos obtenidos y de sus observaciones personales. De esta manera ha recojido la observación de 2899 tratados por 485 médicos en clínicas, hospitales y asistencia particular, en el trascurso de cinco años. Es indudable que este número de enfermos representa tan solo una mínima parte de los tratados con estos agentes dentro y fuera de Italia, desde 1895, es decir, desde 11 años.

He aquí la estadística de Mircoli:

I. Lesiones circunscritas sin fiebre 270 casos.

Curados 95, mejorados 100, sin alteración 30, empeorados 35.

II. Lesiones circunscritas con fiebre 938 casos.

Curados 168, mejorados 511, sin alteración 163, empeorados 96.

III. Lesiones tuberculosas bronco-pneumónicas sin el concurso de otros bacterios 664 casos.

Curados 91, mejorados 301, sin alteración 166, empeorados 106.

IV. Broncopneumonias tuberculosas asociados á otras bacterias 332 casos.

Curados 31, mejorados 142, sin alteración 68, empeorados 61.

V. Broncopneumonias tuberculosas con cavernas 662 casos.

Curados 39, mejorados 181, sin alteración 102, empeorados 240.

En vista de estos casos, repito, que en mi concepto su valor es muy parco, porque los resultados en cada caso dependen de las condiciones individuales de los enfermos y de la pericia de los médicos, en el diagnóstico y la terapéutica, y cuando comparamos la diversidad del porcentaje de las diversas categorías entre mi estadística y la de los demás, se obtiene esta elocuente comprobación. Pero desearía agregar un algo más elocuente que la estadística.

“En realidad se posee ahora una terapéutica específica de la tuberculosis y de los tuberculosos humanos; pero en la práctica no encontrará crédito, mientras los médicos no se convenzan de que de que es un absurdo atribuirle una acción curativa, tratándose de tejidos destituidos de un organismo en disolución”.

Según los hechos que les he explicado y según las cifras y observaciones que hemos publicado yo y otros experimentadores, podemos proclamar la afirmación, que los agentes antituberculosos que poseemos son capaces de contener el curso de la tuberculosis en el hombre y de curarla.

Desde el punto de vista absolutamente científico, no cabe vacilación para responder, porque podemos introducir en el organismo bacteriolisina y antitoxina; pero á este problema sigue otro, cuya solución no es del todo fácil. En este estado de enfermedad el éxito del esfuerzo terapéutico está sujeto á dos series de factores: de una parte el poder del remedio empleado y de otra la cooperación eficaz del organismo.

Uno solo de estos dos factores no basta para curar cualquiera enfermedad y ménos la tuberculosis: se requiere el concurso de los dos. El uno, el agente antituberculoso que es constante, el otro representado por la cooperación del organismo, es variable y en cada caso hemos de pesarlo. Ya ven ustedes que el problema se com-

plica: del laboratorio se encamina á la clínica y sólo ésta puede decidir. Veamos lo que la clínica de su parte es capaz de responder.

La observación clínica nos permite comprender fácilmente la influencia terapéutica de las sustancias antituberculosas, cuando se introducen directamente en los focos tuberculosos que ocupan la periferia del cuerpo y tienen un carácter puramente local sin participación alguna del organismo, lo que difiere mucho de la tuberculosis pulmonar, pues aquí el problema es mucho más complicado, porque se trata de una tuberculosis franca, teniendo que vérsela con una tuberculosis asociada á otros microorganismos infecciosos, además, localizada en aquellos órganos que funcionan sin cesar y de trascendental significación para la vida. Se trata de una tuberculosis que puede permanecer latente por mucho tiempo, y que sólo se manifiesta después de haber hecho extensos progresos las alteraciones del tejido y la toxina. Se trata últimamente de una tuberculosis en que se apela al auxilio del médico, cuando ya se ha asociado á otras infecciones, de un proceso patológico pulmonar determinado por el concurso de diversos microbios, enlazada á una toxina bacilar y á una atrofia considerable del organismo.

En estas condiciones la terapéutica específica carece del factor orgánico individual necesario para desplegar su acción benéfica, en tanto que, de otra parte, su acción específica no es suficiente para vencer esta situación complicada patogénica, que debe su existencia á las múltiples infecciones, contra las que por sí es impotente.

De estas condiciones especiales surge la dificultad de pesar siempre el valor de las modificaciones que, según el criterio de los diversos investigadores, se perciben en los enfermos, pues los resultados no dependen solamente de la infección, sino de sus consecuencias, que no consideran lo suficiente los médicos y á cuyo estudio no dedican bastante atención. Al presente se está demasiado esclavizado á un dogma cualquiera, procedente de una excesiva confianza en la inspección física del enfermo. Se cree que la auscultación y percusión solamente bastan á demostrarlo todo y remover toda duda. ¡Esto es un error lamentable!

Con frecuencia se encuentra una contradicción sorprendente entre el resultado de la inspección física y el de la autopsia, hasta el de la radioscopia que frecuentemente localiza la existencia de un foco patológico allí donde la percusión y auscultación nada acusan, y como es consiguiente, con frecuencia se está inclinado á admitir en los enfermos muy pocos en estado avanzado, donde ya existen lesiones extensas.

Otra fuente de errores suministra el reconocimiento de los esputos. En la práctica casi se ha perdido la costumbre de someter el esputo á un reconocimiento completo: se va en busca del bacilo de la tuberculosis y esto basta... para el médico; pero esto es en absoluto insuficiente. El bacilo de la tuberculosis no esclarece el diagnóstico etiológico, tampoco el anatómico-patológico y el clínico, en tanto que la exploración y la comprobación de otros elementos morfológicos en la expectoración nos dan á conocer las alteraciones á que han dado origen los bacilos. Asimismo demuestra la presencia de fibras elásticas la existencia de focos de adherencias, que no nos descubre la inspección física. Para persuadirse de la existencia de focos adherentes se quiere guardar á la formación de

cavernas, demostrables por los signos clásicos de la inspección física. Así sucede, pues, que la mayoría de los médicos creen estar tratando á enfermos poco avanzados, cuando en realidad ya lo son en mucho.

El problema más difícil de resolver en la terapéutica de la tuberculosis consiste en convencer á los médicos de que los datos etiológicos no deben confundirse con sus consecuencias. No basta haber demostrado que existe en el organismo cualquier infección ó intoxicación; se debe indagar, qué lesiones histológicas ya subsisten; hay que representarse, que las alteraciones histológicas poco á poco toman una posición propia en el cuadro clínico, que paulatinamente adquiere su predominio. Reflexionen ustedes bien. La infección malárica, por ejemplo, origina con frecuencia hepatitis intersticial crónica y profundas alteraciones del bazo. El plasmodio ha sido la primera fuente de estas lesiones de hígado y bazo, y á pesar de esto, aunque de primera formación, no tiene con ellas nada de común. Lo mismo ocurre con la sífilis cuando ha originado alteraciones anatómico-patológicas del tejido. La destrucción de la bóveda palatina, la esclerósisis de los cordones posteriores de la médula espinal son cosas separadas y la sífilis sólo constituye un signo recordatorio para el caso.

Les he recordado estos ejemplos, porque se trata de dos infecciones cuyos agentes terapéuticos específicos han adquirido un crédito general extraordinario. En la tuberculosis las cosas varían; cuando encontramos profundas lesiones del tejido, hemos de considerarlas separadamente, independientes de las causas etiológicas que las han generado, y su importancia debe ser prontamente reconocida.

También reflexionemos, señores, que los signos plesiométricos y estetoscópicos denotan que la infección ha originado ya lesiones en los tejidos, que los bacilos en la espec oración generalmente lo confirman, que los focos se encuentran en estado de necrobiósis. De aquí se deduce, que la terapéutica específica ha de entrar en acción si se trata de combatir la infección propiamente, antes de efectuar las alteraciones del tejido, cuando la tuberculosis pulmonar aún se conserva en estado latente.

(Continuará.)

\* \* \*

## DE LA GACETA CLÍNICA DE BERLÍN

El profesor Cornil, una de las primeras autoridades médicas de París, á petición de la Gaceta Clínica de Berlín, informa á ésta, acerca del tratamiento específico sero-terápico del cáncer de Doyen como sigue.

Los trabajos de Doyen se dividen en dos grupos.

10. *Los ensayos terapéuticos por medio de su suero.* Debe saberse, que Doyen, en cuanto es posible, primero opera, ejecutándolo con mano maestra, y entonces es que inyecta. Acerca de los enfermos que

sometió á la observación de la comisión nombrada por la Sociedad de Cirujía, Delbet rindió un informe desfavorable; pero entre estos enfermos, hay varios que no justifican el triste informe de Delbet, pues al presente no han empeorado.

Según la estadística remitida por el corresponsal de la "Gaceta," que corresponde á la de Doyen, de 19 enfermos murieron 3, en cambio 11 se encuentran bien ó han sanado. Pero no podemos hablar de curación, cuando 3, 4 ó 5 años después de la operación, no se ha manifestado la recidiva, pues hay carcinomas en que ésta, ó la generalización, ha ocurrido á los 10 años ó más tarde. No se deben, pues, anticipar conclusiones.

2º. *Los ensayos de Doyen con el Micrococcus neoformans.* Estos han tenido éxito hasta ahora solamente en ratones y ratas blancas, nunca en perros ú otros animales. Como es sabido, pueden transmitirse á la rata tumores epiteliales de animales de la misma especie, con éxito.

Doyen inyecta sus microbios en el peritoneo y obtiene especialmente tumores en los pulmones. Ha mostrado sus preparaciones á la Société anatomique, donde hemos podido reconocerlos detenidamente.

Había: 1º. Condroma del pulmón. 2º. Una transformación del epitelio bronquial, normalmente cilindroso y pestañoso, en células pavimentosas, en parte en degeneración córnea; á la vez secreción purulenta. 3º. Proliferación de papilas en los brónquios y alveolos, revestidas de epitelio cilíndrico es decir, epitelomas que exactamente corresponden al epitelio cilíndrico del intestino. Pero, al contrario, del genuino carcinoma, falta toda propagación á los gánglios linfáticos ú otros órganos. Sin embargo, los animales de cotejo de Doyen murieron en el término de dos meses, y sería muy posible, que la neoplasia haya sido por esta causa interrumpida en su desarrollo.

Los resultados de estos ensayos son muy interesantes; pero no demuestran que Doyen haya generado el carcinoma con su curso clínico y su generalización. Sin embargo, debemos reconocer, que la técnica experimental é histológica de Doyen, está fuera de toda discusión.

# Porto Rico Anemia Commission.

OFFICE OF THE CHAIRMAN.

RIO PIEDRAS, P.-R.

MOVIMIENTO de enfermos habido en las Estaciones de la Comisión de Anemia de Puerto Rico durante el mes de Diciembre de 1906.

ESTACIONES.	SERVICIO DE DISPENSARIO				SERVICIO DE HOSPITAL				
	Admitidos	En tratamiento.	Curados.	Fallecidos	Admitidos.	Altas en curación.	Curados.	Fallecidos.	
Rio Piedras	4	semanas	228	749	28				
Mayaguez	4	"	291	1,248	47	7	2	I	
Lares	4	"	457	1,995	163	4	3		
Aibonito	4	"	126	750	89				
Añasco	4	"	610	2,350	63				
Bayamón	4	"	64	105	75	I	4	I 2	
Barros	4	"	137	682	65				
Barranquitas	4	"	150	259	I				
Coamo	4	"	95	486	23	2	3		
Corozal	4	"	167	1,114	65				
Caguas	4	"	8	52					
Comerio	4	"	50	519	28	2			
Guayama	4	"	23	100	3	5	3	I	
Juncos	4	"	217	915	35	2			
Manatí	4	"	730	2,983	50			I	
Morovis	4	"	350	1,089	25	I			
Las Marías	4	"	311	1,633	116	I			
Ponce	4	"	150	379	23	13		I	
Quebradillas	4	"	928	1,032	148				
San Germán	4	"	759	3,048	349	I	I		
San Sebastián	4	"	412	1,813	160				
Utua	4	"	283	899	200				
Vega Baja	4	"	135	1,005	128	2	I	I	
Yauco	4	"	251	574	88				
Isabela	4	"	237	787	132				
Humacao	4	"	289	1,798	48	I			
Arecibo	4	"	444	1,929	45	I		I	
Arroyo	4	"	58	249	10				
Cabo Rojo	4	"	964	1,827					
Cayey	4	"	368	472					
Vieques	3	"	270	181		1			
Aguada	I	"	124						
Total			9,686	33,040	2,207	10	45	22	16
									4

CASAS VISITADAS POR LOS INSPECTORES DURANTE EL MES DE NOVIEMBRE.

Rio Piedras	131
Mayagüez	28
Lares	124

## SECCION INFORMATIVA.

En este número publicamos un trabajo de verdadero interés histórico, relacionado con el curso y desarrollo de la primera invasión variolosa importada á esta Isla y debido á la brillante pluma del señor Brau, apologista el más autorizado en asuntos que se relacionan con nuestra historia antillana.

El sesudo trabajo es digno del ya fatigado escritor, á quien rinden con demasía, los tenaces empeños de una incesante labor en pró de cuanto ha sido progreso literario é histórico en nuestro país. Y sorprende, que del archivo de un escritor, profano en materias de ciencia médica, surja un trabajo tan luminosa, que es merecedor de figurar y de que se conserve en nuestra literatura médica.

El trabajo, escrito con la severidad y la corrección propias del que justamente merece los honores de primer estilista puertorriqueño, está dedicado á nuestro Director, quien estima y agradece en cuanto vale tan señalado honor.

Recomendamos á nuestros colegas no solo la lectura de este documento, sino la conservación del mismo, por su importancia é interés histórico y científico.

Al señor Brau, respetable amigo é ilustrado compatriota, á quien rendimos merecidos honores, agradecemos la distinción que nos hace y como débil y modesta recompensa, traemos á las columnas del BOLETÍN MÉDICO su trabajo, para ofrecerlo á la clase médica como documento de gran importancia médica y social.

\*  
\* \*

Publicamos también en este número un interesante trabajo de un ilustre compatriota que es gloria de la Medicina en Europa.

Versa sobre el tema *Interpretación de un análisis de orina* y está expuesto en forma de conferencia tal como las ha desarrollado su autor, el distinguido especialista en vías urinarias, amigo nuestro, Doctor Suárez de Mendoza.

Dicho trabajo, que de suyo es interesante por comprender uno de los fundamentos clínicos más positivos del diagnóstico, lo es también por los nuevos horizontes que nuestro ilustre conferenciante descubre en esta materia.

El BOLETÍN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA DE PUERTO RICO, se honra en poder ofrecer á sus colegas de la Isla, materia tan sabia y discretamente tratada como lo es la conferencia que hoy publicamos y que en números sucesivos habremos de continuar.

\*  
\* \*

Se ha celebrado en Aguadilla con gran solemnidad la novena sesión de las que trimestralmente celebra la "Asociación Médica".

Asistió á ella una buena y distinguida representación de nuestra clase y elementos muy valiosos de aquella población. le prestaron su eficaz concurso.

Merece especial distinción nuestro compañero el Doctor Monagas, en quien la Directiva de la Asociación había delegado sus poderes para la mejor organización de la Asamblea.

En esta sesión, una obligada deferencia y cortesía, á la vez que era un deber, hacia nuestro respetable compañero y Presidente de la "Asociación Médica", Doctor Stahl, hijo de Aguadilla, y había empeño por que el acto que allí se celebraba fuera digna consagración al respeto y al cariño, que el ya viejo y muy querido compañero Doctor Stahl, ha conquistado de todos sus colegas y compatriotas.

Desgraciadamente la ausencia del amigo hubo de quitar al acto alguna parte del interés que debía tener, motivada por la que es justa y dolorosa razón de enfermedad.

Pero imposibilitado físicamente para asistir, envió á ella un mensaje de su pensamiento saludando á las autoridades y á la culta sociedad de Aguadilla. Este trabajo será publicado oportunamente en nuestro BOLETÍN.

Hemos publicado todos los trabajos que allí se presentaron, sintiendo no hacerlo en este mismo número por involuntarios retrasos que hemos sufrido en la publicación del presente número.

\* \* \*

Varios médicos de la Isla han respondido cumplidamente á la circular que le dirigiéramos invitándoles á figurar como miembros de la "Asociación Médica".

---

El purgante más suave y eficaz

es la

## Magnesia Efervescente

de Blanco.

cuyo uso es preferible é cualquiera otro en los países cálidos

## Las Digestiones

lentas y dolorosas se curan  
rápidamente tomando el

## Elixir de Pepsina,

preparación agradabilísima  
hecha por el Farmacéutico

D. José M. Blanco.

## La Brea Vegetal

es un remedio eficaz para todas las  
afecciones **CATARRALES**

y en gran número de las de **LA PIEL.**

## El Licor Balsámico de Brea de José M. Blanco

encierra toda la virtud medicinal de esta substancia  
de la cual es un verdadero extracto.

## Para combatir

la **Anemia**

la **Escrófula** y el **Einfatismo**

es de gran utilidad el

## JARABE DE PROTOIODOURO

DE **HIERRO**

preparado por el

Lcedo. José M. Blanco.

## CALLOS.

Los que padecéis de mo-  
lestia tan enojosa, usad  
el

## Callicida Vardet

que prepara

José M. Blanco.

os vereis libres de ellos.

# BOLETIN

DE LA

## Asociación Médica de Pto.-Rico.

**DIRECTOR:**

DR. M. QUEVEDO BÁEZ.

**REDACTORES:**

Dr. Agustín Stahl.

" J. N. Carbell.

" W. F. Lippitt.

" Moret Muñoz.

" F. Gaenaga.

Dr. Gonzalez Martinez.

" Ruiz Arnau.

" Guillermo Salazar.

" Velez Lopez.

Corresponsal en Washington, Dr. BAILEY K. ASHFORD.

Corresponsal en Madrid, Dr. A. Suarez de Mendoza.

**SUMARIO.**

Sesión Científica de la Asociación Médica celebrada en Aguadilla. — Discurso por el Presidente.

Tratamiento quirúrgico de los tumores inoperables del infestio gástrico. — Trabajo presentado en la Asamblea de Aguadilla el día 7 de Abril 1907.

El Bacilo de Koch y las Inyecciones. — Por el Dr. Guillermo Salazar.

Un aspecto de la medicina preventiva. — Por el Dr. Pedro Perea Fajardo.

Sección biográfica de Médicos puertorriqueños. — Dr. Antonio José Amadeo.

Puerto Rico Herma Comisión.

El tratamiento específico de la tuberculosis. — Por el Profesor F. Moraglio. — (Conclusión.)

LA CORRESPONDENCIA Y ANUNCIOS AL DIRECTOR

Published Monthly at 29 Plaza Baldorioty San Juan, P. R.

SAN JUAN, PUERTO RICO.

Establecimiento Tipográfico del Boletín Mercantil.

ALLEN No. 24 y 26.



# Fumigadores de Lister de Formaldehíde.



El uso del Fumigador de Lister, está exento de todo peligro y de producir mal olor ó cualquiera otra sensación desagradable. En el procedimiento ordinario de desinfección la voz general es: *Dos desinfecciones equivalen á un incendio.* Aun cuando los vestidos y los muebles se envíen á un lugar apropiadamente dispuesto para el objeto, siempre sufrirán mucho deterioro, porque el vapor y el azufre, para que sean eficaces, no pueden menos que ser destructores. Pero el **FUMIGADOR DE FORMALDEHIDE DE LISTER** no causa efectos perjudiciales ni

en la madera barnizada, ni en los metales, ni en el oro ó la plata, ni en los colores ó tintes, ni en el papel de las paredes, y ni en los muebles. Es absolutamente inofensivo para todos los utensilios domésticos, y debido á eso y á su poder desinfectante, es admirablemente apropiado para su empleo en las habitaciones.

Pero también desde otro punto de vista su superioridad es tan marcada, que puede decirse abre una nueva era en el campo de la desinfección, porque este gas, al par que destruye los malos olores y los gérmenes morbosos, no ejerce efectos tóxicos en el hombre ni en los animales. El olor del formaldehíde es sin embargo muy molesto para los insectos, y los hace huir. Está asimismo demostrado que no sólo no son tóxicos los vapores del formaldehíde, sino que son muy útiles en las habitaciones de los enfermos y producen efectos terapéuticos de gran valor. En algunos países se han empleado las inhalaciones de este gas con gran éxito en casos de catarros, difteria, bronquitis, asma, tisis, grippe, etc. También causa efectos beneficiosos en la tos convulsiva. En vista, pues, de su baturatura, de su eficacia, de su utilidad práctica y su propiedad de ser inofensivo para las personas, etc., el **FUMIGADOR DE LISTER** supera á todos los demás fumigadores y tiene que merecer el favor del público.

**EL FUMIGADOR DE LISTER DE FORMALDEHIDE** se fabrica de dos tamaños; grande y pequeño. El envase en que van los citados fumigadores, está hecho de un material incombustible.

Un **FUMIGADOR DE LISTER** de tamaño pequeño es suficiente para fumigar una habitación de mil pies cúbicos, y un **FUMIGADOR DE LISTER** tamaño grande, puede desinfectar una habitación de cuatro mil pies cúbicos.

**De venta en todas las Drogerías y Farmacias.**

El purgante más suave y eficaz

es la

# Magnesia Efervescente de Blanco.

cuyo uso es preferible é cualquiera otro en los países cálidos

# Las Digestiones

lentas y dolorosas se curan  
rápidamente tomando el

## Elixir de Pepsina,

preparación agradabilísima  
hecha por el Farmacéutico

D. José M. Blanco.

# La Brea Vegetal

es un remedio eficaz para todas las  
afecciones **CATARRALES**

y en gran número de las de **LA PIEL.**

## El Licor Balsámico de Brea de José M. Blanco

encierra toda la virtud medicinal de esta substancia  
de la cual es un verdadero extracto.

# Para combatir

la **Anemia**

la **Escrófula y el Linfatismo**

es de gran utilidad el

## JARABE DE PROTOIODURO

**DE HIERRO**

preparado por el

**Lcdo. José M. Blanco.**

# CALLOS.

Los que padecéis de mo-  
lestia tan enojosa, usad  
el

## Callicida Vardet

que prepara

**José M. Blanco.**

os vereis libres de ellos.

# BOLETIN

DE LA

## Asociación Médica de Pto.-Rico.

---

Año V. \*\*\*\*\*

ABRIL 1907.

\*\*\*\*\* Núm. 53.

---

### SESION CIENTIFICA

DE LA ASOCIACION MEDICA CELEBRADA EL DIA 7  
DE ABRIL DE 1907 EN AGUADILLA.

---

Discurso inaugural del Presidente leído por el  
Doctor Velez López.

---

Señores: extraordinaria es para mí la empresa de inaugural esta Sesión, como especiales son las circunstancias que concurren al dirigir la palabra á la distinguida concurrencia, que atenta á nuestra invitación nos honra con su presencia. Sírvanse aceptar en nombre de la Asociación Médica de Puerto Rico, el más respetuoso saludo que me complazco en expresar á todos los concurrentes en general, y en especial al Dr. Jesús Monagas mi cumplido reconocimiento por sus acertadas disposiciones para la lucida organización de esta Asamblea, bondadosamente asistido de los compañeros de la localidad; al Sr. Alcalde D. Francisco Esteves y Sres. de este Ayuntamiento por haber cedido bondadosamente los salones de la casa consistorial; á los médicos venidos de pueblos limítrofes que vienen á robustecer los altos principios que informan nuestra Asociación, á los que han concurrido de localidades distantes por su fervorosa cooperación á nuestros ideales, sin detenerles los sacrificios de la ausencia de clientela, intereses y hogar y gastos consiguientes; á los asistentes no médicos, por que su presencia denota una vez más el interés que á los espíritus ilustrados inspira el acto que vamos á realizar, celebrando en esta culta y simpática villa nuestra novena Sesión científica y primera en su género que presencia de este concurso de la primera y única Asociación científica creada en Puerto Rico y por puertorriqueños.

Señores: la Asociación médica que ha escogido para esta Sesión la histórica villa de Aguadilla, no es una agrupación de médicos congregados caprichosamente sin base sólida y sin orientación determinada, bajo tales condiciones con certeza ya se hubiese disipado como el humo inconsistente; pero es, al contrario, la realización admirable de un proyecto concebido ha largo tiempo, maduramente meditado y sólidamente fraguado en la mente de sus fervientes iniciadores; su índole esencialmente científica. además de la defensa y conservación del decoro profesional á que está

comprometida, la han elevado á tal altura y asentado sobre tan sólidos cimientos, que hasta ahora han resultado vano empeño el de los no escasos contrarios, que la ignorancia, la indiferencia y las mal reprimidas pasiones gratuitamente le crearon, y que aún persisten en su menguado empeño. Han levantado esta hermosa obra y mantenido durante más de cuatro años los médicos más conspicuos de nuestro suelo, hombres inspirados en el noble y patriótico ideal del progreso científico de nuestra pequeña pero querida patria, y esta obra generosa y gallarda creada á cuesta de tantos empeños y sacrificios, no morirá de consunción por la indiferencia ó el desvío de los comprofesores coterráneos, quienes aún no se han dado cuenta de la grandeza y el alcance de la Asociación, la que estamos resueltos á sostener por nuestro honor, que es el honor de la muy respetable clase médica de Puerto Rico, así tengamos que abordar los mayores sacrificios. La dignidad médica esculpida en nuestro escudo debe vencer la apatía y la indiferencia de los unos, como el criminoso desvío de los que nos vuelven el rostro, creyendo que pueden vivir siendo médicos y cumpliendo á la vez fines científicos y patrióticos ejerciendo la profesión en el estrecho círculo de una localidad, olvidándose de los fines generales que toda organización colectiva y que toda determinación humana deben perseguir.

La portentosa obra cimentada en un buen crédito científico y en una historia de laboriosidad, competencia y acierto á toda prueba, no pueden derribarla la indiferencia y las apreciaciones encontradas. Marchemos sin vacilar adelante. Los inspirados corifeos que han levantado la obra no flaquean ni se sienten débiles, cuando embates más fuertes de su larga jornada en la vida jamás los acobardaron en sus nobles y generosas empresas.

Revestido de la autoridad que me conceden mis años y de mi experiencia de la vida me levanto severo reclamando justicia y sensatez para la conservación y perfeccionamiento de una idea que hemos llevado á la práctica, de la que debemos enorgullecernos y laborar en su engrandecimiento. La destrucción de toda obra útil demuestra flaqueza de espíritu, estrechez de miras, incapacidad intelectual: si nuestra obra adolece de defectos, que sin duda la tiene, á corregirlos, pero nunca destruirlos: la evolución es vida, la destrucción es muerte.

Y estas severas reflexiones las lanzo con el valor íntegro de mis convicciones y sin pueriles temores, cuando nos encontramos congregados en un punto de extraordinarias condiciones para mí, que conmueven mi alma y agitan las más sencibles fibras del sentimiento. Aquí, señores, en el lugar en que nací y se deslizaron los días risueños de mi primera infancia. Donde quiera que dirijo la vista se evoca un recuerdo. Esa Iglesia en que los fieles se agrupan á celebrar sus prácticas religiosas, esa plaza con su agitación y bullicio, esas calles que recorría con infantil alegría, el legendario Cerro de las Animas, las colinas que circundan la población, la necrópolis en que reposan los restos de tantos seres queridos que nos precedieron, el Ojo de agua, dote fecunda y maravillosa de la naturaleza, único en su clase en las poblaciones del país, el histórico puerto en que el insigne navegante Cristóbal Colón ancló con sus 17 naves al oscurecer del día 20 de Noviembre

de 1493 al rendir su segundo viaje de descubrimiento, tantos y tantos son los objetos sobre los que mi mente vaga, que sería interminable trabajo referirlos uno á uno; pero he dejado para último término el recuerdo más saliente de la escuela donde recibí mi primera instrucción junto á tantos otros contemporáneos que han brillado en la esfera de las ciencias, el foro, la literatura, la tribuna, el palenque político y el periodismo, cuyo recuerdo imborrable inunda con la brillante luz de sus talentos á esta querida Aguadilla, en la que ó bien nacieron ó bien recibieron los primeros gérmenes que habían de fecundar sus privilegiados cerebros. En los bancos de esa escuela pública, entonces de las mejores en su clase, dirigida por el profesor mallorquín D. Benito Cañeñas, sentáronse los hermanos Escoriaza, el uno revestido más tarde con la representación de la Isla en las Cortes de Madrid, ambos insignes escritores políticos; los hermanos Corchado, el mayor, Manuel María, abogado talentoso, también desempeñó con acierto y valentía el cargo de Diputado á Cortes, el menor, Martín, doctor en medicina, fué el primer médico puertorriqueño que practicó estudios microscópicos; el Dr. Rafael Del Valle, actual Consejero, se ha distinguido como médico en las especialidades oftalmológicas y micrográficas, no menos en el campo de la literatura y de la poesía: D. José Daubón, literato y poeta justamente celebrado. Parece que aquí termina la relación de mis contemporáneos; pero antes de cerrar este párrafo, debo hacer recuerdo de los Doctores Adolfo Ruiz, primer médico puertorriqueño que hizo sus estudios en Alemania, ejerciendo casi exclusivamente en Aguadilla; Liciaga, Arturo Echevarría y hermanos Pedro y Tomás Rovira, todos fallecidos, los tres últimos en los años más lozanos de la vida. La Asociación Médica aprovecha esta oportunidad para rendir á los referidos finados compañeros el homenaje de su respeto y simpatía, invitando á los concurrentes se sirvan levantar de sus acientos. (Se hace).

Paréceme, señores, que á la mayor emoción en mi ánimo en este acto concurren en conjunción dos períodos opuestos de mi existencia: la aurora de la vida con su risueño despertar y el crepúsculo que señala la jornada próxima á rendirse, y de determinar así el oscuro destino, como parecen vaticinarlo mis achaques persistentes en edad madura, sirva esto de despedida al rendir el tributo irremisible á la naturaleza; pero antes que este hecho se realice, me ha cabido la satisfacción de haber contribuído en la medida de mis pocas facultades á convertir en una realidad viviente el pensamiento de esta Asociación, de la que muchos de sus actuales adversarios fueron los más empeñados organizadores, y luego de creada, entusiastas admiradores. En nuestra conciencia impera un sentimiento del deber cumplido, el pensamiento de la unión de todos los médicos del país, llevando al ánimo de los compañeros el convencimiento de que formamos una fuerza en el concierto social, realzando el prestigio profesional que nos hará invencibles, exhibiéndonos vigorosos y acreedores á la admiración de propios y extraños que nos contemplan. Perseverantes en nuestro empeño, apuntaremos con brillantes letras de oro en el libro de nuestra historia el nombre de la espléndida Asociación Médica de Puerto Rico.

# Tratamiento quirúrgico de los tumores inoperables del intestino grueso.

## —Tres intervenciones quirúrgicas graves—

TRABAJOS PRESENTADOS Á LA ASAMBLEA CELEBRADA EN AGUADILLA EL 7 DE ABRIL DE 1097, POR EL DR. SIMÓN MORET.

SEÑORES:

Ante la consideración de esta respetabilísima Asamblea médica, celebrada hoy aquí, en la noble villa de Aguadilla, tengo el altísimo honor de presentar uno de los casos más hermosos de la clínica quirúrgica, por los que rara vez los enfermos tendrán la desgracia de pasar.

Es mi enfermo, ya hoy bueno, D. Angel Rodríguez, que tengo la dicha de traérselo ante vuestra presencia, joven de veinte y nueve años, soltero, de buena salud, hasta dos años há, historia de familia negativa, á excepción de su Sr. padre, que murió á los sesenta años de un epiteloma del pene consecutivo á un traumatismo producido por la coz de un caballo. Dicho enfermo jamás había sido afecto de enfermedad infecciosa ni contagiosa. salvedad hecha de un chanero del prepucio, contraído á los diez y nueve años de edad.

Hacia el mes de Abril del año pasado, próximamente, en esta fecha, fui llamado á verle, y al llegar á su casa, cita en el Barrio Machuelo, anexo á la ciudad de Ponce, le encontré con el síndrome siguiente: vómitos casi incoercibles, dolor muy agudo, paroxísmico ó en forma de cólico en la región iliaca izquierda, en el punto medio de la línea trazada del ombligo á la cresta iliaca anterior y superior, simétrico al mismo punto de la fosa iliaca derecha ó lo que es lo mismo, al punto de McBurney (sitio á donde se encuentra el apéndice vermiforme) gran defensa muscular del recto izquierdo, vientre abalonado, una temperatura de 38.6 y un plastrón verdadero bouden en dicha región, creyéndome encontrar en presencia de una *Apendicitis Ectopica*, no soltando prenda á la familia y prometiendo volver dentro de dos horas, no sin antes haber ordenado, una bolsa con hielo al vientre, y sin administrar morfina para no enmascarar los síntomas de la *Apendicitis*. Fiel á mi palabra, volví á la hora prometida, llamándome la atención los vómitos incoercibles de mi enfermo, así como también el vientre abalonado, pensando en aquel momento también, en una oclusión intestinal, cuyo diagnóstico descarté echándole á un lado, por que el enfermo expulsaba gases, así como también el de *apendicitis*, por que, al hacer un examen microscópico de la sangre, no había leucocitosis, signo patognomónico de la presencia de pus en el organismo humano.

Examinado detenidamente el vientre del enfermo, así como también el resto de su cuerpo, me encontré con lesiones terciarias de la piel y recordando la manera de exonerar los intestinos hice un tacto rectal, encontrando una estrechez muy acentuada del recto como media pulgada más arriba del esfínter anal; pero al tacto tuve la misma sensación de un cráter epitelomatoso oscilando entonces mi diagnóstico, entre neoplasia maligna del intestino ó sífiloma del mismo, llegando por exclusión al segundo de los diagnósticos, pues la diazoreacción de la orina, siempre presente en todas las neoplasias malignas, siempre tan y tan exacta, pudiendo asegurar con precisión matemática la muerte de un enfermo canceroso con cuarenta y ocho horas de anticipación, era negativa en este caso.

Sres., en vista de este cuadro sindrómico de mi enfermo, propuse una intervención quirúrgica inmediatamente para formar una *Ano contra natura*, salvando de este modo, la vida de mi enfermo, y llamando en consulta á mis distinguidos compañeros Coronas y Villaronga, los cuales estuvieron de acuerdo por completo, tanto en mi diagnóstico como en la intervención quirúrgica, ya por mí propuesta; recibo en ella una negativa del enfermo aquí presente y de sus familiares. Quise retirarme de la casa, por que me parecía estar demás á la cabecera del lecho del enfer-

mo á donde mi fuerza moral como médico estaba decaída, por aquella inesperada negativa, por aquel inesperado compás de espera. Pero al decirle lo que pensaba á los familiares del enfermo se negaron rotundamente á que abandonase la asistencia ya por mí comenzada, descartándose por completo, de las responsabilidades y echándolas sobre los hombros de sus familiares, y entonces instituí la siguiente medicación.

Una inyección hipodérmica de morfina de un centígramo, con dos centigramos de sulfato de esparteina, repitiéndola por tres veces, hasta que obtuve el alivio de los paroxismos tan dolorosos, que maltrataban á mi enfermo. Puse un enema alto y después de conseguir que dicho individuo exonerase sus intestinos, tanto de materias fecales detenidas como de los gases allí formados debidos á la fermentación de dichas materias, el cuadro síndrómico, aunque continuo mejoró algo, instituyéndole seguida tratamiento específico, aun con la duda de que no mejoraría á mi enfermo porque según la escuela Fournier los fenómenos Parasifílticos no ceden al tratamiento específico.

#### TRATAMIENTOS ESPECIFICOS INSTITUIDOS EN MI ENFERMO.

Una inyección subcutánea de biyoduro, de cuatro miligramos; quince gramos diarios de yoduro potásico. Además de ésta, dilatación gradual con la escala de Hegar, de la cual desistí y eliminé completamente desde el segundo día de su institución.

Quince días después de este tratamiento, que no solamente consideré ineficaz sino también injusto para mi enfermo, quise suprimir el compás de espera, volviendo á proponer nuevamente una intervención quirúrgica y habiendo obtenido una negativa, y no queriendo ganar el mendrugo de pan á la cabecera de aquel lecho del preagonico, pan tan amargo para mí en aquella ocasión, me retire de la casa.

Pasan dos meses, largo lapso de tiempo, sobretodo tratándose de un caso tan desemejante y tan grave y preparándome en el mes de Junio, por el discurso que el día siguiente tenía que pronunciar en el pueblo de Arecibo, con motivo de la Reunión Científica de la Asamblea Médica en aquella localidad; siendo las once de la noche y teniendo ya el coche listo á la puerta de mi casa, para emprender viaje, llega á mi bufete el jefe de la familia Rodríguez, don Juan del mismo apellido, á decirme que habiendo yo abandonado su casa, había llamado á otro compañero el cual siguió mis pasos reandándolos y proponiendo después de un largo lapso de tiempo el mismo tratamiento, esto es, que el caso pertenecía á la cirugía y que debía ser operado. No siendome posible acceder á su petición por mi compromiso del día posterior, deje á dicho enfermo á cargo de mi muy distinguido y respetable compañero, el Dr. Villaronga que, con muy buen acierto y gran celo le atendió. Tres días después de la asiscencia del Dr. Villaronga apareció en el punto simétrico al de Mc Burney en la fosa iliaca izquierda, un abceso el cual fué dilatado por donde dió salida, no solamente á una gran cantidad de pus, sino también á materias fecales, quedando una fistula pio-extereoracea.

A mi regreso á Ponce el joven y la familia, encariñados con la corrección, del aludido compañero, quisieron siguiese el tratamiento hasta ocho ó diez días después, en que dicho compañero pidió que la operación por mi propuesta se llevase á cabo inmediatamente, siendo por tercera vez llamado á ocupar la cabecera del enfermo.

Antes de someter á mi enfermo á una intervención quirúrgica no había otro remedio que levantar su pulso y ponerle en condiciones para ella. Al efecto ordené dos mil gramos de suero artificial fisiológico de Hayen á la cafeína, una inyección de hipodérmica de cafeína, otra de aceite alcanforado y otra de Esparteina, con lo cual logré levantar las fuerzas de mi enfermo y ayudado por mis distinguidos compañeros doctores Coronas y Villaronga, así como también, por un especialista en cloroformo doctor Julio Ferrer, comencé mi operación.

## TECNICA

Abrí el vientre tomando como punto de apoyo la fistula plo-exter-coracea, haciendo una incisión hacía arriba y hacía abajo, quedando en el centro de ella dicha fistula, siendo esta incisión paralela al ligamento de Poupert; aprisioné el intestino á un lado y otro de la fistula con dos pares de Clamps Intestinales y protegiendo el peritoneo con gases esterilizadas para evitar infección por el derramamiento de sus contenidos, procedí á hacer una *Ano contra Natura*, permanente y concluyendo de este modo mi operación, la cual duró quince minutos.

El enfermo reaccionó perfectamente bien y después de la operación le sostuve con suero artificial fisiológico y estimulantes cardiacos, hasta el segundo día, en que la mejoría fué asombrosa. Aquel joven preagónico, cuyo peso era de ochenta y siete libras lo he visto en un solo año aumentar cincuenta y ocho libras de peso y hoy con su *Ano contra Natura* que funciona perfectamente bien, lo podéis ver á mi lado entre ustedes mis queridos compañeros, como monumento fehaciente demostrando y probando la verdad de mi tesis; pudiendo ver al través de su alma una gratitud inmensa y un altar levantado en su corazón á la Cirujía moderna.

Después le he examinado con los Rayos X, encontrando el mismo tumor sin cambio alguno, y ahora señores, que creo mi deber cumplido, considero irracional cualquiera otra intervención; podéis verlo. Fijaos en su *Ano contra Natura* permanente, que parece más bien que espécimen de un vivo al natural, una litografía de un libro de textos de Anatomía ó un cuadro de Museo Anatómico; fijaos bien, no hay balonamiento de vientre, lo cual indica que exonera perfectamente bien sus intestinos; fijaos bien, es un esfinter verdadero al rededor de dicho *Ano contra Natura*. Someto este caso á la consideración y á la sanción de mis compañeros aquí presentes, suplicándoles me ilustren acerca de la conducta que en este caso, debo observar en el futuro. Es mi deber hacer la resección total de todo el Intestino grueso? Creerán mis compañeros que sería, no solamente imprudente sino criminal, llevarla á cabo? Recordaos del último caso presentado el pasado mes de Febrero, por Quenu, ante la Asamblea Médica de París, sobre un caso de resección de cuatro pies y medio de intestino delgado, pero podremos hacer la resección de seis pies y medio que mide el Intestino grueso? Por mi parte me atrevo á decir, que sería incorrecto hacerlo, sería llevar á este enfermo á una muerte segura, triste, y muy triste sería ir á una derrota vergonzosa é injusta cuando ya hemos ido á la victoria.

Cuanto á la vida de mi representado, la he salvado, y á nadie más le toca defenderla hasta lo último. He dicho.

Ponce, Puerto Rico.

\* \* \*

## TRES INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS GRAVES.

1.ª La enferma Rita Loza, de 22 años de edad, casada, sin partos ni abortos. Hace tres años fué á presencia de un compañero de Ponce para ser tratada de una endometritis de origen gonocócico, lo cual motivó un raspado uterino sin resultado curativo de ninguna especie. Después de esto, buscando alivio á sus males fué donde otros compañeros los cuales hicieron, por segunda y tercera vez, raspado uterino sin resultado.

Un año hace se presentó á mi despacho, y después de un examen concluyente, (porque se quejaba de los siguientes síntomas: flujo continuo, dolores en ambas regiones Inguínales irradiando á los muslos y á las caderas, vómitos, violentos escalofríos y fiebres de tipo intermitente, hice el diagnóstico de *salpingo ovaritis*, por lo cual llevé á cabo, además de un raspado uterino, una salpingo ovariectomía doble, dándola de alta en el Hospital "Tricoche", de Ponce, sitio donde la operé, á los diez y seis días de la intervención.

Dos meses más tarde, se presentó otra vez, á mi bufete con un cólico hepático formidable y síntomas de supuración de la vejiga de la hiel. Dichos cólicos se sucedían según la historia obtenida del enfermo con gran

frecuencia, y propuse la colecistectomía como tratamiento, cuya intervención llevé también á cabo en el Hospital "Tricoche", extirpando una vejiga llena de cálculos y con paredes degeneradas y con empiema.

Hace treinta días se presenta otra vez en mi despacho, afectada de un cólico nefrítico brutal, y admitida que fué en el Hospital "Tricoche" por tercera vez, ordené una inyección hipodérmica de un centígramo de cloruro mórfico y medlos baños calientes; pero como el dolor continuase tan acerbo como al principio, ordené otra inyección de morfina, y como tampoco el dolor cediese, otra más y con cuya tercera inyección calmó un poco aunque no desapareció dicho cólico. A mi visita de la mañana siguiente sigue con el dolor, y así continuó por veinte días consecutivos, poniendo siempre dos, tres, inyecciones de morfina diarias.

En mi visita de la mañana del vigésimo primero día, averigüé que mi enferma no había orinado nada más que una mínima cantidad de orines, solamente treinta gramos; y así hasta tres días después, que vino la anuria total, y por consiguiente, la uremia, pensando enseguida, en que el cálculo durante su transmigración, se había quedado enclavado ó en el comienzo del ureter en la pelvis ó en ureter; y en muy malas condiciones hace ocho noches, de urgencia, hice la nefrotomía por el cateterismo retrógrado del ureter, impulsando dicho cálculo con un cateter uretélico de Albarrán hacia la vejiga urinaria, encontrando en el curso de la nefrotomía lesiones tuberculosas del riñón, llevé á cabo la nefrectomía; encontrándome sumamente sorprendido en mi visita de la mañana con que mi enferma había pasado mil doscientos gramos de orina, sola, sin necesidad de un cateter. Os presento aquí la enferma, que al octavo día de su operación, ha podido salvando las incomodidades de un viaje tan molesto, venir desde Ponce á esta Villa, sin el menor accidente. He dicho.

\* \* \*

## El Bacilo de Koch y las Nucleínas.

Sr. Presidente:

Señores:

No todo el mundo tenga quizás formado un concepto claro de la Tuberculosis pulmonar, considerada bajo su más grave aspecto, que es el que hoy pretendo exponer.

Los hechos más admitidos son: Que Tuberculosis pulmonar es una enfermedad microbiana: Que el Bacilo de Koch es su productor. Pero la esencialidad ó acción inicial de sus toxinas y por lo tanto de su morbosidad, se ignora, apesar de que conozcamos muy bien la sintomatología que imprime al tuberculoso el tipo clínico corriente.

El tuberculoso tose; y sabemos que tose, porque la congestión

que el tuberculo provoca á su alrededor, excita al sistema nervioso pulmonar que se contrae espasmódicamente.

El tuberculoso tiene fiebre: y sea la fiebre de surmenage del enfermo que se mueve y agita por nuestras calles, sea la fiebre tóxica, de la toxina específica ó de la de los microbios de Asociación, estamos todos de acuerdo.

El tuberculosis se anemia y se desnutre y ambos hechos preceden aveces á la fiebre y á la tos: se presenta tan al principio de la demostración de los signos físicos, que es completamente imposible que ni una ni la otra sean el resultado de la perturbación de la función pulmonar.

Aquí entra el nuevo aspecto, bajo el que quiero presentar la patogenia del *estado tuberculoso*, y de los sintomas que constituyen los jalones que marcan al tísico el camino del sepulcro.

No hace mucho que Behring, tras pacientísimos estudios, en pos de la Sueroterapia tuberculosa, nos habla de cuerpos nuevos, de toxinas T. y C, completamente hipotéticas y tan oscuras y tan poco precisas, que no dan ni un paso de avance en la patogenia de la tuberculosis.

Es probable que el problema sea más sencillo y la Química Biológica, pueda resolverlo. El Bacilo de Koch, produce una ó varias toxinas, una de las cuales ataca con ensañamiento las nucleinas leucocitarias, y en general todas las de la economía, desorganizándolas y haciéndolas por lo tanto ineptas para la nutrición. La anemia tuberculosa es una anemia primitivamente leucocitaria y la desnutrición tuberculosa es una desnutrición nuclear.

Los hechos en que podemos fundarnos son clínicos y experimentales.

La Clínica nos ha venido enseñando que hay dos tipos de enfermos. Un tipo llamado escrofuloso, hoy dia tuberculoso, y un tipo llamado artrítico. Si hay verdades bien fundadas en clínica, esta es una de ellas.

Los artríticos son refractorios á la tuberculosis, sin ser no obstante inmunes. Fíjense bien: digo, son refractorios, porque hay algunos casos, y tengo precisamente el de una señorita en la actualidad, en que apesar de la uricemia, se es tuberculizable.

Los artríticos producen ácido úrico en exceso. El ácido úrico es un producto de metabolismo nuclear. Un metabolismo que hoy no sabemos seguro si es anabólico ó catabólico pero indudablemente hay más de éste que de aquel. Hay pues hiperactividad nuclear, ó por lo ménos hipernucleosis. Donde hay mucho núcleo vivo hay mucho ácido úrico, porque hay muchas nucleínas. Ahora yo pregunto, si los artríticos son refractarios a la tuberculosis, porque en ellos hay hipernucleosis y por ende muchas nucleinas.

Recordemos hechos clínicos que por ser relativamente recientes deben estar en la memoria de todos. La ingestión de carne cruda, de jugo de carne (Richet) y en general de alimentos abundantes en nucleinas es lo que mejor ha venido sosteniendo hasta ahora á los tuberculosos. Tal vez á ellos se deban algunas curaciones. Y con todo eso no hemos hecho otra cosa que saturar de nucleinas á nuestros enfermos.

Dice también la clínica que uno de los síntomas primitivos de la tuberculosis, es la Fosfaturia. Los fosfatos urinarios proceden

en este caso como en todos, del desdoblamiento de las nucleinas, elementos ricos en ácido fosfórico. Las toxinas tuberculosas provocarían una desintegración nuclear que daría por resultado la fosfaturia mineral, siguiendo un proceso fisiológico.

Existe además un hecho á la vez clínico y experimental, que causa verdaderamente asombro. Todos ustedes saben, porque lo habrán prescrito miles de veces, que la Piperacina es uno de los disolventes más enérgicos del ácido úrico; parece que facilita su eliminación: quizás vaya á atacarlo en el mismo núcleo, para transportarlo, no sabemos en que forma al exterior. Pues bien: en el cultivo del Bacilo de Koch, una de las bases que han podido extraerse y que constituye la mayor parte de los llamados Cristales de Charcot, tan comunes en la tuberculosis, es la *espermina*, cuerpo orgánico de idéntica composición molecular que la Piperacina. ¡Que coincidencia! ¡Un producto del B. de Koch, idéntico molecularmente á otro que desorganiza las nucleinas!

Podría emplear más tiempo defendiendo cada uno de los hechos clínicos apuntados y exponiendo algunos otros; pero andan diseminados por las obras de consulta, y los que duden, pueden enterarse.

Según el esquema presentado, la tuberculosis es una enfermedad, fatalmente destructora, horriblemente desorganizadora, que ataca tan de lleno la vitalidad celular, que en los casos graves, aniquila en poco tiempo el organismo más robusto.

La resistencia orgánica nuclear, explicaría la predisposición de los tuberculizables, cuyas nucleinas, procedentes de nucleinas atacadas serían sumamente vulnerables ante el ataque del B. de Koch. Llevarían un sello hereditario funesto, transmitido por las nucleohistonas del esperma ó del óvulo.

No nos extrañará, tampoco la resistencia de ciertos organismos, en los que predominarían funciones químicas de las nucleinas del progenitor indemne, ni la debilidad orgánica del individuo cuyas nucleinas provengan de un progenitor tuberculoso.

Sea como fuera, lo que yo quiero gravar bien en nuestra mente, es la idea, de que la anemia y la desnutrición del tuberculoso, es independiente hasta cierto punto, de su lesión pulmonar, la que no obstante, por ser el foco de donde parten oleadas de toxinas, tienen alguna parte en esa desnutrición, sin contar la acción desglobulizante, del trastorno respiratorio.

El tuberculoso, tose, espectora, tiene fiebre, se anemia y suda gracias al B. de Koch, solo ó mal acompañado.

Por lo tanto, la curación de la Tuberculosis pulmonar, solo se obtendrá con un agente que mate al B. de Koch.

La Seroterapia quizás no sea el mejor camino, porque la experiencia ha venido demostrando que ese medio resulta difícil, cuando apesar de la gran práctica en la preparación de sueros, aún no se ha dado en la clave. Yo creo que algún día podrá obtenerse ese suero, pero pienso que no debemos cruzarnos de brazos, mientras llegue. Me parece también, que aparte del suero, puede haber otra sustancia, que mate al Bacilo y neutralice sus toxinas.

En esa creencia yo he ensayado en Cianuro doble de Oro y Potasio, no de un modo caprichoso sino basandome en estudios Bacteriológicos sobre el B. de Koch y en ciertas combinaciones

químicas entre el medicamento que tiene un radical orgánico, el Cianógeno y los productos del cultivo del Bacilo.

En una Sesión posterior podré hablar de todo lo que puede esperarse de la medicación cyanurada, pudiendo adelantar, que esa medicación está llamada á dar sorpresas agradables, pues ninguna otra medicación ni tratamiento, me ha satisfecho tanto.

Es preciso sin embargo, dejar aclarado, que la curación del tuberculoso no se logrará generalmente, con el empleo de una sola medicación, llámese suero, llámese droga, llámese dietética. El tuberculoso, sobretodo si es avanzado, tiene tan profunda perturbación pulmonar, que no es difícil, que llegase á la caquexia, aún si se hubiese logrado, librarlo del B. de Koch y sus toxinas: solo por evolución de la lesión pulmonar. El tratamiento pues de la lesión pulmonar, no deberá dejarse de mano, si queremos llevar á nuestros eufermos por buen camino. Lo mismo digo de cualquier otro órgano cuya lesión anatómica sea capaz de evolucionar por sí sola.

Vean pues, como la curación de la tuberculosis es un complicado problema clínico y cuando la nueva tendencia patogenética que aquí he expuesto, con la nueva medicación que estoy ensayando, trataré de sintetizar en otra Sesión, los puntos más importantes de la terapéutica de la Tuberculosis pulmonar.

DR. GUILLERMO SALAZAR.

Aguadilla, 7 de Abril de 1907.

\* \* \*

## Un aspecto de la medicina preventiva

POR EL DR. PEDRO PEREA FAJARDO.

SEÑORES :

Al presentar éste trabajo y someterlo á vuestra consideración sólo me mueve una idea y ésta es la de llamaros la atención una vez más sobre la necesidad que tenemos de trabajar en contra de las enfermedades contagiosas. Hace algún tiempo en Mayagüez pude ocuparme del contagio de la Tuberculosis y aún recuerdo con satisfacción el empuje que dió á mi trabajo aquel elocuente discurso de nuestro ilustrado compañero el doctor Corona quien siente como yo la necesidad de que nuestras energías se vuelvan todas en contra de ésta enfermedad como también sobre otras muchas que tienden á esterminar la humanidad.

Mucho se hace para esterminar la UNCINARIA en Puerto Rico, mucho se trabaja para librarnos de ésta plaga, apesar de que vemos con sentimiento que nos hemos colocado en un círculo vicioso, más. ¿Que se hace hoy para extinguir la Tuberculosis, la Sífilis y la gonorrea enfermedades, éstas dos últimas más temibles que cualquier otra, aunque sea ésta la misma Tuberculosis, puesto que son igualmente peligrosas por el modo como se contraen y disimulan?

Señores: Una onza de prevención vale más que una libra de cura, y más de una vez hoy que nunca ha sido reconocido por toda la profesión médica. Todo buen pensador se une con placer al hecho de que la medicina sectaria se está haciendo una cosa del pasado y que hay una brillante esperanza en una

nueva era donde todos los hombres deben trabajar para el logro de un gran fin: "La prevención de enfermedades".

Muchos años ha, Pasteur manifestó estas palabras: "Cuando el hombre aprendió á protegerse contra los animales feroces, él dió el primer paso en la civilización". Hoy el hombre está aprendiendo á defenderse de los microbios y es éste un paso de igual trascendencia. Llegará el día en que el hombre de Ciudad no muera de Difteria, Cólera, Tifoidea, Tuberculosis & &, no más que los que hoy mueren por la mordida de un lobo ó el veneno de una culebra, y si esta profecía no está hoy realizada, sin embargo paulatinamente se vá representando.

En la prevención de casi todas las enfermedades contagiosas mucho se ha efectuado, por que el pueblo ha tocado el peligro y ha visto la necesidad de su inteligente cooperación para evitarlas: cuando un caso de Escarlatina, por ejemplo, se ha presentado en una familia, ésta como cada uno de los miembros de la vecindad, hacen todo lo que está á su alcance para evitar su contagio. Contraste de lo que sucede en un caso de gonorrea.

La cuestión sobre el modo de reprimir las enfermedades venereas es de suma trascendencia y hay que discutir la prostitución y sus malos resultados pues permanecen como amenaza á la salud y felicidad de las familias. Todo hombre y toda mujer deben saber que las palabras del Viejo Profeta eran no mero sentimiento pero sí, palabras ciertas hijas de un corazón frío, cuando dijo. "Los pecados de los padres se reconocen en sus hijos muchas veces en la 3ª y 4ª generación.

Desde que el hombre es hombre la prostitución ha existido y en tanto que su ser esté lleno del deseo que es necesario para propagar su especie, en tanto que la mujer sea débil y confidente, ésta continuará existiendo: su estado revela mucha luz sobre la historia del hombre y las naciones, si pudiesemos medir el progreso de civilización solamente comparando los vicios sexuales del hombre en tiempo primitivo con éstos de hoy, sin duda alguna aún los pésimistas reconocerían éstos cambios. El Rey quizás no hacia nada reprochable, pero no era reprochable en ello el que prestara su concurso á ciertas reuniones y libertinages? Los trabajos de los mejores escritores de aquella época estaban llenos de lascivas é indecencias, las casas de más cultura Roma y Grecia y aún aquellas de Naciones más modernas estaban adornadas con pinturas al *fresco* y esculturas que hoy escasamente pueden encontrarse.

La idea de los primeros cristianos para enseñar el cristianismo fué la primera que urgió moralidad por razones religiosas. Los credulos y filósofos la tocaron por razones económicas; la doctrina de los cristianos la cual enseña el bien divino por la gracia de buena honestidad, ha sido el gran factor por el cual se ha hecho con la evolución de los tiempos un alto puesto para la vida. Sin embargo de que ha habido un cambio para el mejoramiento aún queda un punto oscuro: Las enfermedades venereas.

Si la medicina preventiva es para efectuar todo lo que está á su alcance, en ella debe encontrarse algún método para contrarrestar esas dos grandes calamidades humanas, gonorrea y sífilis: He aquí dos enfermedades que causan mucho más víctimas y más sufrimientos que cualquiera otras dos enfermedades contagiosas. Ha habido ya una tendencia con respecto á las medidas que deben tomarse para disminuir estas enfermedades, pero se ha tenido el asunto con menos seriedad de lo que ello merece y esto puede decirse es más verídico en casos de gonorrea. Hasta cierto punto es al médico á quien debe culparse que haya tanto número de jóvenes que digan que esta enfermedad no es peor que un catarro: todos sabemos que esta declaración es dicha bajo la más grande ignorancia, pero por ventura, se aprovechan las oportunidades para enseñar aquellos que lo necesitan, lo grave de ésta enfermedad? Algunos de nuestros más eminentes autores dicen: "Gonorrea es una de las más severas y quizás la que llega más lejo con sus efectos de todas

las enfermedades infecciosas". Doctor Lydston dice: "En verdad solamente existen pocas enfermedades que se caractericen por tantas y tan severas condiciones patológicas". "Por medio de sus complicaciones é hilaciones es la causa de más muertes, las que bien pueden justamente atribuirse á influencias directas ó indirectas de la sífilis". "Quítese el resultado de la gonorrea en la lista de las enfermedades humanas y el aumento resultante en la larga vida y felicidad de las familias será maravilloso".

En un meeting hace algún tiempo de la American Medical Association fué elegido un Comité para recibir la opinión de los mejores especialistas sobre estas enfermedades. A los ginecologistas se les preguntó sobre la proporción de mujeres que se les presentaban sufriendo resultados directos ó indirectos de gonorrea y solamente uno ó dos dijeron que "un diez por ciento," cuando algunas eminentes autoridades declararon ser éste de un ochenta por ciento: ahora bien, no creen ustedes que si este hecho fuese impreso en la mente de los hombres estos tomarían grandes precauciones para evitar esta enfermedad ó procurarían una cura completa antes de entrar en la vida del matrimonio? El Comité dice al resumen de su trabajo: "Debe manifestarse que una enfermedad que es la causa de tantas enfermedades de la pelvis en las mujeres debe ser objeto del más atento cuidado para el mejor método de destruirla; nosotros no podemos menos de considerarla sinó como una de las más peligrosas enfermedades que afectan la humanidad".

La contesta de los ginecologistas fué comprobada por la de los especialistas en otras enfermedades. Sobre sus efectos directos ó indirectos sobre los ojos, nuestros amigos, todos los que saben algo sobre este órgano nos dirán que un gran número de nuestros ciudadanos ciegos se encuentran así, como resultado de esta enfermedad y que á ésto también á quien debemos el que un ochenta por ciento de nuestros niños nazcan ciegos por cuarenta y ocho horas después de nacido.

Sobre el modo de curarla, las opiniones difieren, más todos convenimos en que es una de las enfermedades más poco satisfactoria que tenemos que tratar.

Quando un paciente recobra en una ó dos semanas de una supuración en la ureta las probabilidades son de que el gonococci nada tiene que ver con la infección.

Se hace también necesario mencionar el otro candidato á la popularidad venerea: La Sífilis. Es esta conocida como una seria y peligrosa enfermedad desde tiempos muy remotos y es posible estimar los sufrimientos por la cual es ella responsable, cuando están incluídos entre sus víctimas no sólo el culpable, sino también el inocente.

Quando se consideran esas dos enfermedades y sus efectos, la cuestión sobre su esterminio no es por puro sentimiento sino por necesidad. Todos sabemos los esfuerzos hechos para evitar una epidemia de viruela; otras enfermedades contagiosas son puestas en cuarentena y se hace todo lo posible para su esterminio, pero un hombre ó una mujer con una enfermedad venerea se le permite que esparsa la muerte ó destrucción á su completa libertad.

El modo de evitar las enfermedades venereas y también la prostitución ha sido también uno de los más árdus problemas, las prostitutas han sido golpeadas y sometidas á toda clase de suplicios é indignidades y sin embargo aún no ha llegado una época en que el surtido no haya igualado la demanda.

La supresión de éstas ha sido sin resultados donde quiera que se haya intentado hacerlo. En los tiempos presentes no se hace ningún esfuerzo apesar del daño que ocasionan y en Europa un número de Ciudades ha regulado leyes sin resultado.

En América el único esfuerzo que se hizo fué en San Luís en el año 1872 y las Leyes fueron desatendidas después de haberse cumplido por un año.

No obstante de que una barrera á ésto es posible que sea un ideal inaccesible, sin embargo, hay algo que pueda hacerse para disminuir el número de los

efectos de este daño ya que debe ser una ofensa criminal esparcir cualquier clase de enfermedades y especialmente enfermedades venereas. Dr. Underhill habla en su libro de medicina moderna de una prostituta que ha reusado tratamiento para la sífilis y le ha enseñado un libro en el cual tiene el nombre de los hombres que ella ha inoculado; cuando el médico lo vió dice que éste era de doscientos diez y nueve y que ella le declaró que no admitiría tratamiento en tanto no hubiese inoculado quinientos.

Cualquier cosa que se haga con la mujer prostituta debe ser hecha también con el hombre que busca su favor puesto que es éste más peligroso para la sociedad que el primero. El instinto sexual es mucho menos en la mujer que en el hombre y análisis de las causas de la prostitución nos enseñan que el número siguiente á aquellas que siguen *la llamada como medio de subsistencia* están aquellas que han sido engañadas y humilladas por su amante, siendo después ésta despreciada por todo el mundo, en tanto que al hombre se le recibe en todas partes sin escrúpulo ninguno.

Las leyes del matrimonio lo mismo que aquellas referentes á divorcio deben ser uniformes; en algunos Estados de la Unión se han tomado algunas medidas exigiendo el reconocimiento médico antes de conceder el permiso del matrimonio, y si es ésto con el objeto de evitar casamientos de tuberculosos y degenerados, como lo es en realidad, como con muchísima más razón no ha de ser también para escluir aquellos que sufren algunas enfermedades venereas?

No hay nada en que los hombres necesiten más instrucción que en asuntos sexuales, desde la infancia á la virilidad se les enseña todo, se les dá toda clase de conocimientos con excepción de aquellos igualmente necesario y sobre los cuales giran todas las fuerzas vitales. esto es, la vida sexual: es una cuestión que se olvida y si un niño pregunta su origen, él es regañado y Dios y el médico son los responsables, los padres se niegan á una explicación sin comprender que más tarde y en lo más temprano de su juventud á de encontrar un cuidadoso instructor. Fué un paso de avance que se dió, cuando la Fisiología fué introducida en las escuelas públicas, pero, porqué se les enseña las funciones del hígado, vazo, estómago, y se les hace ignorar las de los órganos de generación?

La educación es la contraseña para conocimientos mejores en el futuro y nadie mejor que el médico puede comunicar esos conocimientos, no sólo cuando está en contacto con sus favorecedores, sino también cuando se le presenta la oportunidad para instruir á los padres, profesores ó cualquiera que por cualquier circunstancia tenga que guiar los destinos de la vida humana. El verdadero médico ha de ser un profesor, enseñando á sus pacientes á no necesitar sus servicios; debe enseñar siempre y en todos lugares que las enfermedades y sufrimientos no son una visita de la divina Providencia, pero que sí son los resultados á la desobediencia de las Leyes de la vida.

Cursos de instrucciones de fisiología sexual ó higiene deben dársele á todos los jóvenes en las escuelas y colegios enseñándoles que la castidad no es incompatible con la salud.

La única instrucción que los hombres reciben sobre ésta materia es la que á diario leen en los certificados de medicinas patentes, más ellos no saben si esas revelaciones son verdaderas, y, que mejor no sería si esas instrucciones fuesen dadas por hombres médicos antes que por monstruos que llevan su cerebro lleno con la ambición y hunden la humanidad con su ignorancia?

Ojala que la tortura del condenado sea el premio al hombre que negocia con la sagrada verdad de la vida, enseñando á los jóvenes el que ciertos procesos fisiológicos son como "*colutores para la sangre de su vida*"

# SECCION BIOGRAFICA

## DE MEDICOS PUERTORRIQUEÑOS.

1844 á 1904.

### Doctor Antonio José Amadeo.

Nunca será suficientemente proclamado que, para enseñanza y estímulo de las generaciones venideras, precisa no pasen desapercibidos por el mundo, aquellos seres que han realizado una labor fructífera desde el punto de vista del humano adelantamiento, en uno de cualquiera de los diversos órdenes sociales.

Mal tradicional entre nosotros, por desgracia, y que apareja ridiculez suma, es el hecho de no llamar la atención de nuestros hijos hacia *todas* las figuras culminantes de nuestra regional historia, sinó única y exclusivamente hacia el coterráneo que, á la causa política ó al esplendor de las bellas artes ha consagrado las palpitations todas de su corazón y todas las energías de su cerebro.

Y es no solamente un mal, sino injusticia notoria la que cometemos, relegando al olvido los nombres de los puertorriqueños que en el campo de la ciencia han brillado. Pero no morirán en la historia de Puerto Rico los Vasallo, Hernández, Padilla, Corchado, Iglesias, Tizol y Ferrer. ¿Quién no recuerda á estas horas, á aquellos notabilísimos oculistas que se llamaron Abelardo Morales Ferrer y Mariano Ramírez y al preclaro Calixto Romero?

No menos prominente lugar ocupa, entre los médicos que han fenecido, en nuestra historia médica regional, el Dr. Antonio José Amadeo, como lo acreditan las cortas notas biográficas que hemos podido obtener de este talentoso compañero, cuyos trabajos son testimonio elocuente de la vasta extensión de sus conocimientos y de su laboriosidad en el campo dilatado de la ciencia.

Siempre se sentirá orgulloso Salinas de haber visto nacer, allá por el mes de Febrero de 1844, al que en su día había de brillar en la noble profesión que abrazara, y que el 18 de Mayo de 1904 rindió en San Juan la jornada de su vida.

Fué en el colegio, que dirijía en Guayama el profesor D. Federico Matos, donde cursó la primera enseñanza el ilustre hijo de Salinas.

En la Universidad de Pennsylvania (E. U. de A.) recibió Amadeo su primer título de Doctor en Medicina y Cirujía, y más tarde, ganoso siempre de estudio y de conocimientos, visitó las salas de otros dos grandes centros universitarios, de los cuales también fué graduado: la Universidad de Madrid y el Real Colegio de Cirujanos de Inglaterra. También la Facultad de Medicina de Edinburgo le otorgó el título de Tocólogo.

Relacionado con una gran parte de las principales asociaciones científicas europeas y americanas, fué miembro del Real Colegio de Cirujanos de Inglaterra; Socio corresponsal de la Academia Médico-Quirúrgica Matritense; Alumno interno del Hospital Real

oftalmológico de Londres; Externo del Hotel Dieu, del Hospital San Antonio de Loursine de París, y poseía varias certificaciones de asistencia á las clínicas médicas y quirúrgicas y de enfermedades de las mujeres en la facultad de París.

Como autor publicó varios importantes folletos sobre enfermedades tropicales, y especialmente sobre la Fiebre amarilla. Su mapa médico-geológico-geográfico de la Isla de Puerto Rico fué premiado en la Exposición Pan Americana de Chicago.

Fuó muy estimada su colaboración en "El Genio Médico-Quirúrgico" y "El Pabellón Médico" de Madrid, en el "Medical Press" de Londres y en la "Revista Medico-Farmacéutica" y el "Eco Médico-Farmacéutico" de Puerto Rico. Escribió en el "Boletín Mercantil de Puerto Rico" varios artículos sobre la Anemia, y fué así mismo, autor de varios hermosísimos trabajos sobre Economía Política y Sociología que engalanaron las columnas del periódico últimamente citado y de "La Democracia".

Tal fué el eminente puertorriqueño á cuyo venerable recuerdo aún lloran de agradecimiento infinidad de familias de Maunabo, Arroyo, Patillas, Yabucoa y otros pueblos de la Isla que tuvieron la feliz oportunidad de sentir la benéfica influencia de sus conocimientos científicos.

La Asociación cumple un sagrado deber, asociando en el recuerdo imperecedero, este nombre al de otros ilustres médicos puertorriqueños, porque en su seno caben todos los honores y dignidades de la profesión, aunque a ella no vengan generosos los hombres á asociarse en la obra iniciada por este organismo médico.

La Asociación tiene una misión muy elevada y noble que realizar, y hará su obra en el transcurso del tiempo, poniendo á empeño el sostenido esfuerzo de una voluntad y de una perseverancia invencibles.

¡ Honramos á los que fueron buenos y merecieron por su inteligencia, el tributo de nuestra admiración!

---

# Porto Rico Anemia Commission.

OFFICE OF THE CHAIRMAN.

RIO PIEDRAS, P.-R.

MOVIMIENTO de enfermos habido en las Estaciones de la Comisión de Anemia de Puerto Rico durante el mes de Enero de 1907.

ESTACIONES.		SERVICIO DE DISPENSARIO				SERVICIO DE HOSPITAL			
		Admitidos.	En tratamiento.	Curados.	Fallecidos	Admitidos.	Altas en curación.	Curados.	Fallecidos.
Rio Piedras	5 semanas	170	636	47	2	10	11		
Mayaguez	5 "	338	1,220	62		7	5	I	
Lares	5 "	222	564	61	I	6	3		I
Aibonito	5 "	109	683	36					
Añasco	5 "	711	2,356		I				
Bayamón	5 "	36	56	26		7		3	
Barros	5 "	60	480	41					
Barranquitas	5 "	23	79	7					
Coamo	5 "	35	169	27	2	4	3	I	
Corozal	5 "	107	1,069	42	I				
Caguas	5 "	81	492	44					
Comerio	5 "	21	73	5					I
Guayama	5 "	34	116	4		5			I
Juncos	5 "	154	657	22	3				
Manatí	5 "	443	1,888	34		6			
Morovis	5 "	219	595	19	2				
Las Marías	5 "	219	1,461	58					
Ponce	5 "	79	263	35		8	I	7	
Quebradillas	5 "	71	187	51					
San Germán	5 "	755	2,917	295	2	2		2	
San Sebastián	5 "	267	1,259	87					
Utua	5 "	173	600	172	I				
Vega Baja	5 "	61	552	31		4			
Yauco	5 "	195	450	17					
Isabela	5 "	81	475	36					
Humacao	5 "	236	938	I	I	I			
Arecibo	5 "	352	328		I				
Arroyo	2 "	42	42						
Cabo Rojo	0 "								
Cayey	0 "								
Vieques	0 "								
Aguada	0 "								
Total	.....	5,294	20,571	1,250	17	60	23	16	I

## CASAS VISITADAS POR LOS INSPECTORES DURANTE EL MES DE NOVIEMBRE.

Rio Piedras .....	111
Mayaguez.....	290
Lares.....	187

# El tratamiento específico de la Tuberculosis

POR EL PROFESOR E. MARAGLIANO

DIRECTOR DE LA CLÍNICA INTERNA Y DEL INSTITUTO PARA  
ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE GÉNOVA.

(Informe presentado á la 5a. Conferencia de Tuberculosis, en La Haya,  
el 6 de Septiembre de 1906).

---

(CONCLUSIÓN).

---

Los agentes antituberculosos pueden desplegar su acción contra los bacilos y sus toxinas; pero no ejercen influencia directa sobre las alteraciones del tejido que son sus consecuencias. Naturalmente que la terapéutica específica puede remover las causas de la congestión específica destruyendo los bacilos y neutralizando sus toxinas, cuando los elementos celulares aún no han sido profundamente alterados, y de este modo se restablece una *restitutio ad integrum*. Pero no podemos sostener que poseemos agentes específicos antituberculosos capaces de reconstruir pulmones destruídos. ¿Acaso podemos afirmar que la quinina cura las hepatitis crónicas de origen malárico ó el mercurio la esclerosis de los cordones posteriores de la médula espinal de origen sifilítico?

Y para terminar: los agentes antituberculosos de que disponemos poseen también el poder de combatir y curar la tuberculosis pulmonar, cuando ésta aún no ha originado focos congestivos en los tejidos, y en su consecuencia, no está acompañada de uno de los síntomas locales físicos que, según la tradición escolástica, la debe caracterizar, quiero decir, cuando en la expectoración no hay bacilos y no está acompañada ni de tos ni de expectoración.

Ellos pueden ejercer influencia curativa sobre los focos inflamatorios sin destruir los tejidos; pero en todo caso el éxito depende de la cooperación del organismo, sin la cual las sustancias antituberculosas por sí solas son incapaces de conducir á la curación.

Bien sé que estas conclusiones no corresponden á las esperanzas de los médicos, que sólo se inclinan á reconocer el carácter específico de un tratamiento, cuando sea capaz de curar á todos los tuberculosos, en todo lugar y completamente independiente de los progresos de la enfermedad. Hay una especie de prejuicio que necesita tiempo para ser vencido. Así, después de haber aclarado el problema, como creo haberlo hecho ahora, me decía ha poco un médico, al que con razón juzgaba un genio esclarecido y que había hecho empleo de mi método, que "su eficacia no estaba demostrada en manera alguna segura, exclusión hecha de aquellos individuos en los que aún no se habían desarrollado lesiones algunas."

Debiera haber quedado satisfecho, verdad. Bien, señores, sin embargo, no lo estaba y siempre permanece en espera del específico que ha de curar todas las lesiones pronunciadas.

Señores: causa pena ver que esta resistencia pasiva de la gran masa de los médicos contra las verdades que se derivan del estudio clínico y anatómico-patológico de las enfermedades pulmonares de origen tuberculoso, que esta resistencia que oponen al reconocimiento de las leyes que regulan la terapéutica específica de las enfermedades infecciosas, ha de dilatar por largo tiempo el reconocimiento de esta terapéutica específica y hacer partícipe á la humanidad de los beneficios de los agentes que ya poseemos para combatir la tuberculosis. Y permitidme que lo diga: el método que siguen los ilustrados de recomendar siempre el agente curativo, desvía á los médicos del punto en que deben permanecer para al fin comprender cuales son y cuales deben ser los límites de una terapéutica específica. Así entregan el día de mañana el remedio maravilloso al descrédito y al siguiente día lo repiten. Probablemente debe meditar hoy, en lugar de pensar en buscar un agente específico ya acreditado, de imprimir al genio de los médicos una dirección más lógica y científica en todo aquello que concierne á la terapéutica de la tuberculosis.

“Es probable que se llegue á ensayar en el hombre una profilaxis de la tuberculosis por medio de una vacunación específica.”

Sin embargo, hoy queremos colocar más alto el propósito de nuestro trabajo. Puesto que artificialmente se inmunizan animales, debemos también poder inmunizar al hombre, y hemos de llegar á una terapéutica profiláctica de la tuberculosis.

En cuanto á la inmunización, desearía primeramente recordarles, que desde hace tiempo he conseguido inmunizar animales contra la tuberculosis. Lo he comunicado claramente en Burdeos 1895 como se desprende de mis comunicaciones que pueden leerse en pag. 1080 de las publicaciones del Congreso. Después de 1895 he continuado mis estudios y he insistido y probado en varias publicaciones de que los animales se pueden inmunizar, sirviéndose del material bacilar muerto. Mucho después na hablado Behring de la inmunización de los animales, la primera vez en 12 de Diciembre 1901 en Stockolmo y refiriéndose á los bovidos. En aquel tiempo ha empleado una vacuna que había sido preparada de bacilos vivos, recibiendo también un premio por su bovovaccina. En 1903 preparó otra, declarando que la precedente de 1901 hasta era muy peligrosa. Cada vez repetía, que era necesario emplear una vacuna viva que pudiese reproducirse en el organismo. En el último año, finalmente, declaró en París, que se podía prescindir de la introducción de bacilos vivos en el organismo para fines de inmunización. Ahora, al fin, ha llegado él á las mismas conclusiones á las que había yo llegado desde años atrás.

Como quiera que sea, ahora se reconoce generalmente lo factible de inmunizar animales por diversos métodos.

En el curso de mis investigaciones sobre inmunización he podido convencerme, que bastan pequeñas cantidades de materia bacilar para producirla y que cantidades mayores agotan las fuerzas de los animales. Además, hemos de seguir un curso del todo distinto de aquel que han emprendido aquellos, que por largo tiempo han ensayado inútilmente la inmunización. He procurado saber cuales son las alteraciones que sufre el organismo por la inmuniza-

ción y he observado, que corren pareja con la producción de sustancias aglutinantes, antitoxinas y bacteriolisinas.

Alguien ha observado, que las sustancias aglutinantes se habían aumentado también en los animales que fueron infectados con tuberculosis. Cierto y natural. Pero esto no constituye una contradicción desde el punto de vista de la inmunización. En estos animales se desarrollan las aglutininas después de la infección á manera de agentes de defensa; en cambio, en los animales inmunizados, aparecen antes de la infección. De abrigar de antemano los animales en el organismo los agentes de defensa, antes de ser acometidos de tuberculosis, probablemente quedarían libres de ella.

De esta manera en posesión de los conocimientos que son necesarios para juzgar de la existencia de un procedimiento de inmunización en el organismo de los animales, he tomado la resolución de efectuar la inmunización del hombre.

El 30 de Octubre de 1903 anunciaba en el congreso médico italiano de Padua, que había comenzado á vacunar personas profilácticamente contra la tuberculosis. Describí la modalidad y también la composición de la vacuna. He empleado simultáneamente el método en el hombre y animales, y en estos animales, á los que después inyectaba bacilos vivos con el propósito del control de la inmunización, muriendo los animales de cotejo, he estudiado las modificaciones que surgían en el organismo de aquellos que demostraban estar bien inmunizados.

Encontré las mismas modificaciones en el organismo de los niños vacunados, es decir, un refuerzo de aglutinina, que ascendía á 1:80; un número enorme, con mayor razón en niños; antituberculinas y bacteriolisinas. Por analogía he deducido que tenemos fundamento científico para creer, que los niños han sido eficazmente vacunados.

Y ahora una observación acerca de todo lo que se desprende de mis publicaciones desde 1903 hasta la fecha presente: he continuado con mis colaboradores, entre los que citaré á Marzagalli, Barlocco, Guggia, Chidini y Lauza, vacunando niños y animales, repitiendo las mismas exploraciones comparativas en sus organismos. Hasta el momento presente ninguno de los niños vacunados, (todos en general enclenques de familias tuberculosas) ha demostrado algún síntoma tuberculoso y el estado general es del todo satisfactorio, sin duda mejor que antes de la vacunación. Aún conservan en la sangre sustancias defensivas formadas después de la vacunación.

Vacunamos los niños en los brazos por el método de Jenner; de ordinario se hacen tres punciones; cada vacuna produce una pequeña pústula, dura en la base. Se observa una fiebre eruptiva que dura 2-3 días con tumefacción de los gánghios axilares; después todo retorna á la norma y sólo resta una pequeña úlcera que cicatriza á los pocos días.

Ahora puedo asegurar á ustedes, que estas vacunaciones son absolutamente inofensivas. Desde algún tiempo empleo también una vacuna mejor preparada: es el producto de congestiones bacilares que, como ya he dicho, obtengo por inyección de sustancias

bacilares bajo la piel. Estos productos, aplicados por el mismo procedimiento, dan resultados aún más sorprendentes.

Quedo por siempre persuadido, que el problema de la vacunación antituberculosa del hombre ahora está planteado bajo el punto de vista científico en el camino de su solución, y que es menos difícil de lo que se cree. Sabemos para en adelante que, á igual virulencia, la cantidad de bacilos es la que determina la infección. Pequeñas cantidades de bacilos son desde luego normalmente destruidos sin la intervención de algún procedimiento de vacunación, y creo que sólo se trata de fortalecer el poder normal de resistencia del organismo. En realidad debemos aceptar, que jamás son grandes cantidades de bacilos que á la vez penetran en el organismo humano, y que por esta razón no puede ser difícil prevenir de antemano al hombre. También creo, que puede llegarse al mismo fin por diversos procedimientos.

La inyección de sustancias antituberculosas disueltas en la sangre, la leche y en la carne de animales inmunizados puede también producir una inmunización. Puede que las sustancias bacilares introducidas por la boca también la originen. Los bacilos atenuados de Barloing son sin duda capaces de causar la inmunización, tal vez también los bacilos bovidos empleados por Klemperer; pero opino que el empleo de los bacilos vivos, que pueden reproducirse, sean ó no atenuados, debe desecharse en absoluto en la terapéutica del hombre. Pero si reflexiono bien todo esto, sin embargo, creo que la vacunación por el método de Jenner es la destinada á resolver definitivamente el problema. Élla constituye el método, según mis experiencias, más sencillo y hasta ahora el más seguro.

Me satisfaría que, después de haberme sido dado comunicar á ustedes mis convicciones, nos fuese posible por medio de nuestros mancomunados esfuerzos, al fin llegar á poner un valladar poderoso á la plaga de la tuberculosis.

---

**Dr. Manuel del Valle,**

**Mateo D. Fournier**

**CIRUJANOS DENTISTAS**

**SAN JUSTO No. 9**

**HORAS DE CONSULTA**

De 8 á 11—A. M.

De 1 á 5—P. M.

**Histógeno Llopis**

El último triunfo de la medicina para combatir la

**TUBERCULOSIS**

y todos los estados que acusan desgaste de fuerzas ó debilidad del organismo.

Pídalo en la

**FARMACIA BLANCO**

UNICOS DEPOSITARIOS

**SAN JUAN.**

**DR. ALVAREZ VALDÉS.**

**CIRUJANO DENTISTA AMERICANO.**

**CON 20 AÑOS DE PRACTICA.**

Con todos los elementos necesarios para el ejercicio de la profesión.

**EQUIDAD, ESmero Y GARANTIA**

**HORAS DE OFICINA**

De 8 á 11 -- A. M.

De 1 á 5 -- P. M.

**San Francisco esq. á Cruz,**

**Plaza Baldorioty.**

# CLIN & C<sup>ie</sup>, F. COMAR & FILS & C<sup>ie</sup> - PARIS

## PREPARACIONES PRINCIPALES

### ADRENALINA CLIN

Solución al 1/1000° (Clorhidrato).  
Frasco de 25 cc. y Frasquito de 5 cc.  
Colirio al 1/3000° (Clorhidrato).  
Gránulos dosados á 1/4 de miligr.  
Supositorios dosados á 1/4 de miligr.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup> Inyecc. hipodérm. graduados á 1/2 miligr. por cc.

*Hemostático, vaso-constrictor el más poderoso.*

### CACODILATO de SOSA CLIN

Gotas dosadas á 0 gr. 01 por cada 5 gotas  
Glóbulos dosados á 0 gr. 01.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup> Inyecc. hipodérm. dosados á 0 gr. 05 por cc.

### METHARSINATE (Metilarsinato disódico químicamente puro.) CLIN

Gotas dosadas á 0 gr. 01 por cada 5 gotas.  
Glóbulos dosados á 0 gr. 01.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup> Inyecc. hipodérm. dosados á 0 gr. 05 por cc.

### MARSYLE CLIN (Cacodilato de protóxido de hierro.)

Gotas dosadas á 0 gr. 025 por cada 5 gotas.  
Glóbulos dosados á 0 gr. 025.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup> Inyecc. hipodérm. dosados á 0 gr. 05 por cc.

INDICACIONES de la *Medicación Cacodilica* : Anemia, Impaludismo, Tuberculosis, Diabetes, Enfermedades de la *Piel*, etc.

### LECITINA CLIN

Píldoras dosadas á 0 gr. 01.  
Granulado dosado á 0 gr. 10.  
por cucharada de las de café.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup> Inyecc. hipodérm. dosados á 0 gr. 05 por cc.

INDICACIONES : Tuberculosis, Neurastenia, Raquitismo, Fatiga por exceso de trabajo, Convalecencias, etc.

### GLYCOGÈNE CLIN

Cápsulas dosadas á 0 gr. 20.  
Solución dosada á 0 gr. 20  
por cucharada de las de café.

INDICACIONES : Diabetes, Intoxicaciones, Caquexias, Convalecencias de las *Enfermedades infecciosas*, Afecciones hepáticas

### VINO NOURRY

0 gr. 05 de yodo } por cucharada sopera.  
0 gr. 10 de tanino }

INDICACIONES : Linfatismo, Escrofulosis, Menstruaciones difíciles, Convalecencias de las *Enfermedades infecciosas*.

# BOLETIN

DE LA

## Asociación Médica de Pto.-Rico.

**DIRECTOR:**

DR. M. QUEVEDO BÁEZ.

**REDACTORES:**

Dr. Agustin Stahl.

" J. N. Carbonell.

" W. F. Lippitt.

" Moret Muñoz.

" F. Goenaga.

Dr. Gonzalez Martinez.

" Ruiz Arnau.

" Guillermo Salazar.

" Velez Lopez.

Corresponsal en Washington, Dr. BAILEY K. ASHFORD.

Corresponsal en Madrid, Dr. A. Suarez de Mendoza.

**SUMARIO.**

La Cura de Decoloración.—Por el Dr. Tomás Vazquez.

Interpretación de un Analisis de Orina.—Por el Dr. A. Suarez de Mendoza.

Información Extrajera.

Biografía del Dr. Francisco J. Hernández Martínez.—Por el Dr. Francisco del Valle Abiles.

Puerto Rico Anemia Comisión.

La Cruzada contra la Ancliarisis en Puerto Rico.—Por P. Gutierrez Igaravidez.

Información Local.

LA CORRESPONDENCIA Y ANUNCIOS AL DIRECTOR

Published Monthly at 29 Plaza Baldorioty San Juan, P. R.

SAN JUAN, PUERTO RICO.

Establecimiento Tipográfico del Boletín Mercantil.

ALLEN No. 24 y 26.

# VINO Y JARABE DE DUSART

CON LACTO-FOSFATO DE CAL

Las investigaciones del DR. DUSART, sobre el fosfato de cal han venido á demostrar que lejos de ser inactiva esta sal, como se suponía, está por el contrario, dotada de propiedades fisiológicas y terapéuticas muy notables. Fisiológicamente, se combina con las materias azoadas de los alimentos y los fija transformándolos en tejidos; de aquí resultan el desarrollo del apetito y el aumento del peso del cuerpo. Terapéuticamente, dichas propiedades hacen de él un reconstituyente de primera clase.

El **Jarabe** en la medicación de los niños, el **Vino** en la de los adultos, en las afecciones del estómago y como analépticos, son generalmente admitidos.

INDICACIONES: *Crecimiento, raquitismo, dentición, afecciones de los huesos, llagas y fracturas, debilitamiento general, tisis, dispepsia, convalecencias.* DÓISIS: 2 á 6 cucharadas por día.

Depósito en París, 8, rue Vivienne, y en las principales Farmacias.

---

---

## Vino de Peptona de Chapoteaut

La **Peptona Chapoteaut** representa 10 veces su peso de carne digerida y solubilizada con la PEPSINA. Tomada en caldo ó leche permite nutrir á los enfermos más graves sin otra alimentación.

Asociada á un vino generoso, constituye el **Vino de Peptona de Chapoteaut**, de gusto agradable, que se receta en las comidas, en dosis de 1 á 2 copas de Burdeos, á los **Anémicos, Convalecientes, Císicos, Ancianos** y á las personas desgastadas, ó que no pueden soportar los alimentos.

La **Peptona Chapoteaut** se emplea desde hace siete años, á causa de su pureza, en el Instituto Pasteur y los Laboratorios de Fisiología de Berlín, Viena y San Petersburgo para la cultura de los organismos microscópicos.

DEPÓSITO

8, RUE VIVIENNE, PARIS, y en las principales

FARMACIAS.

# CLIN & C<sup>ie</sup>, F. COMAR & FILS & C<sup>ie</sup> - PARIS

## PREPARACIONES PRINCIPALES

### ADRENALINA CLIN

Solución al 1/1000° (Clorhidrato).  
Frasco de 25 cc. y Frasco de 5 cc.  
Colirio al 1/5000° (Clorhidrato).  
Gránulos dosados á 1/4 de miligr.  
Supositorios dosados á 1/4 de miligr.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup> Inyecc. hipodérm.  
graduados á 1/2 miligr. por cc.

*Hemostático, vaso-constrictor el más poderoso.*

### CACODILATO de SOSA CLIN

Gotas dosadas á 0 gr. 01 por cada 5 gotas  
Glóbulos dosados á 0 gr. 01.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup> Inyecc. hipodérm.  
dosados á 0 gr. 05 por cc.

### METHARSINATE (Metilarsinato disódico químicamente puro.) CLIN

Gotas dosadas á 0 gr. 01 por cada 5 gotas.  
Glóbulos dosados á 0 gr. 01.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup> Inyecc. hipodérm.  
dosados á 0 gr. 05 por cc.

### MARSYLE CLIN (Cacodilato de protóxido de hierro.)

Gotas dosadas á 0 gr. 025 por cada 5 gotas.  
Glóbulos dosados á 0 gr. 025.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup> Inyecc. hipodérm.  
dosados á 0 gr. 05 por cc.

INDICACIONES de la Medicación Cacodilica : Anemia, Impaludismo,  
Tuberculosis, Diabetes, Enfermedades de la Piel, etc.

### LECITINA CLIN

Pildoras dosadas á 0 gr. 01.  
Granulado dosado á 0 gr. 10.  
por cucharada de las de café.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup> Inyecc. hipodérm.  
dosados á 0 gr. 05 por cc.

INDICACIONES : Tuberculosis, Neurastenia,  
Raquitismo, Fatiga por exceso de trabajo,  
Convalecencias, etc.

### GLYCOGÈNE CLIN

Cápsulas dosadas á 0 gr. 20.  
Solución dosada á 0 gr. 20  
por cucharada de las de café.

INDICACIONES : Diabetes, Intoxicaciones,  
Caquexias, Convalecencias de las Enfermedades  
infecciosas, Afecciones hepáticas

### VINO NOURRY

0 gr. 05 de yodo } por cucharada sopera.  
0 gr. 10 de tanino }

INDICACIONES : Linfatismo, Escrofulosis,  
Menstruaciones difíciles, Convalecencias de las  
Enfermedades infecciosas.

# Fumigadores de Lister de Formaldehíde.



El uso del Fumigador de Lister, está exento de todo peligro y de producir mal olor ó cualquiera otra sensación desagradable. En el procedimiento ordinario de desinfección la voz general es: *Dos desinfecciones equivalen á un incendio.* Aun cuando los vestidos y los muebles se envíen á un lugar apropiadamente dispuesto para el objeto, siempre sufrirán mucho deterioro, porque el vapor y el azufre, para que sean eficaces, no pueden menos que ser destructores. Pero el **FUMIGADOR DE FORMALDEHÍDE DE LISTER** no causa efectos perjudiciales ni

en la madera barnizada, ni en los metales, ni en el oro ó la plata, ni en los colores ó tintes, ni en el papel de las paredes, y ni en los muebles. Es absolutamente inofensivo para todos los utensilios domésticos, y debido á eso y á su poder desinfectante, es admirablemente apropiado para su empleo en las habitaciones.

Pero también desde otro punto de vista su superioridad es tan marcada, que puede decirse abre una nueva era en el campo de la desinfección, porque este gas, al par que destruye los malos olores y los gérmenes morbosos, no ejerce efectos tóxicos en el hombre ni en los animales. El olor del formaldehíde es sin embargo muy molesto para los insectos, y los hace huir. Está asimismo demostrado que no sólo no son tóxicos los vapores del formaldehíde, sino que son muy útiles en las habitaciones de los enfermos y producen efectos terapéuticos de gran valor. En algunos países se han empleado las inhalaciones de este gas con gran éxito en casos de catarros, difteria, bronquitis, asma, tisis, gripe, etc. También causa efectos beneficiosos en la tos convulsiva. En vista, pues, de su baratura, de su eficacia, de su utilidad práctica y su propiedad de ser inofensivo para las personas, etc., el **FUMIGADOR DE LISTER** supera á todos los demás fumigadores y tiene que merecer el favor del público.

El **FUMIGADOR DE LISTER DE FORMALDEHÍDE** se fabrica de dos tamaños; grande y pequeño. El envase en que van los citados fumigadores, está hecho de un material incombustible.

Un **FUMIGADOR DE LISTER** de tamaño pequeño es suficiente para fumigar una habitación de mil pies cúbicos, y un **FUMIGADOR DE LISTER** tamaño grande, puede desinfectar una habitación de cuatro mil pies cúbicos.

**De venta en todas las Drogerías y Farmacias.**

# BOLETIN

DE LA

## Asociación Médica de Pto.-Rico.

Año V. \*\*\*\*\*

MAYO 1907.

\*\*\*\*\* Núm. 54.

### LA CURA de DECLORURACION

Los trabajos sobre la eliminación clorurada son de fecha remota; no así los que hacen referencia á la cura de decloruración. Los trabajos de Widal, Achard y sus discípulos son de fecha más reciente, de tres años y medio para acá y son por lo tanto no del todo conocidos ni de práctica corriente. Por eso creemos que será de alguna utilidad la observación que publicamos y las cortas notas que tomamos casi íntegras del libro muy interesante de Widal y Javal titulado CURA DE DECLORURACION.

Ya desde el 1875, "Bunge" (1) se levantaba fuertemente contra nuestras costumbres de hipercloruria alimenticia. "Para una alimentación compuesta de cereales y de leguminasas, una adición de uno á dos gramos de sal por día es suficiente. Lejos de eso, consumimos hasta 20 y 30 gramos de sal por día y aún más."

¿Están nuestros riñones organizados para eliminar tan grandes cantidades de sal? ¿No se les impone, una tarea superior á sus fuerzas, no debemos temer sus consecuencias? Al nutrirnos de carne y de pan, no eliminamos en 24 horas más que 5 á 8 gramos de sales alcalinas, mientras que comiendo patatas con la adición de sal apropiada, se excretan más de 100 gramos de sales alcalinas por los riñones en el mismo espacio de tiempo. Este estado de cosas no oculta un peligro? El uso de bebidas alcohólicas que sin eso se puede alinear entre las causas del brightismo, arrastra con él el abuso de sal: lo que no debe admirarnos, pues un abuso trae siempre otro abuso con él."

Recientes trabajos sobre la eliminación clorurada han dado una sanción clínica y experimental á estas hipótesis. En ciertos brighticos Widal y Javal han constado un paralelismo notabilísimo entre la cantidad de albuminuria, de la hidratación orgánica y la cloruración alimenticia. En ciertos casos han podido á voluntad hacer aparecer la albúmina y los edemas por simple hipercloruración ó decloruración del régimen alimenticio. Y han concluido á una acción terapéutica de la cura de decloruración. Si el régimen lácteo determina tan abundante emisión urinaria y la rápida deshidratación de los tejidos, es por la débil cantidad de Na Cl que contiene. En efecto la ración de entretenimiento, tres litros y medio, correspondientes á las 2,400 calorías necesarias en tér-

(1) Bunge, "Química biológica." Edición francesa.

mino medio á un adulto, no contiene sinó 5 granos de cloruro poco más ó menos.

Cuando el régimen lácteo no es sopartable, por el disgusto ó asco que provoca en los enfermos, ó por intolerancia gastro-intestinal, se puede sustituirle con ventaja un régimen aún más declorurado compuesto de carne, pan, azúcar, patatas, arroz, pastelería, pastas alimenticias, con tal de que estos alimentos sean preparados sin sal.

Más aún, esta noción de la eliminación de los cloruros, ha conducido á instituir en los brighticos, LA PRUEBA DE LA CLORURIA EXPERIMENTAL, que consiste en hacer ingerir á un individuo sometido á un régimen alimenticio conocido y constante, cierta cantidad suplementaria de Na Cl (10 gramos al día) analizándose las orinas bajo el punto de vista especial del cloruro, antes, durante y después de la prueba.

Se pueden adoptar las conclusiones de H. Claude y D. Manté:

Si la reacción urinaria es normal, es decir, si el cloruro urinario experimenta una variación paralela al cloruro ingerido, la diuresis y las sustancias acloruradas permaneciendo sensiblemente fijas, el pronóstico es benigno: pueden los enfermos alimentarse sin peligro.

Si el cloruro urinario se mantiene fijo á pesar de la elevación de la cantidad de cloruros alimenticios, la diuresis y la cantidad de las sustancias acloruradas elevándose durante la prueba de la cloruria, el pronóstico es de los más sombríos y la muerte habitualmente rápida.

Si el cloruro se elimina normalmente pero existe durante la prueba un aumento de las sustancias acloruradas, debe el pronóstico ser reservado: pero habitualmente curan estos enfermos mediante un régimen lácteo intermitente.

“La acción de la sal retenida en el organismo sobre la aparición del edema en ciertos brighticos, é inversamente la acción deshidratante de la cura de decloruración, puede en ciertos individuos ponerse en evidencia con todo el rigor de un hecho experimental.”

“El enfermo debe ser sometido tan pronto al régimen lácteo, tan pronto á regímenes muy simples, pero variados y siempre dosados estrictamente.”

“También es necesario establecer el inventario de los cambios en cloruros y en agua. Para ello, hay que notar cada día la cantidad de orina y dosar sus cloruros: por otra parte hay que calcular paralelamente la cantidad de Na Cl tomada en naturaleza, durante los períodos en que el enfermo está sometido á la prueba de decloración.” (Widal y Javal).

Estos autores han impuesto estas condiciones de observación á un brightico de predominancia epitelial, al cual hicieron cambiar bruscamente nueve veces la cloruración de su régimen, sometiéndole durante cuatro períodos á una alimentación clorurada, y durante cinco períodos á la decloración.

La hidratación y la deshidratación de los tejidos marcharon paralelos á la cloruración y á la decloración. Cuatro veces con la decloración coincidió el aumento del peso por hidratación y aún llegaron dos veces á la aparición del edema. Cinco veces

provocaron la deshidratación por decloruración, y otras tantas veces hubo pérdida de peso. Este enfermo nunca pudo soportar alimentos sin que en seguida aparciesen los edemas, los que el régimen lácteo hacía desaparecer.

Pues bien, se añadió á la leche 10 gramos de Na Cl é inmediatamente estallaron los edemas y la albumina. Después con un régimen de 400 gramos de patatas, albúmina y edemas desaparecieron.

Esta acción de la cloruración y de la decloruración sobre el peso y los edemas del enfermo, puede observarse netamente en la observación que acompaño al final de estas breves notas. En efecto, ví á mi enfermo por primera vez en 5 de Mayo, le ví nuevamente el 7 y pesa 49½ kilo. Le someto al régimen aclorurado, el 13 y pesa 46 kilos, y los edemas desaparecen por completo. Se mantiene así hasta día 17 en que le someten á un régimen clorurado poco intenso (cinco gramos de sal). El día 20 sube el peso á 47 1½ kilos y aparece el edema de los párpados y ligero edema pretibial. Nuevo régimen de clorurado el 21 y el 24; baja el peso á 46 ½ kilos, en cuyo peso se mantiene hasta el día 2 de Abril. Nueva dosis de sal más pequeña (3 gramos): nueva subida de peso á 47 ½ hasta el día 6 que pesa 48. En vista de este resultado, mi enfermo se decide á abandonar totalmente la sal, y desde entonces vive sin edemas y sin ningún síntoma molesto, atendiendo á sus trabajos y resignado á comer SOSO como él dice; pero convencido de que á ese precio podrá vivir largo tiempo más.

Y no es solamente en los edemas bríghticos que esta notable influencia del régimen declorurado se nota. También se observa, si bien con éxito no tan frecuente, en los edemas cardiacos y en la ascitis. Una enferma ví en el mes de Enero último que sufría de una afección mitral complicada con nefritis, con edemas de la cara, de los miembros inferiores y gran cantidad de albúmina en la orina, que era muy escasa, unos 700 gramos.

La sometí al régimen declorurado, por no poder ella soportar la leche que la producía vómitos y diarreas. Era el primer caso que yo trataba por la cura de decloruración. Y con gran asombro de la enferma é íntima satisfacción mía, desapareció el anasarca á los 6 días, y disminuyó grandemente la albúmina de la orina, la cual aumentó á más de dos litros.

Hace poco en el mes de Abril, asistí á un mayordomo de una hacienda del pueblo de Patillas, que estaba afectado de una cirrosis biliar complicada con una nefritis parenquimatosa. Era un gran etílico. Presentaba un hígado enorme, el bazo hipertrofiado, ictericia, y ausencia de ascitis, y una gran cantidad de albúmina.

Someto al enfermo á un régimen aclorurado. Quince días bastaron para hacer desaparecer en absoluto el anasarca, después de que llegó á orinar cerca de cuatro litros diario, disminuyendo considerablemente la albúmina así como la ictericia, y reduciendo el bazo de volúmen, si bien no hubo modificación ninguna en la hipertrofia del hígado.

Otra aplicación importante del régimen declorurado es la que se refiere á la meditación bromurada. Sabidas son las fuertes cantidades de bromuro de potasio que hay á veces que administrar en la epilepsia: conocidos son los inconvenientes que á la larga trae

el uso prolongado del bromuro. Pues bien, haciendo uso del régimen aclorurado puede disminuirse la dosis del bromuro hasta la mitad de la dosis normal. Lo que sería de gran importancia, sobre todo para los locos epilépticos.

“El edema es el indicio de una hidratación ya avanzada del organismo, la que junta con la retención de los cloruros existe desde algún tiempo antes de la presencia del edema” (Widal).

El espacio que media entre el aumento creciente de la hidratación normal y la aparición del edema es lo que Widal y Javal nombran *preedema*.

En el enfermo de que hablan el peso oscilaba entre 56 y 66 kilos. En cuanto el peso pasaba de 62, aparecía el edema, al contrario, cuando descendía de un kilo aún por debajo de 62, desaparecía el edema. La tolerancia de la hidratación era pues de 6 kilos.

La gran importancia de estos hechos es que la balanza nos permite preveer la aparición del edema, si seguimos día por día el aumento del peso durante el *preedema*.

Tanto más importante en este hecho, cuanto que es difícil decir si un edema aumenta ó disminuye, pues un edema puede pasar de un sitio á otro sin que por ello pueda decirse que disminuye.

Los edemas grandes, aparentes, no son los más peligrosos. Más peligrosos los que no se ven, que solamente el peso deja adivinar. Los síntomas de estos ademias, que Widal y Javal hacen depender de los que ellos llaman CLORUREMIA, son los siguientes: Disnea profunda con albuminuria, vómitos y diarreas, toda una serie de síntomas nerviosos (cefalea, respiración Cheyne-Stokes, crisis elámpicas).

Todo esto explica la importancia que hay que dar al peso de los edematos. “Así la balanza se convierte en instrumento clínico indispensable para regularizar el régimen diético de los que sufren de edemas (Widal).

Las CONCLUSIONES que podemos sacar de este ligero é incompleto estudio son las siguientes :

1. ° La sal es para nosotros un condimento agradable, más bien que una necesidad y hacemos de ella un uso abusivo.
2. ° En las nefritis está contraindicada la sal, en aquellos casos tan numerosos en que la impermeabilidad renal se extiende á los cloruros y á los derivados azoados (Paisseau). Lo que debe hacernos muy parcos en el uso de la inyección de suero fisiológico ; Cuántas veces no ha habido que deplorar á causa de su uso accidentes mortales casi inexplicables antes y perfectamente explicables hoy ?
3. ° Hay ciertos bríghticos que no soportan el régimen lácteo absoluto, ya por repugnancia ó intolerancia gastro intestinal, ya por que la cantidad necesaria de entretenimiento (3 kilos <sup>12</sup>) apesar de la pequeña dosis Na Cl. que contiene (5 gramos) es demasiada para unos riñones casi cerrados en absoluto para los cloruros.
4. ° Otras aficciones se encuentran bien con el régimen declorurado (cirrosis, epilepsia, glaucorna, cardiopatías, etc).
5. ° En definitiva: debe preferirse sobre todo en los bríghticos, el régimen declorurado, que satisface á las exigencias de la

cloruración, y á las indicaciones formuladas por muchos autores, particularmente por Huchard, que hace tiempo ha señalado la dispnea toxio alimenticia por el régimen de la carne cuando el riñón elimina mal las toxinas.

J. L. 38 años de edad viene á mi consulta el 5 de Mayo.

Presenta edema de los párpados, de las piernas, y de los muslos: respiración frecuente, anhelosa, dispnea. Palpitaciones cardíacas, pulso frecuente, aritmico, edema pulmonar á la base de ambos pulmones, ligero ruido de galop: Ambliopia. Orina escasa, rojiza, depósito bastante abundante. Peso cuarenta y nueve kilos y medio.

8 de Marzo vuelve á la consulta y le someto al régimen declorurado (carne cruda, patatas, arroz, habichuelas, todo ello condimento sin sal). El enfermo se somete y acepta fácilmente su régimen.

*Exàmen de la orina.* CANTIDAD 1100<sup>cc</sup> Albúmina un gramo y medio. CLORUROS por 24 horas 14 gramos.

13 de Marzo. PESO 46 kilos. Desaparición de los edemas, de la dispnea, del ruido de galop: pulso fuerte, regular á 76 por minuto.

17 mismo estado, PESO 46 kilos *No hay albúmina*, 1200 gramos de orina en 24 horas. Igual alimentación.

19 mismo estado. PESO igual, sin albúmina y cloruro 25 gramos.

*Hago añadir á los alimentos 5 GRAMOS DE SAL.*

21 REAPARICION DE LOS EDEMAS, *aumento de peso*, 48 kilos, disminución de las orinas, 750 gramos en 24 horas. *Aparece nuevamente la albúmina*, un gramo por ml. Disminuyen los cloruros 13 gramos en 24 horas. Respiración anhelosa pulso débil 100 pulsaciones.

#### SOMETO NUEVAMENTE AL ENFERMO AL REGIMEN DECLORURADO.

24 PESO 46 y medio. 1000 gramos de orina. Disminuyen los edemas, albúmina 70 centígramos. Desaparición de los edemas.

*Del 27 al primero de Abril* el enfermo sigue perfectamente bien, sin edema, solamente trazas de albúmina en la orina, sin dispnea, sin malestar de ninguna clase, y puede caminar y dedicarse á su trabajo acostumbrado.

Abril 2. Ordeno añadir 3 gramos de sal á los alimentos.

Esta nueva dosis de Na Cl produce casi los mismos síntomas ya notados, que desaparecen nuevamente el 8 de Abril después de nueva decloruración.

DR. TOMÁS VÁZQUEZ.

# Interpretación de un análisis de Orina

Por el Dr. A. Suarez de Mendoza.

Aplicando estas fórmulas á la orina del hombre sano y en condiciones higiénicas de alimentación, Claude y Balthazar los han traducido por las siguientes cifras:

$$\Delta \times \frac{V}{P} \text{ oscila entre 3000 y 4000.}$$

$$\frac{3}{5} \times \frac{V}{P} \text{ oscila de 2000 á 2500.}$$

$$\frac{\Delta}{3} \text{ oscila en el mismo sentido que } \Delta \times V.$$

Así, cuando  $\Delta \times \frac{V}{P}$  es igual á 6000  $\frac{\Delta}{3}$  no debe exceder de 2.20

“	“	“	“	5500	“	“	“	2.10
“	“	“	“	5000	“	“	“	2
“	“	“	“	4500	“	“	“	1.19
“	“	“	“	4000	“	“	“	1.18
“	“	“	“	3500	“	“	“	1.17
“	“	“	“	3000	“	“	“	1.16
“	“	“	“	2500	“	“	“	1.15
“	“	“	“	2000	“	“	“	1.14
“	“	“	“	1500	“	“	“	1.13
“	“	“	“	1000	“	“	“	1.12
“	“	“	“	500	“	“	“	1.11

Apliquemos estas fórmulas á un caso práctico que facilitará su comprensión y nos dará una idea clara de su importancia. Supongamos que de los datos suministrados por el análisis de una orina, el laboratorio obtuvo las cifras siguientes:

Peso corporal.....	72 kilogr.
Cantidad de orina emitida en veinticuatro horas.....	1475 gramos.
Cloruro de sodio . . . . .	13 “
$\Delta$ . . . . .	1.10

Veamos como se traducirán en guarismos con estos datos las tres fórmulas que nos interesan.

$$\Delta \times \frac{V}{P}, \frac{3}{5} \times \frac{V}{P} \text{ y } \frac{\Delta}{3}$$

Multiplicando el punto de congelación por ciento, es decir, corriendo la coma dos lugares hacia la derecha, tendremos  $\Delta = 210$ , que multiplicado por V. ó sea 1475, dará por resultado 309,750, que tenemos que dividir por 72, cifra que representa el peso del individuo:

$$\frac{309.750}{72} = 4302,$$

de donde resulta que  $\Delta \times \frac{V}{P} = 4302$ , es decir, que esta orina contiene 4302 moléculas por kilogramo de individuo.

También se puede deducir de estos guarismos el número de moléculas de cloruro de sodio que primitivamente extrajo el glomérulo de la sangre, las

cuales en los canalículos se cambiaron en parte por moléculas elaboradas. ¿Cuántas moléculas de cloruro de sodio fueron así canjeadas en los tubos uriníferos?

De la fórmula  $s \times \frac{V}{P}$  vamos á deducirlo  $s$  es igual á  $\Delta$ , ( $p \times 60,5$ ) ó sea en nuestro ejemplo  $210 - (p \times 60,5)$ . Para encontrar el valor de  $p$ , puesto que el análisis no nos da el tanto por ciento de cloruro de sodio contenido en la orina, sinó su peso total, nos serviremos siempre de la fórmula

$$\frac{NacI \times 100}{V} \text{ ó sea } \frac{13 \times 100}{1475} = 0,881;$$

ahora diremos, pues, que  $s = 210 - (0,881 \times 60,5) = 157$ . Sustituyendo en la fórmula  $s$ ,  $V$  y  $P$  por sus valores respectivos tendremos

$$\frac{157 \times 1475}{72} = 3216$$

cifra que representa las moléculas elaboradas que por veinticuatro horas y kilogramo de peso contiene la orina; ó de otro modo, el número de moléculas de cloruro de sodio canjeadas en los tubos uriníferos por moléculas elaboradas.

Dividiendo la diuresis molecular total por la diuresis de moléculas elaboradas, tendremos

$$\frac{4302}{3216} = 1,33.$$

relación bastante inferior á la de 1,87 que, según el cuadro de Claude et Balthazar, debía corresponder á esta orina si el que la emitió gozaba de una salud perfecta.

El valor de las tres fórmulas que buscamos será, pues, en nuestro caso

$$\Delta \times \frac{V}{P} = 4302$$

$$s \times \frac{V}{P} = 3216$$

$$\frac{\Delta}{s} = 1,33,$$

La aplicación de estas fórmulas al estudio de las enfermedades del riñón y del corazón proporcionan resultados interesantes.

Según Claude y Balthazar, teniendo el líquido que filtra al nivel del glomérulo la misma tensión osmótica que la sangre, el número de moléculas que contiene debe aumentar con la rapidez de la filtración, siempre proporcional á la velocidad de la corriente sanguínea.

Así  $\Delta \times \frac{V}{P}$  disminuye en caso de éxtasis renal, y aumenta, por el contrario, cuando existe hipertensión arterial.

En los individuos sanos, ya lo hemos visto: el valor de  $\Delta \times \frac{V}{P}$  oscila entre 3.200 y 4.200; en los casos de éxtasis baja á 3.000, 2.000, 1.000, y aun ha llegado á veces hasta 300; en caso de hipertensión arterial sube hasta 6.000, excediendo aún á veces esta cifra

Así, pues, y ateniéndonos á las conclusiones de Claude y Balthazar,  $\Delta \times \frac{V}{P}$  informa perfectamente acerca del estado de la filtración al nivel del glomérulo, y, por consecuencia, acerca del estado de la circulación del riñón, independientemente de las alteraciones de los epitelios renales.

Más interesante aún que el valor de  $\Delta \times \frac{V}{P}$  es el de  $\frac{\Delta}{s}$ , ó sea la relación que existe entre la diuresis molecular total y la diuresis de moléculas

elaboradas. Las variaciones de  $\frac{\Delta}{S}$  deben guardar cierta relación con  $\Delta \times \frac{\Delta}{P}$ , como lo demuestra el cuadro de Claude y Balthazar. Este paralelismo se conserva mientras que los riñones están intactos, y en estas condiciones, siendo el aparato cardiovascular el que regula la secreción renal, el examen de las relaciones que estudiamos suministra datos bastante precisos respecto al estado de la circulación.

Así en las enfermedades del corazón, cuando la actividad circulatoria aumenta, el valor de  $\Delta \times \frac{V}{P} \times$  crece y puede llegar, á 4, 5 ó 6.000, y aun más algunas veces; en estas condiciones,  $\frac{\Delta}{S}$  aumentará también de una manera proporcional. Por el contrario, la disminución de la actividad de la circulación hará caer el valor de  $\Delta \times \frac{V}{P}$  hasta 1.500 ó 1.000, bajando  $\frac{\Delta}{S}$  hasta 1,10.

Apenas el riñón se inflama, este paralelismo desaparece.

Toda lesión del epitelio renal, dicen Claude y Balthazar, crea un obstáculo á los cambios moleculares, entre el líquido que circula en los canaliculos y la sangre. Toda nefritis con lesiones extensas y profundas se traducirá por una disminución de los cambios moleculares entre el cloruro de sodio y las moléculas elaboradas; por consiguiente, por una disminución del  $\frac{\Delta}{S}$  con relación á  $\Delta$ , y, por lo tanto, por un aumento de  $\frac{\Delta}{S}$  cualquiera que sea la rapidez de la orina en los canaliculos.

Supongamos un enfermo atacado de la nefritis llamada *á frigore*, con 38 ° de temperatura; su orina suministra las cifras siguientes :

$$\Delta \times \frac{V}{P} = 1,910 \quad \frac{\Delta}{S} = 1,77.$$



## INFORMACION EXTRANJERA.

El Dr. Carlos Baisch, profesor agregado á la clinica de enfermedades de las mujeres del profesor Dr. A. Deederlein de la Universidad de Tübinga en Alemania, publica en el número II, Marzo 18 de 1907, de la Gaceta Clínica de Berlín, un concienzudo artículo acerca de la "Hiperemesis gravidarum".

Incluye á esta enfermedad en el número de aquellas cuya solución patogénica se halla siempre envuelta en el misterio, apesar de las innumerables teorías con que se ha tratado de esclarecerla, presentando como causas determinantes: temperamente histérico neurótico, excitación peritoneal por crecimiento del útero, constipación, autointoxicación por productos pútridos emanados en el intestino de las heces detenidas, excesiva estrechez de la cavidad abdominal, agentes tóxicos desprendidos por asimilación fetal, hacedillos del corion deportados, bacterias, rasgaduras de Emmet, erosiones de los labios uterinos, retroflexion, todo esto y aún más, ha sido aportado para resolver el nunca resuelto problema de esta neurosis refleja.

El creciente óvulo dentro del útero, determina excitación de los centros digestivos, manifestándose en antojos e travagantes de comidas y bebidas, hambre voráz é hipersalivación. En el útero, en los centros de innervación y en el estómago se han encontrado las fuentes que hacen brotar la Hiperemesis, revistiendo ya una forma, ya otra. Así lo explican en el primer caso, los embarazos de guares y mola, la endometritis y retroflexion y consiguiente sobreproducción y alteración cualitativa de supuestas materias químicas en el útero; en el segundo, las neurasténicas é histéricas, y en el tercero la concurrencia de gastropatias presentes ó pasadas que predisponen al estómago á la irratibilidad.

El pronóstico de esta neurosis gástrica lo determina en cada caso la forma que reviste, según la clasificación apuntada; pero es lo cierto, que la histérica y neurasténica se inclinan al favorable.

Nada influye, de una manera más decisiva, en el tratamiento de esta enfermedad, que el reposo absoluto en cama, en posición supino-dorsal. Para obligar al enfermo á conservar esta posición conviene distraerla aplicando al epigastrio un termóforo y hielo al bajvientre.

El resultado no será eficiente, sino atiende rigurosamente á la segunda indicación de la abstinencia absoluta de alimento y bebida, durante lo menos 24 horas. Si á la enferma mortificara la sed, ésta se corrige fácilmente, por medio de transfusiones subcutáneas de suero artificial. Terminada esta abstinencia, se dá principio á la alimentación con cucharaditas de leche refriada en hielo, en las primeras horas á intervalos largos que más tarde pueden acortarse. Al siguiente, tercero día, puede permitírsele poca galleta, pasando lenta y cautelosamente al café ó té con leche, caldo y atoles mucilaginosos, siempre en cortas dosis y á conveniente distancia en los primeros días. La presencia del apetito y la ausencia de los vómitos son indicios del alejamiento del mal é inicio del restable-

cimiento. Todo salto brusco en el plan alimenticio puede ocasionar un retroceso sensible.

Donde este tratamiento rigurosamente seguido fracasa y la postración amenaza la vida, no debe tardarse con la expulsión ó extracción del fruto, procedimiento que pone término á la Hiperemesis. Las grávidas, cuyos vómitos deben referirse á úlceras redondas ó carcinomas gástricos, no corresponden á esta categoría. En las formas esenciales uterinas por sobreproducción de productos extraños, aún no estudiados, en el óvulo ó útero, aquel tratamiento se ha demostrado ménos eficaz, debiendo recurrirse al auxilio de los nervinos, bromo y morfina, recomendándose más que éstos la Escopolamina en inyecciones subcutáneas, una ó dos diarias y á dosis de 0,3 hasta 0,5 miligramos. Como coadyuvantes se recomiendan la diuresis y la limpieza repetida del recto.

A pesar de los admirables resultados de este tratamiento, casos se han observado, aunque rarísimos, en que ha fracasado, teniendo que apelarse al heróico, pero infalible, del aborto artificial. En los primeros días del tratamiento, la balanza nos indica con certeza si hemos de persistir en él ó si debemos recurrir al recurso extremo, sin perder un tiempo precioso y aún hábil para la operación. Pasada la enferma dos veces por semana y demostrado una pérdida progresiva, debe prescindirse de todo tratamiento inútil, imponiéndose con urgencia el aborto artificial para salvar la vida de la madre. Edema, albuminuria, convulsiones y alucinaciones marcan el límite del tiempo hábil que se ha perdido.

La operación de una grávida extenuada por el hambre, los esfuerzos de los vómitos y el insomnio de muchos días, requiere toda la delicada atención de un médico, que ha de concurrir con el caudal de su pericia y exquisito tacto, á salvar los escollos de una intervención difícilísima.

---

“Importancia del Protargol en la cicatrización”.—El Dr. Roberto Müller de Elberfeld, en Alemania, informa en la antedicha Gaceta Clínica de Berlín acerca de sus experiencias con la pomada de Protargol. La importancia de estas experiencias para el médico práctico, me inducen á dar un extracto de aquel trabajo, confiado en que será acogido con agrado.

El profesor Neisser dió á conocer por primera vez este agente curativo en 1897, extendiéndose pronto su aplicación hasta ocupar hoy un lugar prominente en nuestro arsenal terapéutico, á lo que no poco contribuyó Floret. Su empleo es generalmente externo y en forma de pomada. Hopmann ha reconocido en el Protargol propiedades antisépticas que evitan la producción de procesos congestivos en y alrededor de las lesiones; no irrita ni aún la más delicada piel; la pomada favorece extraordinariamente la granulación, no de la manera intensiva que el nitrato de plata; la favorece y mantiene en los bordes de las lesiones; obra también como secante; causa poco ó ningún dolor y evita la adherencia de los bordes con el vendaje; las cicatrices que se producen son excelentes; ninguna otra preparación conduce á la regeneración epitelial como esta. Extensas pérdidas epiteliales han sido regeneradas á beneficio del

Protargol, sin necesidad de transplatación, que en casos parecidos ha sido imprescindible.

El Protargol se distingue del nitrato de plata, en que la acción de este se extiende á otros tejidos, estimulando la granulación del tejido conectivo, en tanto que aquel se limita al epitelio. Si se ha de regenerar una profunda pérdida de sustancia, como en la osteomielitis, en que el hueso se ha tenido que excavar, entonces debemos recurrir al nitrato de plata; pero si el defecto es epitelial, el protargol lo restablece mejor, ejerciendo de específico, como ocurre en las quemaduras de segundo grado, limpiando antes las flictenas y cubriéndolo todo con la pomada. Tratándose de quemaduras muy extensas, Müller aplica primero una pomada anestésica de ortoforno, antes de emplear el protargol; pero de haberse formado costras, deben estas primero separarse usándose fomentos de Agua de Goulard.

El medicamento se ha demostrado también eficaz, en el desprendimiento de la piel por erosiones más ó menos extensas con heridas de colgajo cutáneas. En la "Úlcera cruris," enfermedad muy común en nuestros campos, sus resultados han sido variados, los más felices en aquellos casos que proceden de un trauma, menos en los de origen varicoso. Floret le atribuye una virtud específica en las diversas formas de Eczema, y de sumo interés es su informe en la curación de un caso de Escrofuloderma en una joven de 17 años; también Hopmann refiere "que en los llamados Eczemas escrofulosos de los niños, no hay remedio más eficaz que la pomada de Protargol."

Müller dá á conocer en su luminoso informe varios casos de muy extensas quemaduras de 2º y 3º grado con agua hirviendo, y uno en la frente y cara con ácido sulfúrico humeante, que han producido lesiones muy serias que habían resistido á los tratamientos ordinarios, curados en pocas semanas á beneficio de la pomada de protargol. Un niño de cinco y medio años había sido quemado con agua hirviendo, perdiendo toda la piel de la cara posterior de un muslo y pierna.

Al regenerarse la piel, la cicatriz que se forma es lisa, sin contracciones, engrosamientos ó formación de pliegues y bridas, como acontece con el empleo de todo otro tratamiento, por extensa que haya sido la quemadura.

De lo expresado se deduce, que el Protargol en forma de pomada está llamado á merecer especial atención de los médicos, no solamente en los casos mencionados, sino también en otros que tal vez compruebe efectos hasta ahora ignorados. Es indudable, que en los casos de que se ha tratado, este agente terapéutico ha ejercido una acción, que no se ha alcanzado con ningún otro tratamiento de tantos que se aconsejan y están generalmente en uso. Su eficacia está comprobada en casos que hubieran de otro modo dilatado un año en cicatrizar, recurriendo á extensas trasplataciones, sin las cuales nada se hubiese alcanzado, teniendo además en cuenta el carácter de la cicatriz consiguiente á un procedimiento ú otro. Al principio del tratamiento debe emplearse la pomada al 5 por 100, más tarde al 10 por 100. En su preparación debe ponerse el cuidado de disolver el polvo de protargol en poca agua fresca antes de agregarle el vehículo. Téngase presente que no tarda en

descomponerse, tomando un color oscuro por precipitación de pequeña cantidad de plata metálica. Se debe conservar en lugar oscuro y fresco y renovarse de vez en cuando. La fórmula es:

Rp. Protargol 3,0. Disuélvase en  
Agua destilada fresca 5,0. Agréguese  
Lanolina anhidra 12,0  
Vaselina amarilla 10,0.

En los primeros días de Semana Santa falleció en Wiesbaden, Alemania, el eminente cirujano, Profesor von Bergmann. El cadáver fué trasladado á Berlín, su residencia, donde la Facultad de Medicina y en especial la Asociación de Cirujanos alemana, le dedicó funerales que revistieron el esplendor extraordinario de una apoteosis, concurriendo á las exequias no solamente todos los médicos de Berlín y contornos, si que también un inmenso número atraído de toda Alemania y del extranjero, ávidos de consagrar al ilustre finado, que en vida ha representado una celebridad universal, el merecido homenaje de respeto y admiración. El Príncipe Imperial y miembros de la familia soberana tomaron parte en los actos postreros dedicados al ilustre maestro.

En la sesión del 4 de Abril del Congreso de Cirujanos alemanes celebrado en Berlín, el Dr. Gluck, presentó un caso felizmente operado, en el que había practicado la resección total del lóbulo inferior izquierdo del pulmón primero en su clase de tan gravísima intervención quirúrgica. En el discurso que pronunciara Cluck trató de la respiración retrógada, aconsejando que en los casos de tumores mediastinales inoperables, que cohiben la respiracion, esta se sustituya por medio de una fístula pulmonar artificial. Sentimos no poder dar á conocer á nuestros comprofesores los pormenores de aquella admirable operación, por carecer del discurso íntegro de Gluck.

### Nuevo parásito humano.

*M. Blancard*, da cuenta á la academia de medicina de Paris de este nuevo parásito, el *depylidium caninum*. Hasta hoy hay señaladas 60 observaciones. Este parásito puede ser confundido con una tenia jóven y produce fenómenos nerviosos en los individuos que lo llevan. Las pulgas de los perros y de los gatos son los agentes de trasmisión de este parásito que vive sobre estos insectos en estado de larva; los que esplican que niños de algunas semanas han podido cojerlo.

# BIOGRAFIA

DEL DR. FRANCISCO J. HERNANDEZ MARTINEZ

POR DR. FRANCISCO DEL VALLE AILES.

(Copia de la edición publicada en 1885.)

No se me ocultan las dificultades con que tropieza todo el que intenta narrar los hechos que particularizan la vida de una persona dada; pero estoy convencido de que se facilita considerablemente la obra, cuando se trata de historiar la vida de un hombre probo, de uno de esos pocos que al abandonar la tierra, á pesar de haber adquirido un envidiable renombre, gozan del privilegio de que se les llore, sin que las lágrimas que por su muerte viertan sus conciudadanos sean contrabalanceadas por demostraciones poco favorables á su memoria. Los que tienen la dicha de no dejar trás de sí resentimientos, ni que su recuerdo despierte el de funestas pasiones, ni que aflija otra amargura á los que les sobreviven que el dolor de haberlas perdido, ofrecen á sus biógrafos tarea fácil, agradable y sencilla. Por esta razón es que, ansioso de honrarme escribiendo la biografía del Dr. D. Francisco J. Hernández, he osado emprender la obra; pues estoy convencido de que el llanto que por su muerte ha vertido nuestra sociedad, está puro de todo otro sentimiento que no sea el de respeto y cariño á la memoria del ilustre finado.

El Dr. Hernández no ha dejado enemigos; es verdad que tampoco podía dejarlos, porque si bien antepuso en toda ocasión su rectitud á todo, hacíalo, sin embargo, empleando aquella benevolencia y espíritu justiciero que le eran peculiares, y que le captaban la estimación y simpatía de cuantos tenían la honra de tratarle. Hombre de un talento claro y de una ternura extrema, nos ofrece el más bello ejemplar de un contraste que la naturaleza reute pocas veces en una sola persona: Hernández, si por el cuerpo llegó á la ancianidad, su alma jamás salió de la niñez.

El 23 de Abril de 1816 nació Francisco Jorge Hernández, en el pueblo de Toa-baja, en una finca rústica propiedad de su familia. Era su padre un hacendado de origen canario; su madre, criolla, también de origen español, como lo indica su apellido, llamábase doña María Josefa Martínez. Los elementos que obran como determinantes del carácter que hemos podido apreciar en Hernández, los encontramos claramente significados en estas dos personas unidas por los lazos del matrimonio: ella, la madre, dama de severísimos principios y espíritu religioso á toda prueba; el padre honrado isleño de una energía proverbial; bien conocida del General Melendez, Gobernador contra quien, en su calidad de síndico del Ayuntamiento de Toa-baja, sostuvo ruidosos pleitos el indomable labrador, que solía destinar del producto de sus cosechas una parte no escasa, para sostener los litigios que con el jefe de la provincia mantenía.

Dijérase, que esos dos caracteres al darle la vida á Hernández legaran cada uno un contingente moral, que como sello indeléble llevó el hijo toda su vida, reuniendo en sí la religiosidad, rigidez de principios maternas; y la viril entereza paterna: que son los elementos que informaran constantemente la vida del esclarecido médico puertorriqueño.

Desgraciadamente su padre falleció á mediado del año 17, cuando apenas contaba Francisco Jorge un año, dejándole en la horfandad. La viuda, que mas tarde contrajo segundas nupcias, murió de avanzada edad en esta Ciudad, en la casa de su querido hijo, ya encanecido en la profesión, quien le profesaba una veneración y un cariño que la buena señora bien se había ganado; pues en las circunstancias desfavorables que le rodeaban á la muerte de su padre, si su buena madre no hubiese comprendido que sus deberes eran importantísimos respecto á la educación de su hijo, huérfano quizá hubiera vejetado por siempre en su pequeña aldea. Muy al contrario; en cuanto el niño estuvo en aptitud de ir al colegio el modesto maestro de escuela de Toa-baja tuvo un nuevo discípulo á quien enseñar á leer, á escribir y los rudimientos de una instrucción primaria

quizá deficiente, pero no por eso menos provechosa, que el niño hubo de completar con su afición al estudio y su propio esfuerzo, hasta la edad de trece años, que estuvo residiendo en el pueblo de su nacimiento.

Pero esta limitada instrucción no bastaba á satisfacer la afición al estudio del joven Hernandez: él necesitaba una educación más lata, sentía dentro de sí otras aspiraciones; y aunque pobre, no siendo á tal extremo que necesitase de su trabajo para vivir, y tranquilo respeto al bienestar de su madre, ya asegurada, resolvió trasladarse á la Capital en donde obtuvo una beca en virtud de la cual ingresó en el Seminario que el ilustrísimo Obispo de Puerto Rico, hijo del Perú, Dr. D. Pedro Gutierrez de Cós, había creado en nuestra Isla.

Muy pronto captose Hernández, por su aplicación, laboriosidad y buena conducta, las simpatías de sus catedráticos y en especial la del padre Fray Angel, de grata recordación, quien le distinguió con sus simpatías todo el tiempo que duraron sus estudios en aquel establecimiento, en donde muy luego siguió nuevo rumbo la noble aspiración del aprovechado estudiante, dedicándose al estudio de la Física y de la Química, que le entusiasmaron y despertaron su afición por los estudios médicos.

Como sucede frecuentemente á muchos buenos estudiantes, ocurrió á Francisco Jorje, que las tareas escolásticas eran superiores á sus fuerzas físicas; esto no obstante, su voluntad de hierro pudo más que la enfermedad, y sin tener en cuenta su delicada salud y contando solamente con la renta del exíguo caudal que su padre le legara, marchó á la isla de Cuba, en busca de aulas universitarias de la Habana para adquirir en ellas la enseñanza médica á que aspiraba.

Puede decirse que Hernández rompió la corriente que hacía la célebre Universidad de Santo Domingo llevaba á la juventud puertorriqueña: pues con la revolución dominicana perdió Puerto Rico aquel centro de enseñanza que por su proximidad era el llamado á darnos el pan intelectual. Desde entonces, la emigración hacia los centros universitarios, siguió rumbos varios, feliz movimiento que aunque solo data de principios del siglo, ha cambiado radicalmente la faz de esta Antilla. Bendigamos la memoria de aquellos primeros aventureros del saber, que no encontrando en su país bastante savia con que alimentar sus facultades cerebrales, ávidos de saber, rompieron con la quietud patriarcal de aquellos tiempos y con lazos de familia que le retenían al terruño para ir en busca de la semilla intelectual que luego trajeron á Puerto Rico para honra del país que les vió nacer.

Hernández parecía un predestinado de la Medicina. Desde niño demostró ser un observador paciente, y benévolo en su trato. Rebosando siempre amor hacia la práctica del bien, no parece sino que la constitución enfermiza que tenía en su niñez era un estímulo para que allá en sus meditaciones de enfermo, al sentirse tan joven esclavo de la enfermedad, fuese más grande el deseo de obtener conocimientos para combatirla. De seguro no fué extraña su constitución enfermiza á su decidido empeño en ser médico; decidido empeño que jamás se desmintió en la Universidad de la Habana, en donde estudió el tiempo reglamentario hasta obtener el título de Bachiller en Medicina que alcanzó allí con aplauso de sus profesores. En la Universidad, como antes en el Seminario, su infatigable ardor en el estudio le valió las simpatías del profesorado, y muy particularmente la del célebre cirujano Dr. Gutierrez, bajo cuya dirección especial estuvo.

Ya tenemos al bachiller en Medicina esperando alcanzar nuevos horizontes; no satisfecho, tal vez, de los escasos medios que una Universidad como la de la Habana ofrecía entonces, resolvió ir á Madrid á beber en la Universidad Central los conocimientos médicos que cursaba. Desde la Habana vuelve á Puerto Rico para partir á España, pero el amor le prende en sus redes, y contrae matrimonio con una hija de su tutor y pariente D. Ramón Salgado. A pesar de estos nuevos dulces lazos, que á otro hubiera retenido, emprende solo su viaje á la Corte, á donde ya habían ido otros puertorriqueños á estudiar. Adquirió Hernández el título de Licenciado con notas honrosísimas, y pretendió el Doctorado para lo cual solicitó la dispensa de los dos años de intersticio, cosa que le fué negada al principio; emprendido su viaje de retorno, y ya en Cadiz, reci-

bió noticia de haber alcanzado la dispensa solicitada, pero no quiso retroceder á Madrid, y anhelando volver al seno de su familia, siguió viaje y llegó á esta Isla á principios del año de 1846.

A poco tiempo, descendió una Real Cédula autorizando al Capitán General Gobernador de Puerto Rico, Sr. Conde de Mirasol, para investir Doctor á D. Francisco Jorge Hernández Martínez, como en efecto lo hizo, verificándose la ceremonia por voluntad del Gobernador en el palacio de Santa Catalina, en una sala decorada convenientemente al efecto, en vez de hacerse en la Catedral como correspondía á las costumbres universitarias de aquella época.

Al acto fué invitada, á parte de otras corporaciones, la Real Subdelegación de Medicina, y presidió el Sr. Conde de Mirasol de gran uniforme. Había un solio, á la derecha del cual ocupaban un escaño los miembros de la Real Subdelegación de Medicina y sobre una mesa una bandeja de plata con la espada, el anillo y las espuelas de caballero, pues en aquellos tiempos la investidura de Dr. traía consigo la de caballero para el candidato.

Vestido Hernández á la usanza de los caballeros y con los distintivos clásicos del Doctorado en Medicina, la muceta amarilla y el birrete con borlas del mismo color, un ayudante del Capitán General le calzó las espuelas, poniéndole luego el Gobernador el anillo y ciñéndole la espada, al propio tiempo que pronunciaba la fórmula que recordaba al candidato que, así como el militar con la espada debía herir y matar á sus enemigos, así también el médico con sus conocimientos debía procurar vencer á las enfermedades, enemigas de la humana especie: deber no menos importante á que estaba obligado por honor, en todas ocasiones, aún con riesgo de su vida.

Pronunció el recién-vestido su oración reglamentaria en latín, y cuentan testigos presenciales de aquella ceremonia, que al terminar el acto, el Sr. Conde de Mirasol, en un momento de espontánea franqueza, dijo á un miembro de la Real Subdelegación que tenía junto á sí: *¡“Hasta para hacer Doctores servimos los Capitanes Generales en América!”*. Una vez, por fin, realizadas sus aspiraciones legítimas, dentro de los estudios médicos, de obtener el mayor de los títulos que la facultad concedía; el nuevo médico desde esa época, año de 1846 hasta el año 1880, marca su paso por la práctica de la medicina con la aceptación que el público dió á sus esfuerzos siempre coronados por el éxito.

Y por mucho que para ello sea preciso romper con el orden que debemos seguir en la narración de los hechos que recientemente distinguieron la vida del Dr. Hernández: en gracia de lo que vamos á decir expresa gráficamente su nobleza y la severidad de sus principios, permítasenos decir aquí, que Hernández al retirarse el año 80 no lo hacía por que se creyese con derecho á descansar, ¡el que llevaba 34 años de rudo ejercicio profesional!, no, Hernández se retiraba porque decía *que no se hallaba fíficamente apto para cumplir sus deberes de médico*, honrosa frase que le caracteriza y que nos da la medida de esa austera moralidad que ya en Medicina, ya en la vida comun le hizo respetable.

Como médico, Hernández no descuidó el estudio; aquellos autores que en las aulas le guiaron, siguieron siendo sus favoritos cuando en las dudas que en la práctica de la profesión nos ofrece á cada paso, tenía necesidad de un guía y quería justificar, con la autoridad de sus maestros, sus propias opiniones.

Con ellos fué consecuente hasta sus últimos días; nosotros que hemos tenido la fortuna de tratarle de cerca, le veíamos no hace aún mucho tiempo, inspirando su propio tratamiento en la práctica de Hufeland, que con las obras de Sydenham, Graves, Trousseau y los grandes prácticos de su época, eran sus libros favoritos de consulta, sin que por ello desechara los autores modernos, cuyas ideas aceptaba ó combatía, según se lo informaban los razonamientos que su independiente criterio le sugerían.

Hernández era modesto, pero tenía la conciencia de su valer y tal seguridad y confianza en las armas que la ciencia le había enseñado á manejar, que casi siempre dirigió el tratamiento de las enfermedades que ocurría en su familia. La cirugía, no obstante, no le halagaba. Siendo

la nota dominante de su corazón una sensibilidad exquisita, no bastaba á neutralizar esa penosa impresión que le causaba el dolor ajeno, la seguridad del alivio que el cruento proceder había de reportar al enfermo; por eso es que el verdadero campo de batalla en donde Hernández ganó sus más brillantes victorias á la enfermedad fué en la clínica médica.

Su merecida reputación en este terreno la adquirió tanto por las curaciones que alcanzó en sus enfermos, cuanto por el modo de practicar. Nadie le superó en minucioso cuidado para interrogar á los enfermos; pocos médicos se esforzarán más que él en hacer una exploración tan detenida antes de formar su juicio; eso sí, una vez formulado el diagnóstico, la entereza de aquella voluntad se manifestaba en toda su potencia; el tratamiento se dictaba con toda benevolencia de que sabía Hernández hacer uso, pero si encontraba resistencias ó advertía descuido, entonces se imponía y se hacía respetar con sus regaños, que no pocas familias de Puerto Rico recuerdan con gratitud.

Bondadoso y liberal, jamás negó á los pobres su asistencia médica, siempre les sirvió sin interés. El Convento de Carmelitas de esta Ciudad fué asistido por él durante 27 años. Sirvió tambien gratuitamente el Asilo de San Ildefonso 8 años. La reputación de Hernández bien pronto le llevó á las esferas oficiales; por lo que desde su llegada á esta isla hasta sus últimos días fué el médico de los Gobernadores de Puerto Rico. Situación de la que se prevaleció en beneficio de su país, y jamás para medros propios.

Como médico siempre estuvo á la altura de su deber. La epidemia de cólera del año 1855 le sorprendió en el ejercicio de su profesión. De como se portó en esta Capital durante aquellos aflictivos días todavía hay muchos testigos; á pesar de poseer numerosa y rica clientela, los menesterosos le vieron llegar á sus pobres aposentos, y oportuno, asiduo y cariñoso ejercer su hermoso ministerio subviniendo á las necesidades de sus enfermos.

Pero no es solo San Juan la población de la Isla que desde este punto de vista le debe agradecimiento; también Arecibo, á donde hubo de trasladarse por mandato superior, debe á los buenos oficios del Dr. Hernández la mejoría rápida de su calamitosa situación durante el cólera.

He aquí una sucinta reseña del estado de las cosas en Arecibo durante aquella época de duelo.

El año de 1856 aparecía bajo un aspecto terrible para Arecibo; la última noche del año que espiraba hacía al año entrante un triste legado: el espantoso cólera morbo con su cohorte fatídica, despues de haber desolado desde Naguabo á la Capital no pocas poblaciones, había aparecido en la Villa del Norte y desde un principio con unos caracteres horribos; como para indicar así que eran días nefastos aquellos que debían comenzar, días que de ordinario empezaban con los regocijos del año nuevo. Esta vez el año nuevo no podía traer vida nueva terrenal; esta vez, como profeta del exterminio y de la ruina, anunciaba una hecatombe que no tardó en suceder. Día de aquella luctuosa serie hubo en que las víctimas de algunas horas en número de setenta ó más permanecieron insepultas por falta de enterradores. No había ánimo ya en los vivos para enterrar á tantos muertos. La consternación que se había apoderado del pueblo era reina absoluta de aquellos moradores, que se veían desaparecer bajo el peso de la mortífera epidemia, sin que los siete médicos que allí había, bastasen á las necesidades de los innumerables atacados; que hubo día pasaron de 200 en 12 horas.

De aquellos siete infatigables ministros de la ciencia, á quienes su deber obligaba á permanecer en la localidad, uno había muerto. El pánico aumentaba, toda esperanza parecía próxima á extinguirse; al temor había sucedido la indiferencia estúpida del que no piensa. Aquello no era la resignación del valiente que sucumbe sereno; ya ese período había pasado; allí no había más que una sociedad fatigada con crueldad inconcebible por la muerte, y abatida de tal modo, que la muerte ni era el ansiado descanso, ni la duda, ni la deseada tranquilidad del que sufre sin esperanza, ni la horripilante sima á donde todos con temor caminamos: la muerte, ya no era nada, era algo así como debe figurársela un idiota ante el patíbulo.....

El Dr. Hernández había librado en la Capital de Puerto Rico rudas batallas durante sus días tristes. El Gobierno representado por el General Lemery, testigo presencial de su comportamiento, tuvo una verdadera inspiración acordándose de este valiente soldado de la ciencia y destinándole á Arecibo, á la afligida villa, en los momentos en que el cuadro que acabo apenas de bosquejar, se manifestaba en toda su terrorífica realidad.

Sin titubear un instante el animoso médico emprendió su viaje á Arecibo; apenas llegó, reunido con sus colegas discutió el tratamiento por ellos seguido, propuso con la autoridad de la experiencia seguir el que en San Juan tan buenos resultados le había producido, y desde aquel día, como si Hernández fuese el ahuyentador de la plaga, el cólera comenzó á decrecer. ¿Cómo? He aquí á Hernández en el pleno ejercicio de sus facultades, en su apostolado, que consistió tanto ó más en llevar el consuelo con la frase, como con el medicamento; el láudano que curaba los sufrimientos físicos y su palabra que hacía renacer el vigor en el espíritu agobiado.

En una palabra, Hernández en Arecibo llenó una misión salvadora por todos extremos, tanto entre los enfermos como entre los pocos sanos: ya vertiendo la frase animadora por do quiera que el abatimiento cundía, ya repartiendo no pequeña parte de sus honorarios entre los pobres. La apología de Hernández en esta época de su vida la hicieron sus contemporáneos. No hubo un solo habitante de la Villa que no viniese á despejar al enviado de la Providencia cuando, vueltas las cosas á su estado normal, regresaba á San Juan, el favorecido sacerdote de la medicina. La manifestación más numerosa y espontánea, y quizás la única de que haya sido objeto en nuestros días un médico, fué la que en señal de aprecio hicieron los habitantes de Arecibo al ilustre médico de grata memoria.

Regresa Hernández á la Capital y en ella le aguardaban nuevos triunfos en la práctica y fuera de ella. El reputado médico así como durante el cólera había sabido luchar con serena calma y sin debilidades en bien de sus semejantes, así también fué siempre el fiel cumplidor de sus deberes durante la epidemia de viruelas, de fiebre amarilla y de otras calamidades de las que á Puerto Rico han afligido en este siglo.

(Continuará.)

# Porto Rico Anemia Commission.

OFFICE OF THE CHAIRMAN.

RIO PIEDRAS, P.-R.

MOVIMIENTO de enfermos habido en las Estaciones de la Comisión de Anemia de Puerto Rico durante el mes de Febrero de 1907.

ESTACIONES.	SERVICIO DE DISPENSARIO				SERVICIO DE HOSPITAL				
	Admitidos	En tratamiento.	Curados.	Fallecidos.	Admitidos.	Altas en curación.	Curados.	Fallecidos.	
Rio Piedras	4 semanas	230	625	29					
Mayaguez	4 "	325	1,211	41	4	1			
Lares	4 "	375	1,555	86	6	4			
Aibonito	4 "	149	791	81	4		4		
Añasco	4 "	446	2,245	14				2	
Bayamón	4 "	34	54	23	8			5	
Barros	4 "	105	543	54					
Barranquitas	4 "	43	85	3					
Coamo	4 "	70	231	21	3	4			
Corozal	4 "	216	902	47				1	
Comerío	4 "	79	410	30					
Caguas	4 "	12	46	1					
Guayama	4 "	30	112	1	1	1		1	
Juncos	4 "	213	739	38				4	
Manatí	4 "	528	2,317	54	1	2			
Morovis	4 "	253	612	22				1	
Las Marías	4 "	212	1,339	120					
Ponce	4 "	97	246	11	8	3	2	2	
Quebradillas	4 "	337	555	19					
San Germán	4 "	721	2,364	287	2		3	1	
San Sebastián	4 "	414	2,054	177				1	
Utua	4 "	363	1,024	254					
Vega Baja	4 "	95	691	77	2	2			
Yauco	4 "	212	589	33				1	
Isabela	4 "	218	602	63					
Humacao	4 "	331	1,366	3					
Arecibo	4 "	664	1,543	5	10		5		
Arroyo	4 "	87	146						
Cabo Rojo	2 "	322	54						
Cayey	1 "	19							
Vieques	0 "								
Aguada	0 "								
Total	.....	7,200	25,061	1,594	12	50	15	19	4

## CASAS VISITADAS POR LOS INSPECTORES DURANTE EL MES DE FEBRERO.

Rio Piedras .....	108
Mayagüez .....	40
Lares .....	200

## La cruzada contra la Unsinaríasís en Puerto Rico.

La labor que viene realizando la Comisión de Anemia de Puerto Rico es no solo importante desde el punto de vista de la curación y enseñanza profiláctica de nuestra población rural tal y como se practica en cada una de las 35 Estaciones que funcionan actualmente en la Isla, sino en sus gestiones cerca de los Poderes Públicos para lograr que se dicten medidas tendentes á popularizar los elementales principios de Higiene privada y pública allí donde, por lo que toca á la enfermedad que se persigue, más falta hace.

La carta que á continuación copiamos es, como verán nuestros lectores, una prueba de esas gestiones, y nos consta que el Hon. Gobernador de la Isla, vivamente interesado en el éxito de la cruzada contra la Anemia en Puerto Rico, presta á la Comisión su apoyo decidido y ha contestado á esta carta aprobando su texto y refiriéndola al Hon. Comisionado del Interior con especial recomendación.

-Rio piedras, 4 Mayo, 1907.

Honorable Regis H. Post.

Gobernador de Puerto Rico

San Juan, P. R.

Señor:—

Creendo interpretar fielmente la Ley que ha creado la Comisión de Anemia de Puerto Rico y de acuerdo con su sección segunda que dice "ser deber de esa Comisión el emplear todos los medios que estén en su poder para impedir, combatir y extinguir la enfermedad" me permito sugerir á V. H. la conveniencia de que por el Hon. Comisionado del Interior y al llevarse á cabo las obras de reparación ó construcción de las carreteras en la Isla y en toda obra similar que de dicho Departamento dependa, se dictarán ordenanzas ó reglamentos que asegurarán el uso de letrinas para los diferentes trabajadores.

Si, en efecto, en los contratos de subasta ó en las instrucciones generales que reciben los empleados del Departamento se estipulara y se incluyera la obligación de que cada cuadrilla ó brigada de peones tuviera una letrina portatil, y de que el capatáz ó encargado no permitiera, por ningun concepto, que en las cercanías donde se realiza el trabajo depositen sus excretas los concurrentes, se evitaria la contaminación del suelo en la extensa zona de las carreteras que se construyan, impidiéndose, por lo tanto, las infecciones y dándose, por este medio, una enseñanza de higiene privada y preventiva de la enfermedad que perseguimos al enorme número de bracosos que han de ser tomados al servicio del Pueblo de Puerto Rico.

Esta idea que me permito sugerir no es nueva, aun cuando tal vez en su aplicación á este caso particular sea original en este país. En Alemania, Bélgica; Francia y Austria, pero sobre todo en la primera y en su distrito minero de Westphalia, las medidas que se

tomaron para detener este terrible azote que amenazaba una población obrera de más de 250,000 personas fueron de tal modo enérgicas que prohibían el trabajo á todo obrero que no probara estar libre de la infección, así como eliminaban del trabajo á todo minero infectado hasta que probara estar curado, instituyéndose, además, como obligatorio el uso de letrinas portátiles en todas las minas.

Y como la observancia de esta medida que me permito proponer no apareja gasto de importancia para ningun contratista ni para el Departamento en los casos de las obras por administración, entiendo que es factible para unos y para otros.

La enseñanza que se deriva de una medida como ésta, el efecto moral que en las masas indoctas causa el que de una manera enérgica se hagan cumplir, allí donde la gestión directa del Gobierno alcanza, los elementales principios de la Higiene para la defensa de un país enfermo tiene, á mi juicio, tal importancia que no dudo ha de merecer su atención y la del Hon. Comisionado del Interior.

Respetuosamente,

P. GUTIERREZ IGARAVIDEZ

Presidente de la Comisión de Anemia.

---

## INFORMACION LOCAL.

---

El día 24 de Mayo último ha fallecido en el pueblo de Toa-baja el Dr. Antonio Goicuría, consecuentemente compañero que ha pertenecido á nuestra Asociación desde su fundación, habiendo merecido generales simpatías en aquel pueblo y los de Dorado y Morovis, en los que ha ejercido la profesión durante 30 años. El Presidente Dr. Stahl asistió al sepelio del cadáver, transmitiendo á la familia del finado compañero el testimonio de nuestra sentida condolencia en representación de la Asociación Médica.

\* \* \*

El día 31 del mismo mes de Mayo falleció en Aguadilla el Dr. Julián Benejan que había residido largos años en esa Ciudad ejerciendo la profesión y gozando siempre de la más alta estimación que se conquistara por los elevados principios que informaron su proceder de médico y de ciudadano. Enviamos á su apenada familia el homenaje de nuestra simpatía y sincera condolencia.

---

VENDEX EN SU ESTABLECIMIENTO

# LAS MEJORES AGUAS MINERALES

DE APLICACION TERAPÉUTICA,  
RECOMENDADAS POR LA CIENCIA MEDICA  
EN DIVERSAS AFECCIONES:

AGUA DE VITEL

*Muy eficaz en la  
Diabetes artri-  
tinas etc.*

ID. DE INSALUS

*La mejor agua  
carbónica de em-  
pleo en las dis-  
pepsias atónicas.*

ID. DE VICHY

*Grand Grille, Ce-  
lestinsy Hopital.*

ID. DE MONDARIZ

*Curan dispepsias.*

ID. DE CARABAÑA

*El mejor purgan-  
te salino cono-  
cido.*

# Jarabe Poliformiatado

Del Dr. CHAPELLE.

---

Heróico estimulante, asociado al Glicógeno y á las sales minerales fisiológicas, sus efectos son mucho más duraderos que los del **Acido Fórmico** solo. Aumenta rápidamente las fuerzas y el vigor, suprime la sensación de cansancio.

Indicaciones: NEURASTENIA, ANEMIA,  
GRIPPE, DIABETES, ALBUMINURIA.

Hace adquirir en breve la energía necesaria para la práctica del sport y todos los ejercicios penosos.

PARIS, 8, RUE VIVIENNE, Y EN TODAS LAS FARMACIAS.

---

# Morrhuel de Chapoteaut

---

El MORRHUOL contiene todos los principios activos del aceite de hígado de bacalo, salvo la parte grasa. Representa 25 veces su peso de aceite y se expende en pequeñas capsulas redondas que encierran 20 centigramos ó 5 gramos de aceite de bacalao moreno.

*Dosis diaria:* 2 á 3 cápsulas para los niños; 3 á 6 para los adultos, en las comidas.

---

# Morrhuel Creosotado

DE CHAPOTEAUT.

---

Estas cápsulas contienen, cada una, 15 centigramos de MORRHUOL, que corresponden á 4 gramos de aceite de bacalao, y 5 centigramos de Creosota de haya de la cual se han eliminado el creosol y los productos ácidos, substancias que se encuentran en las creosotas del comercio y ejercen acción cáustica en el estómago y os intestinos. Dan los mejores resultados en la TISIS y la TUBERCULOSIS PULMONAR en dosis de 4 á 6 cápsulas diarias al comenzar á comer.

Depósito en Paris, 8, Rue Vivienne, y en las principales Farmacias.

# BOLETIN

DE LA

## Asociación Médica de Pto.-Rico.

DIRECTOR:

DR. M. QUEVEDO BÁEZ.

REDACTORES:

Dr. Aguirre Stahl.

" J. N. Carbonell.

" Tomás Vázquez.

" Moret Muñoz.

" F. Guenaga.

Dr. Gonzalez Martínez.

" Ruiz Arnau.

" Guillermo Salazar.

" Velez Lopez.

Corresponsal en Washington, Dr. BAILEY K. ASHFORD.

Corresponsal en Madrid, Dr. A. Suarez de Mendoza.

Corresponsal en Santo Domingo, Dr. Ramón Báez.

### SUMARIO.

Discursos del Dr. Meneses pronunciado en la  
Asamblea de Aguadilla el 7 de Abril de 1907.

Interpretación de un Análisis de Orina.—Por el Dr.  
A. SUAREZ de Mendoza.

Investigaciones sobre Cifra y Suero Clítico.—Por Dr.  
JUAN APOSTÓL.

Biografía del Dr. Francisco J. Hernández Martínez.  
—Por el Dr. FREDERICO del Valle Allier.

YOUNG RIVER LUMBER COMPANY.

Información Local.

LA CORRESPONDENCIA Y ANUNCIOS AL DIRECTOR

Published Monthly at 29 Plaza Baldorioty San Juan, P. R.

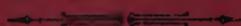
SAN JUAN, PUERTO RICO

Establecimiento Tipográfico del Establecimiento Mercantil.

ALLEN No. 24 y 25.

# APIOLINA

CHAPOTEAUT



## Diferente del Apiol.

LA APIOLINA ejerce su acción en el sistema circulatorio, determinando fenómenos de congestión vascular y de excitación, al par que en la contractibilidad de la fibra muscular lisa de la matriz.

Administrada 2 ó 3 días antes de la aparición de las reglas, en dosis de 2 ó 3 capsulas de á 20 centig. diarias, tomadas en las comidas, la APIOLINA provoca y regulariza el flujo menstrual.

Depósito en París: 8, Rue Ulviene y en todas las Farmacias.

## LABORATORIO QUIMICO-MICROLOGICO

DEL DR. GUILLERMO SALAZAR.

Calle Cristina 8. bajos, Ponce. Puerto Rico.

Habiendo trabajado como Interno en el Laboratorio de Química médica de la Facultad de Medicina de Barcelona y en el Laboratorio de Fisiología de La Sorbonne de París, accediendo á solicitudes particulares, he organizado un Laboratorio que puede servir de auxilio á los Sres. Médicos en múltiples ocasiones.

*Análisis químicos: (Análisis completo de Orina, Jugo gástrico, Leche, Deshidatos de H. Exámenes microscópicos de Espinas, Sangre de Alimentos, Neoplasias, Pús, Fiejos etc. etc.*

*Pruebas clínicas de Permeabilidad renal y hepática, Reacción diáscica de Erub, Toxicidad urinaria y Cito diagnóstico.*

Los análisis cualitativos abonarán \$1 como honorarios, y \$2 los cuantitativos por cada elemento que se investiga.

Los exámenes microscópicos bacteriológicos abonarán \$3, los histológicos á precios convencionales.

Así, puesto al alcance de todas las fortunas creo prestar un servicio á mis distinguidos colegas y á su respetable clientela.

PONCE, SEPTIEMBRE 1908.

Se facilitan instrucciones para recoger los productos á examinar.

# Jarabe Poliformiatado

Del Dr. CHAPELLE.

---

Heróico estimulante, asociado al Glicógeno y á las sales minerales fisiológicas, sus efectos son mucho más duraderos que los del **Acido Fórmico** solo. Aumenta rápidamente las fuerzas y el vigor, suprime la sensación de cansancio.

Indicaciones: NEURASTENIA, ANEMIA,  
GRIPPE, DIABETES, ALBUMINURIA.

Hace adquirir en breve la energía necesaria para la práctica del sport y todos los ejercicios penosos.

PARIS, 8, RUE VIVIENNE, Y EN TODAS LAS FARMACIAS.

---

## Morrhuel de Chapoteaut

---

El MORRHUOL contiene todos los principios activos del aceite de hígado de bacalo, salvo la parte grasa. Representa 25 veces su peso de aceite y se expende en pequeñas capsulas redondas que encierran 20 centigramos ó 5 gramos de aceite de bacalao moreno.

*Dosis diaria:* 2 á 3 cápsulas para los niños; 3 á 6 para los adultos, en las comidas.

---

## Morrhuel Creosotado

DE CHAPOTEAUT.

---

Estas cápsulas contienen, cada una, 15 centigramos de MORRHUOL, que corresponden á 4 gramos de aceite de bacalao, y 5 centigramos de Creosota de haya de la cual se han eliminado el creosol y los productos ácidos, substancias que se encuentran en las creosotas del comercio y ejercen acción cáustica en el estómago y so intestinos. Dan los mejores resultados en la TISIS y la TUBERCULOSIS PULMONAR en dosis de 4 á 6 cápsulas diarias al comenzar á comer.

Depósito en París, 8, Rue Vivienne, y en las principales Farmacias.

Cerecedo Hermanos y Compañía.

VENDEN EN SU ESTABLECIMIENTO

## LAS MEJORES AGUAS MINERALES

DE APLICACION TERAPÉUTICA,  
RECOMENDADAS POR LA CIENCIA MEDICA  
EN DIVERSAS AFECCIONES:

AGUA DE VITEL

*Muy eficaz en la  
Diabetes artri-  
tinas etc.*

ID. DE INSALUS

*La mejor agua  
carbónica de em-  
pleo en las dis-  
pepsias atónicas.*

ID. DE VICHY

*Grand Grille, Ce-  
lestinsy Hopital.*

ID. DE MONDARIZ

*Curan dispepsias.*

ID. DE CARABAÑA

*El mejor purgan-  
te salino cono-  
cido.*

# BOLETIN

DE LA

## Asociación Médica de Pto.-Rico.

Año V. \*\*\*\*\*

JUNIO 1907.

\*\*\*\*\* Núm. 55.

Discurso del Dr. Monagas pronunciado en la Asamblea de Aguadilla  
el 7 de Abril de 1907.

SR. PRESIDENTE.

Sres. de la Asamblea.

Voy á permitirme, con vuestra venía, el exponer algunas consideraciones acerca de la fiebre tifoidea, basadas en las experiencias del sabio Prof Kock, ya que por desgracia, y de algunos años á esta parte, se vé que por su frecuencia como que quisiera hacerse endémica en nuestro pais: casos aislados y más ó menos graves ó atenuados de esta enfermedad nunca faltan, y en algunas ocasiones, como ha sucedido ya en Mayaguez, Aguadilla, Arecibo, y últimamente en San Juan hasta ahora, la hemos podido apreciar con el carácter epidémico.

Bien merece el que nosotros, que somos los llamados á vulgarizar entre nuestros conciudadanos ciertos consejos y reglas higiénicas no desperdiciemos esta ocasión de hacerlo, con el objeto de quedan precaverse del contagio de tan séria enfermedad. Pido pues vuestra benevolencia para estos conceptos que desprovistos de toda pretención no tienen otro objeto que el que ya queda expuesto.

### BREVES CONSIDERACIONES ACERCA DE LA FIEBRE TIFOIDEA, Y MEDIOS DE DEFENSA CONTRA LA MISMA.

Nos parece, y para ello tenemos fundados motivos, que no carecerán de interes los conceptos que sobre la fiebre tifoidea, y los medios que á ella deben oponerse, vamos á exponer, ya que de ellos pueden derivarse ciertas prácticas y conocimientos de utilidad que den por resultado el evitar el contagio de la misma, terminando con la epidemia que en determinadas localidades pueden presentarte; eso, de una parte, y de otra, esclarecer muchos puntos que para el mayor número de personas (en su mayoría profanos en Ciencias Médicas) pasan desapercibidos, no dándoles la importan-

cia que en la propagación de la enfermedad tienen, por ignorar la trascendencia de ellos, convirtiéndose por esta razón en vectores inconscientes de la enfermedad.

Declarada ó nó una epidemia, el punto más importante que surge á la consideración de los encargados de velar por la salud del pueblo, es el estudio de los medios que hay que poner en práctica para evitar la propagación de ella: es lo que en Higiene se conoce con el nombre de "Profilaxis".

El Profesor alemán Dr. R. Kock es uno de los que más se han ocupado en el estudio y planteamiento de estos medios con perseverancia y éxito lisongeros. Antes, y aún hoy para muchos, todos los medios que se oponían para evitar el incremento de una epidemia de Fiebre tifoidea, quedaban reducidos á sanear en lo posible el agua, especialmente la que se destinaba á beber, olvidando poner en acción medidas importantísimas que habían de disminuir los casos en que por contagio directo podíase propagar la infección. Esta se halla siempre, respecto á su incremento, en razón directa con el modo de ejecutar aquellos, ya por las autoridades á quienes está confiada la salud del pueblo, ya por este mismo quebrantando las disposiciones que se dicten por aquellas en consonancia con la Ciencia y tendentes á evitar el contagio ó propagación de la enfermedad.

Descansados los higienistas en que no había otro medio de propagación para la fiebre tifoidea que el del agua, se olvidaron por completo las observaciones que acerca del contacto directo, suelo aire, & competían con aquella disputándose la primacía entre las causas más eficientes como vectoras del contagio: en consecuencia con esta manera de pensar el único medio de defensa que se oponía al desarrollo y progreso de esta enfermedad, quedaba reducido á purificar y sanear el agua destinada á bebida, y las demás prácticas que podían detener la marcha invasora de la epidemia yacían en el más completo olvido.

*Chomel*, y otros observadores negaban ó le atribuían muy poca importancia al contagio en la práctica hospitalaria y en las casas. *Rochard* notó que el número de atacados en aquellas condiciones era exíguo no atribuyendo aquel á esta causa. *Siemsen*, niega en absoluto el contagio: sus observaciones en una epidemia de esta enfermedad así se lo demostraron. Opiniones fundadas en rigurosas observaciones clínico-estadísticas daban al parecer, la razón á aquellos observadores, imperando de ahí cada vez más, la creencia de que el único medio de contagio para la fiebre tifoidea era el agua contaminada por las excretas de atacados de esta enfermedad.

En vista pues, de lo expuesto, en estas epidemias todo quedaba reducido á procurar, como hemos ya dejado consignado, á mejorar las condiciones del agua, y establecer buenos sistemas de cloacas para evitar de este modo la impurificación del agua que estaba destinada á abastecer las necesidades de las ciudades. En las casas particulares, así como en los hospitales y demás establecimientos, se abolió el aislamiento de los enfermos y únicamente se cumplía con los preceptos de la higiene, cuando aquellos sucumbían ó se curaban; entonces, todo quedaba reducido á la destruc-

ción ó desinfección de los útiles que en el curso de la enfermedad habían servido á los atacados.

El citado Profesor Dr. Kock ha combatido en todos los tonos esta equivocada creencia, y de modo claro y terminante expone: que no es aquella (la contaminación del agua) la sola causa de propagación de la fiebre tifoidea, afirmándose en que es necesario establecer un sistema riguroso de medidas higiénicas para alcanzar verdaderos éxitos contra la propagación de la enfermedad, sobre todo cuando esta se desarrolla en parajes alejados de los centros de población, en donde se carece de acueductos y alcantarillados.

Para confirmar sus observaciones, desciende al estudio de las condiciones biológicas en que se desarrolla el bacilo de Eberth (microbio de la fiebre tifoidea) y deduce que no siempre ni en todos los casos la propagación de la fiebre se debe exclusivamente al agua.

En efecto, aquel bacilo reside por muy corto tiempo en el agua y la contaminación prolongada de ella se debe única y exclusivamente á las invasiones nuevas, periódicas, y continuas de gérmenes de aquel carácter. Con esta manera de pensar el Dr. Kock destruye en absoluto las teorías modernas en que se basan los medios actuales para evitar la propagación de la enfermedad que nos ocupa. Antes, se partía de la creencia de que el bacilo ebertiano podía vivir por un tiempo dilatado no solo en el agua sino en el suelo. Hoy atundando en las opiniones del Dr. Kock, se sabe que la vida del bacilo es corta relativamente, según el medio que haya escogido para su desarrollo, observándose que en el agua vive más ó menos tiempo, según esta sea de pozo, esterilizada, ó de río. En esta clase de aguas sus cualidades virulentas no duran más de cuarenta días: no así cuando reside en el suelo donde aquellas perduran por mucho tiempo; y para algunos observadores sufre ciertas transformaciones que prorrogan sus condiciones morbígenas. Kock limita mucho las cualidades de vitalidad, tanto en el agua, como en el suelo, del bacilo, y solo reuniéndose algunas de estas que le sean muy favorables para su evolución, puede resistir un mes como término máximo de su vida, esto es, si el frío que es un factor importante para la prolongación de ella se cuenta entre aquellos: á más baja temperatura, mayor prolongación de las condiciones vitales del bacilo.

Por tanto, las diferentes epidemias de fiebre tifoidea, no solo obedecen al origen hídrico, (por más que esta aparezca ser la causa más evidente en ellas) sino que hay que recurrir para defenderse á otros medios, para evitar que el bacilo las escoja, continuando su obra de propagación destructora, invadiendo nuevos organismos, y haciendo interminable el fin de una epidemia de esta naturaleza. Al igual que en atacados de otras enfermedades, desde que se inicia, se dictan por los encargados de velar por la salud pública, ó por las personas que rodean al enfermo, medidas tendentes al aislamiento de los invadidos, y se destruye ó desinfecta todo lo que pudiera servir de medio transmisor de la enfermedad, de igual manera debe procederse cuando se trata de combatir una epidemia de fiebre tifoidea,

Nadie niega hoy que las deyecciones tíficas son por su riqueza en gérmenes, el medio rápido de propagación de la enfermedad:

por consiguiente, todos nuestros esfuerzos, desvelos, y cuidados, deben tender á hacerlas desaparecer, pero actuando sobre ellas de modo que se despojen en absoluto de su virulencia; desde el instante en que un enfermo termina de verificar sus excretas, débese, con sustancias químicas apropiadas, hacerlas inócuas por completo, restandole á la enfermedad con este medio, uno de sus más poderosos vectores. En este punto capital, que muchos desgraciadamente olvidan con frecuencia, funda el sabio profesor alemán su sistema de defensa contra la fiebre tifoidea. Partiendo este profesor como ya queda sentado, de la efímera vida del bacilo, mucho más corta en el agua que en el suelo, en contraposición con el tiempo que se prolongan las epidemias de fiebre tifoidea, en los lugares donde se han desarrollado, ya sean estas pequeñas ó grandes localidades, al hacer el estudio de las causas que han originado ó sostenido esas limitadas epidemias, ha constatado que aquellas, por su modo de aparición súbita, son debidas á la contaminación del agua por materias contumaces susceptibles de producir la infección tífica: por el contrario, no estima con el mismo origen los demás casos que en el curso de aquellas se van presentando, estos, á no dudarlo proceden de los primeros, puesto que cada nueva infección sirve para dar origen á otras, prolongando de modo indefinido aquellas, aunque haya desaparecido la causa que motivo las primeras invasiones.

En consonancia pues con estos conocimientos derivados de observaciones repetidas y esmeradamente realizadas ¿cuales son los medios que hay que poner en práctica para disminuir la prolongación de estas epidemias?

El más ejecutivo, al par que el de resultados positivos más ventajosos, es el de conocer en el tiempo más breve que el caso que se presenta recién invadido puede ser uno más de la epidemia que se trata de combatir, y esto que á primera vista parece sencillo, en la práctica resulta bastante difícil.

Dos medios puede el médico observador emplear para llegar á conocer que el invadido se halla afecto de la enfermedad epidémica reinante.

Uno es siguiendo el curso ó marcha de ella: otro recurriendo desde el primer momento al microscópio.

El primer método es demasiado lento no tan solamente porque el inicio y marcha de las enfermedades es engañoso, y poco franco, sino que en virtud de esta misma variabilidad en su manera de presentarse, imposibilita al médico para formular un diagnóstico precoz, toda vez que aquel raras veces puede observar estos enfermos nesde los primeros momentos de sentirse invadidos por la fiebre, y cuando es llamado con el objeto de instituir un tratamiento, la contaminación ha podido ya tener lugar, pues los medios de aislamiento del enfermo, y desinfección de las excretas no se han puesto en vigor; y aunque estas causas podían desaparecer sometiendo á todos los casos que se presentaren á los medios de aislamiento, y desinfección rigurosos, á veces se origina de casos que no son ni sospechosos, por cuyo motivo suben de punto las dificultades para evitar las causas ya conocidas de la prolongación de la enfermedad. No hay más que recordar las experiencias hechas por el Dr. Kock respecto al bacilo de Eberth, para com-

prender aquellas dificultades. Este profesor en distintas ocasiones ha podido constatar la presencia del bacilo en sujetos sospechosos ó no de estar atacados de fiebre tifoidea, y como es lógico, son estos los encargados de la diseminación del bacilo: se convierten pues en vectores inconscientes de él, y contra los cuales no es posible establecer medio alguno de defensa para la disminución, primero, y terminación después, de la epidemia.

A lo expuesto hay que añadir que estas mismas observaciones han corroborado hasta la sociedad la presencia del bacilo en intestinos de individuos que no se hallan atacados de fiebre tifoidea, hasta el punto de dar razón este hecho á los partidarios de los que aseguran la aparición espontánea de aquella infección, sin que para ello sea necesaria la presentación del primer caso que sirva de contaminación á los demás.

Tiempo hace que de las observaciones encaminadas á estudiar el bacilo tifoso se dedujo la factibilidad de que este podía habitar de modo latente en el organismo humano, esperando ciertas condiciones favorables á su desarrollo para indicar su presencia, y aunque esta manera de pensar fué combatida por otras observaciones que aseguraban que el bacilo siempre y en todas condiciones había de dar origen á la fiebre tifoidea, las experiencias de Kock vinieron á robustecer las prácticas en el primer sentido, y así se explica el desarrollo de una epidemia de esta fiebre debida no únicamente á la contaminación del agua, en el primer momento, sino á haber explotado el primer caso en un individuo cuyo período de incubación había terminado, y en cuyo organismo se hallaba habitando el bacilo de referencia, en espera de que aquel sufriera un desequilibrio en sus funciones para dar muestras de que había sabido tomar y rendir la plaza.

Estos hechos comprobados por observaciones minuciosas y repetidas, han cambiado en absoluto las creencias que con respecto á las cualidades morbígenas del bacilo se tenían estimándole accidentalmente residiendo en el intestino humano, aunque por ello sin perder sus propiedades máleficas; hoy, actualmente, según esos mismos estudios debidos al Dr. Kock, el bacilo es un huésped habitual del intestino, pero que solo en determinadas circunstancias ejerce su acción patógena.

Aquel observador, no en una sola epidemia, sino en varias, ha podido constatar de manera clara y terminante el contagio de persona á persona, hecho que unido á los anteriores ha venido á afirmarlo más en las observaciones que acerca del contagio de esta fiebre ha dado á conocer el aludido profesor.

Atendiendo al prolongado tiempo que dura esta epidemia hay que alejar como causa única de ella el origen hídrido (contaminación del agua) (otro hecho más que viene á demostrar la verdad de lo expuesto por Kock) pareciendo, si esto solo fuera el origen de aquella, que los casos que se presentan debían ser á la vez, y por brotes ó pequeños focos. Es incontrovertible así mismo, que la intensidad de estas epidemias depende en gran parte de la mayor ó menor aglomeración de personas, como causas directas de la duración de aquellas.

En los hospitales, casas de familia, y otros establecimientos donde se reúnen para los fines de la vida varias personas, se ha

observado que pasan algunas semanas después de declarado el primer caso para la presentación de los sucesivos; corroborando esto el que, aunque no se admitiera el contagio directo por todos los que se han dedicado al estudio de las particularidades de esta infección, no es posible que en absoluto estos hechos se nieguen obedeciendo á causas tan claras como razonables.

Los que no son partidarios del contagio directo, oponen como gran argumento el hecho de que los encargados de asistir ó cuidar estos enfermos no son en su mayoría atacados de la enfermedad; más este hecho que á primera vista parece irrefutable no debe dársele tanta importancia, como para aquellos tiene: se sabe que la primera edad del hombre es en que la infección tífica es más frecuente, aparte de que reviste en muchos de estos casos una benignidad tan exagerada, que muchos invadidos de verdaderas infecciones de fiebre tifoidea pasan por su atenuación desapercibidos, y no obstante aquel organismo que pasado algún tiempo puede por virtud de su profesión ú ocupación, hallarse en contacto directo con enfermos tíficos, por la inmunidad que le ha conferido el ataque anteriormente sufrido queda ileso, y no adquiere nuevo contagio.

Si en las epidemias se formaran las estadísticas bajo bases rigurosas de verdad diagnósticas, y en ellas se comprendieran en absoluto todos los casos, deduciríamos que los de mediana intensidad y benignos son en mayor número que los graves y mortales: que la edad de mayor mortalidad en estos aparece ser de los diez y nueve á veinte y dos años; y que los casos benignos demuestran ser en mayor número en la infancia; estas condiciones se cumplen particularmente en las regiones en que por circunstancias especiales la fiebre tifoidea reviste el carácter endémico, siendo además la edad adulta en la que se registran mayor número de casos graves: todas estas observaciones sirvieron de mucho al Dr. Kock para la rápida terminación de varias epidemias, ayudado por los datos que suministra el diagnóstico bacteriológico.

De modo que para obtener estos rápidos resultados, y en consonancia con sus desinteresadas observaciones, sometía al análisis más concienzudo las deyecciones de todos los atacados fueran ó nó características de la infección, y si en aquella demostraba su presencia el bacilo, en el acto se ponían en vigor los medios de aislamiento, y desinfección, evitándose con esto que la epidemia siguiera su marcha invasora, y concluyendo con su duración en un término relativamente breve.

Acelerando por medios especiales de cultivo el desarrollo del bacilo, la infección era diagnosticada en plazo rápido, y este conocimiento de valer inapreciable se esgrimia como arma poderosa para evitar la deseminación de la epidemia.

Este procedimiento que de generalizarse ahorraría á la humanidad muchos días de luto, tiene el inconveniente de que no puede llevarse á la práctica más que cuando la epidemia que se trata de combatir es de mediana intensidad. No obstante, si al empezar aquella se improvisaran ó estuvieran ya funcionando uno ó varios laboratorios con los útiles más precisos para esclarecer el caso concreto que se tratara de precisar, es evidente que por este medio se

alcanzaría dominar la epidemia, pudiendo quedar esta reducida á los primeros invadidos.

En síntesis, pues, de lo que hasta aquí llevamos dicho, hemos de hacer resaltar toda la importancia que tienen las observaciones del Dr. Kock; ellas son de trascendencia culminante como medios de defensa y profilaxis para evitar el que las epidemias debidas al bacilo eberthiano se prolonguen allí donde se desarrollen, por un tiempo indeterminado.

Véase por los encargados de velar por la salud del pueblo, lo urgente que se hace el dotar á la Isla de varios laboratorios bacteriológicos, de donde racional y científicamente puedan dictarse las verdaderas y eficaces medidas que han de destruir en su marcha invasora y destructora los progresos de esta enfermedad, que se hace más temible y difícil de combatir por la dificultad al principio de ella, de poder establecer un diagnóstico rápido é indubitable.

Creación pues de laboratorios de una parte, aislamiento conveniente de todos los casos, y desinfección de las excretas de los atacados, de otra, y armados con estos poderosos medios de defensa es imposible que no se combata eficazmente una epidemia que si al principio fué originada por la contaminación del agua, subsista por tiempo más ó menos prolongado habiendo desaparecido, como sucede casi siempre, la causa inicial de ella, habida razón de la dificultad que existe entre nosotros de no poder hospitalizar todos los casos cuyas deyecciones denunciaran la presencia del bacilo, que entre los medios de defensa daría resultados bien manifiestos.

Nuestra fórmula, en vista pues de lo identificados que nos hallamos con las observaciones del Profesor Kock, se reduciría á la expresión siguiente: laboratorio para el diagnóstico; confirmado este, hospitalización forzada del atacado. Entiendase que esta no podría ser aplicada, sobre todo en su segunda parte, sino al principio de la epidemia.

Dos palabras para terminar: al trazar estas líneas nos han guiado dos móviles. Primero, vulgarizar entre nuestro pueblo las observaciones del eminente Profesor alemán Dr. Kock, para que aquel se ilustre, y se defienda acerca de la fiebre tifoidea. Segundo: esperar que el Gobierno abundando en nuestras ideas recomiende á la legislatura la creación de los laboratorios necesarios en la Isla, para que á manera de plazas artilladas vengan á defendernos de las invasiones enemigas, que no por ser aquellas formadas por seres infinitamente pequeños dejan por eso de atenuar su malignidad.

Aguadilla, Abril 7 de 1907.

· MONAGAS, M. D.

# Interpretación de un análisis de Orina

Por el Dr. A. Suarez de Mendoza.

Según el cuadro de Claude y Balthazar, de relaciones entre  $\Delta \times \frac{V}{P}$  y  $\frac{\Delta}{S}$  en el hombre sano, al valor de 1910 que en este caso particular tiene  $\Delta \times \frac{V}{P}$ , correspondería un valor de  $\frac{\Delta}{S} = 1,40$  si el riñón funcionase normalmente.

El de 1,77 que arroja esta orina, indica la dificultad con que se efectúan los cambios moleculares á través del epitelio alterado de los canaliculos.

Lo que afirman los autores del método que estamos estudiando es que, cualquiera que sea el tipo de la nefritis, el aumento de  $\frac{\Delta}{S}$  en relación á  $\Delta \times \frac{V}{P}$ , es característico de la insuficiencia de la función renal. Esta modificación es continúa y permanente en las formas graves, y, sobre todo, en la uremia confirmada. En otros casos es intermitente y pasajera.

En muchos cardiacos  $\Delta \times \frac{V}{P}$  es inferior á la normal, pero mientras el riñón está sano  $\frac{\Delta}{S}$  disminuye también proporcionalmente. Por el contrario cuando el riñón esta alterado, el valor de  $\frac{\Delta}{S}$  es siempre muy elevado con relación al de  $\Delta \times \frac{V}{P}$ .

El descenso notable de  $\Delta \times \frac{V}{P}$  por debajo de la normal indica siempre una insuficiencia de la depuración sanguínea, como se observa en los nefríticos. Así, mientras que en el individuo sano  $\Delta \times \frac{V}{P}$  oscila entre 2.200 á 2.600, en el período urémico de la nefritis suele bajar á 1.500, 1.000 y hasta 300. En cuanto este descenso es inferior á 500, el pronóstico es gravísimo; el desenlace fatal, cercano.

¿Qué crédito debe merecernos á nosotros, urodólogos, la crioscopia? ¿Qué valor debereis atribuir en Cirujía urinaria á estas fórmulas, tan sujetas á error como la determinación del punto  $\Delta$  en que se funda?

Albarrán es, según creo, el único cirujano que ha aplicado sistemáticamente la crioscopia al estudio de las enfermedades quirúrgicas del riñón, con el fin de comprobar su valor clínico, sirviéndose de estas fórmulas en 21 enfermos atacados de afecciones renales de orden quirúrgico. Los resultados han sido comprobados por todos los demás métodos: análisis químico, azul de metileno, floridzina y crioscopia de la sangre. En muchos casos la intervención quirúrgica ha completado la observación.

En 67 por 100 de estos casos, los resultados del exámen crioscópico correspondían al estado de los riñones; en los restantes, ó sea 33 por 100, pudieran haber inducido á error.

Albarrán, después de hacer un detenido análisis de cada uno de estos casos en su *Exploración de las funciones renales*, llega á la conclusión siguiente:

“Los resultados poco satisfactorios que da en los enfermos llamados *urinarios* el método de Claude y Balthazar, pueden explicarse por las causas de error ya señaladas en nuestro estudio general.

“Es necesario contar en estos enfermos con dos factores que alteran á

menudo los cálculos: la poliuria y la eliminación de los cloruros. En los *urinarios* la poliuria frecuente da á V un valor exagerado; por otra parte, sabemos que en los *urinarios*, riñones manifiestamente enfermos eliminan los cloruros á veces bien, á veces en cantidad insuficiente.

“Aunque creemos que no se puede conceder gran confianza á todas las fórmulas de Claude y Balthazar, nos parece, sin embargo, que dos de ellas pueden dar indicaciones de cierto valor. La fórmula de la diuresis molecular total  $\Delta \times \frac{V}{P}$  y la de la diuresis de molécula elaboradas  $\frac{V}{P}$  indican bastante bien el valor de los cambios orgánicos.

“Hemos insistido en que cifras inferiores á las del estado normal pueden aún ser consideradas como satisfactorias.”

Os encontraréis, supongo, en condiciones de apreciar en su justo valor la crioscopia urinaria, y de aplicar las fórmulas de Claude y Balthazar, asignándoles en clínica el puesto que justamente les corresponde; esclarecido este punto, nos ocuparemos de la significación no menos interesante del análisis químico.

Aquí tenéis este cuadro que, según Mercier, indica las proporciones de los diversos componentes de la orina normal:

	Por litro. Gramos.	Por veinticuatro horas. Gramos.
Acidez { expresada en ácido fosfórico...	1,96	2,45
{ “ “ “ sulfúrico...	1,35	1,69
Agua .....	982	1483
Extracto seco .....	34 á 46	40 á 60
Materias orgánicas .....	22 á 28	25 á 37,50
Materias minerales .....	12 á 18	15 á 22,50
Urea .....	18 á 26	22 á 33
Acido úrico .....	0,30 á 0,50	0,50 á 0,70
Fosfasos [ácido fosfórico] .....	1,50 á 2,50	2,50 á 4
Cloruros [de sodio] .....	8 á 12	10 á 15
Sulfatos [ácido sulfúrico] .....	2 á 3	2,50 á 3,75
Magnesia .....	0,30 á 0,40	0,50 á 0,60
Cal .....	0,27 á 0,34	0,35 á 0,45
Acido oxálico .....	0,01 á 0,02	0,013 á 0,026
Azoe total .....	9,77 á 13,95	11,90 á 17,90
Azoe de la urea .....	8,40 á 12	10,26 á 15,40

Estas cifras, que os servirán de término de comparación al interpretar su análisis, tienen el gravísimo inconveniente de no representar cantidades fijas pues todas ellas varían bajo la influencia de la alimentación, de la edad, del sexo, del clima, del género de vida, de la estación, etc., etc.; son términos medios, y ya sabéis lo que esto significa. El término medio de la vida es de treinta y siete años. ¡Cuántos no llegan ni á la décima parte! ¡Cuántos no sólo lo duplican, sino que van mucho más allá, y aún excepcionalmente lo triplican!

He aquí la primera y quizás la mayor de las dificultades para la interpretación del análisis químico de la orina: la falta de una fórmula urinaria que corresponda á la nutrición normal, un tipo que pueda servir de punto de partida y de término de comparación. Este tipo no existe, no existirá jamás, puesto que, como lo ha dicho con gran acierto y felicidad de expresión el Profesor Bouchard, *el hombre no es una unidad comparable siempre á sí misma.*

Por lo tanto, no es el valor absoluto de los números, en nuestro caso, una gran base de juicio, puesto que carecemos de unidad invariable de referencia; así, pues, deberemos buscar otro medio que nos permita apreciar mejor las cifras del laboratorio: las relaciones urológicas responden á esta necesidad.

Un ejemplo expresará claramente esta idea.

Suponer un ingeniero tan inteligente como queráis, y enviarlo á dictaminar sobre la marcha de una fábrica, que supondremos sea una fundición de plomo argentífero.

Si para que forme juicio se le hacen examinar solamente las escorias, sin proporcionarle más datos, ¿podrá este ingeniero formarse una idea, ni aun aproximada, respecto á la manera de funcionar de dicha fábrica?

Si en vez de esto, al enterarle de la cantidad de escorias producidas en un tiempo determinado, le acompañais el peso de mineral fundido en ese mismo tiempo y sus proporciones en plomo y plata, no hay duda que comparando las cantidades de escoria, de plomo y de plata, relacionándolas entre sí, podrá determinar de un modo preciso si el mineral que entra en la fábrica está ó no bien aprovechado.

Las cifras escuetas del rendimiento de la fundición no pueden decir nada; la proporción que guarden entre sí los diversos componentes del mineral será, por el contrario, un dato exacto de apreciación.

Hasta tal punto, que si en vez de una fábrica supusiésemos dos, de las cuales una consumiese 1,000 unidades de mineral, 1,000 toneladas ó 1,000 quintales, y la otra solamente 100 de la misma materia prima, podría decirse, sin temor á equivocación, que ambas marcharían iguales, si entre todos los productos de una y otra hubiese la relación de uno á diez, pues con seguridad los rendimientos de cada una, aunque representados por cifras absolutas completamente diferentes, guardarían entre sí la misma relación.

¿Existe en nuestra economía un elemento cuya composición conozcamos tan bien como conoce el ingeniero la de su plomo argentífero, cuyo rendimiento, al descomponerse en proporciones conocidas, al desasimilarse, pueda servirnos para juzgar el estado de la nutrición, la marcha de la complicadísima fábrica humana?

Ciertamente: la molécula de albúmina.

En efecto, desde el punto de vista químico los alimentos se dividen en tres grandes grupos: albuminoideos, grasas é hidratos de carbono.

De los dos últimos grupos no tenemos para qué ocuparnos, puesto que, destruidos completamente por las combustiones orgánicas á las que sirven de constante sostén, sólo dejan como residuo agua y ácido carbónico que se eliminan por el pulmón.

En la orina sólo encontraremos los resíduos de la desasimilación de la albúmina, que además de suministrar al ser destruída agua y ácido carbónico, como las grasas y los hidratos de carbono, origina los productos nitrogenados de desasimilación, como la urea, forma final de su hidratación, el ácido úrico y demás cuerpos xánticos, guanina, sarcina, xantina y adenina, más el indican y el escatol resultados de la putrefacción intestinal de las sustancias albuminoideas.

También suministran estas sustancias al ser destruídas ácido sulfúrico y fosfórico, que debido á la albúmina alimenticia ó resíduos de la desintegración de las nucleínas, núcleo albúminas y lecitinas, aparecen en la orina bajo forma de sulfatos y fosfatos.

## Investigaciones sobre Tifo y Suero Tífico.

POR DR. JUAN ARONSON.

Sabido es que las investigaciones hechas por multitud de autores para tratar el Tifo en el hombre por medio de un suero específico hasta el presente han fracasado. Además había de esperarse por razones teóricas que el suero puramente bactericida, generalmente empleado, no había de demostrarse eficaz en terapéutica. Por esto, y desde muchos años, he dedicado mis esfuerzos á la preparación de un suero tífico antitóxico. Iguales esfuerzos se consiguan en especial de investigadores franceses (Chantemesse), sin haber llegado á resultados concluyentes.

Durante largo tiempo ha sido mi empeño, como labor prévia para obtener tal suero, la preparación de una toxina tífica en gran masa. Sabía por numerosas experiencias en otras diversas especies de bacterias, que una toxina preparada de bacilos para la inmunización y tratamiento prévio de los animales no era apropiada. Los animales soportan muy mal las inyecciones, especialmente las intravenosas, de extractos bacilares, sean las especies de bacterias que fueran. Particularmente por inyecciones repetidas surjen manifestaciones de hipersensibilidad, sucumbiendo los animales á dosis que al principio soportaban sin cuidado. Pero esta observación nada tiene que ver con la aplicación de la verdadera toxina, sino que depende exclusivamente de los cuerpos albuminoideos extraños contenidos en la inyección, y que siempre acompañan á la legítima toxina en esos extractos bacilares. También otras especies de sustancias extrañas, por ejemplo, extracto muscular, después de repetidas inyecciones intravenosas, conducen á iguales manifestaciones graves que de ordinario terminan en rápida muerte. Tales observaciones con frecuencia han movido á los experimentadores á la falsa conclusión de que es imposible una inmunización contra la legítima toxina tífica, criterio representado en numerosos trabajos, en primer lugar Alfredo Wolff, que ha pretendido formular una diferencia de principio entre estas llamadas endotoxinas y la toxina genuina. Este autor toma como representante típico de la especie bacterial, continente ó producente de tal endotoxina, al bacilo tífico; pero como he de demostrar más adelante, esta opinión es del todo errónea.

Los bacilos del tifo, al igual á los de la difteria y del tétano, producen en condiciones culturales apropiadas una toxina genuina y soluble, como producto de asimilacion. Desde que al principio reconocí la imposibilidad de inmunizar animales mayores con extractos bacilares, mi solicitud había de dirigirse á preparar la toxina del filtrado de las bacterias cultivadas en cultivos líquidos. Es sabido de muy atrás, que una toxina soluble se forma en cultivos ordinarios de caldo del bacilo del tifo en cantidad muy escasa y al cabo de mucho tiempo. De aquí nació al parecer la idea, de que la toxina obtenida de esta manera fuese una endotoxina pasada al caldo por maceración de los bacilos, al cabo de tiempo extinguidos; pero esta producción deficiente y lenta de toxina debe atribuirse á

las condiciones inadecuadas en que han permanecido los bacilos del tifo por el método ordinario del cultivo en caldo. Si, por ejemplo, se cultivase el bacilo de la difteria de igual manera en caldo, comprobaríamos también una producción corta y lenta de toxina. Se ha obtenido una rápida y abundante producción de toxina de estas bacterias después de haber seguido el por mí hace 13 años indicado método del cultivo superficial. Así procuré desde el principio conseguir parecida proliferación del bacilo del tifo en caldo. Hace algunos años que, después de muchos esfuerzos, pude lograrlo. En un número de 12 azas tuve éxito feliz, obteniendo en la superficie de un caldo apropiado una vejetación riquísima, de manera que ya después de 2 ó 3 días se formó una capa más ó menos compacta de la que sucesivamente descendían bacterias al fondo, mayormente al mover la retorta. Dos años atrás ya demostré en mi laboratorio á varios experimentadores este cultivo superficial del bacilo del tifo en caldo, entre otros en Septiembre 1907 al profesor E. Levy, de Estrasburgo, Director del Instituto bacteriológico para la extinción del tifo en la baja Alsacia.

A este excelente conocedor del bacilo del tifo pareció este cultivo en caldo de tal manera notable, que dudó se tratase del bacilo del tifo. Los reconocimientos cuidadosamente practicados en Estrasburgo por todos los métodos de un cultivo de agar procedente de esta capa superficial le persuadieron de que eran legítimos cultivos del bacilo del tifo.

En estos cultivos de caldo la producción de toxina se verifica con extraordinaria rapidez y de la manera más abundante. Desarrollada bien la capa superficial, la producción de toxina ha alcanzado un máximo después de permanecer cuatro días en la incubadora; ya á los 3 días se comprueba bajo estas condiciones una generación considerable de toxina. Cuando las capas formadas son escasas, conviene mejor dejar el cultivo 8 ó 10 días en la incubadora. La toxina obtenida por filtración estéril de aquel cultivo tiene las siguientes cualidades: mata en dosis de 2-5 ccm. por inyección intravenosa á conejos de 1000-1300 gr. regularmente en 2-6 horas. Ya una hora después los animales bambolean, guardaban posición lateral, las deyecciones eran de diarrea, la temperatura empezaba á descender, á veces hasta 34 °, y moría el animal tras manifestaciones de parálisis. La toxina obra en el conejo con mucho menos intensidad por inyección subcutánea; aun después de inyecciones cuatro veces mayores á las intravenosas, de dosis mortales, la muerte ocurre días ó semanas después. Menos constante que la inyección intravenosa en el conejo, obra la intraabdominal en el conejillo; pero en la mayor parte de los casos también mueren estos animales con inyecciones de cantidad mortal en el conejo y con parecidas manifestaciones de hipotermia y parálisis general en 6-12 horas. En animales mayores la acción de la toxina de tifo es mucho mayor con relación al peso del cuerpo. La aplicación de la dosis simple mortal para el conejo (2-5 ccm.) destruye una cabra ó un caballo en 12-24 horas exhibiendo el mismo cuadro sintomatológico.

Supuesto que la toxina tífica conduce á la muerte de manera extraordinariamente rápida (en el conejo á veces ya después de 1-2 horas), y despliega una acción parecida á un alcaloide, al contrario de la toxina diftérica y tetánica, las que, empleadas en dosis mil

veces mayor, obran mortalmente en 20-24 horas, no era de excluir la posibilidad de que, en estas últimas toxinas, al contrario, se tratara de un cuerpo fácilmente difusible, muy diferente de las materias albuminoideas; pero está demostrado que la toxina tífica no pasa membranas animales y que de consiguiente es una sustancia altamente molecular.

La toxina del tifo es poco sensible al calor; calentado á 80° por una hora, queda casi del todo intacto; aun conserva su acción en parte después de expuesto por una hora á una corriente de vapor, que solo lo atenúa ligeramente; pero bastan, por ejemplo, 10 ccm. de un filtrado originalmente eficaz, calentado por una hora á 96-100° para matar á un caballo en 24 horas por inyección intravenosa.

A pesar de esta resistencia entra el calor, el filtrado pierde ligaramente su acción conservándolo á la temperatura ordinaria ó en la nevera, principalmente si para la conservación se le agrega Toluol, en tanto que, bajo estas condiciones, se conserva bien la toxina diftérica y la tetánica, apesar de su mayor sensibilidad. El sulfato de amonio precipita completamente la toxina tífica de sus soluciones. Disolviendo el precipitado, dialisándolo por algunos días en vejiga de cerdo y vaporización de la solución en el vacío, se obtiene una toxina eficaz y sólida. Para dar muerte aguda á un conejo bastan, por ejemplo 0,05 gr. de esta toxina sólida. El poder de esta toxina seca también se atenúa al conservarla, de manera que probablemente se trata de un cuerpo fácilmente oxidable.

Después de filtrado el cultivo superficial restan en el filtro masas mayores del cultivo del tifo, que se separan completamente del resto del caldo lavándolas con suero artificial. De este modo es fácil obtener masas mayores de bacilos tíficos. De estas he podido preparar una toxina por un método que años atrás he descrito para la preparación de toxinas del bacilo de la difteria y que fisiológicamente tiene del todo las mismas propiedades de la acabada de describir obtenida en los filtrados del caldo. Los bacilos del tifo perfectamente secados se muelen en un mortero de ágata; se pasan por la incubadora, agitándolos en una solución al 1/20% de Diamina etílica y se filtra. De la solución fuertemente albuminosa puede precipitarse una parte de las sustancias albuminosas inactivas, neutralizándola con ácido acético diluído, se filtra nuevamente la solución y se dializa por agua corriente por un día para separar las sales. Evaporándolo en el vacío se obtiene una toxina sólida, de la que 0,01 hasta 0,025 grm. bastan para matar rápidamente un conejo. Las manifestaciones clínicas que demostraban los animales eran exactamente las mismas que las por inyección del filtrado de caldo.

Tenemos aquí observaciones idénticas á las obtenidas en la producción de toxina diftérica. Después de una vejetación de algunos días en condiciones adecuadas nos damos con una toxina típica en el caldo de cultivo, pudiendo demostrar aquí y allí la misma toxina en los cuerpos bacilares. Además, fácil es demostrar que la cantidad de la toxina diluída es mucho mayor en el cultivo superficial que la de los cuerpos bacilares.

El filtrado preparado según el método antedicho del cultivo superficial puede desenvolver en pequeño también otras manifes-

taciones. Años atrás hube de observar que en el abdómen del conejillo aparecían á veces grandes masas del bacilo, del tifo, después de una inyección del filtrado. Esto solo puede explicarse admitiendo que algunos bacilos vivos pasaron el filtro, propagándose rápidamente influenciados por la toxina simultáneamente importada. Investigaciones especiales hechas en este sentido han dado por resultado, que una dosis, de ordinario indiferente, de bacilo tífico mata rápidamente al conejillo si se le agrega cierta cantidad del filtrado. Este solo inyectado no enfermaba los animales. Es decir, que en el filtrado existe un cuerpo que contiene las propiedades típicas de la Agresina de Bail. Igual observación se ha publicado por Levy y Fornet, con la sola diferencia de que de mi filtrado bastan cantidades mucho más pequeñas para que surja la acción de la Agresina, es decir, para convertir una dosis no toxica de bacilos tíficos en mortal-aguda. Para el caso bastan 0,2 ccm.

La inmunización de animales mayores, como caballo y cabra, contra la toxina tífica es uno de los más difíciles problemas, acompañado de muchas pérdidas. La preparación preventiva por inyección intravenosa del filtrado, agregándole Triclorido yodado, ha ofrecido el mejor resultado. Repetidas inyecciones subcutáneas de cantidad ascendente de toxina tífica fueron incapaces de prevenir á caballos y cabras contra la introducción intravenosa de una simple dosis mortal-aguda. La toxina tífica inyectada bajo la piel en el tejido conectivo subcutáneo parece aprisionarse, sin pasar á la formación de antitoxinas. Igual observamos por inyección con bacilo vivo del tifo. Cabras, por ejemplo, á las que se ha inyectado bajo la piel veinte cultivos de agar sin resultado, han perecido agudamente inyectando solo algunas gotas por la vía intravenosa. Es preferible inyectar á animales mayores por esta vía empleando al principio toxina atenuada (el calor no basta para el caso); después se les trata con pequeñas dosis de toxina activa; entonces se aumentan las dosis paulatinamente. Por este procedimiento he podido tratar á un caballo por algunos meses, inyectándole finalmente el centuplo de la cantidad mortal-aguda. De consiguiente, una lejitima inmunización contra la toxina tífica es posible, en oposición al criterio de Wolff repetidamente tratado.

El poder antitóxico de un suero obtenido de caballo ó cabra, tratados durante muchos meses es mezquino. Inyectando suero y una cantidad de toxina tífica mortal-aguda á conejos por la vía intravenosa, apenas se puede reconocer inmunización alguna, al menos que aventaje notablemente á la de un suero normal de comprobación. El efecto del virus tífico es tan rápidamente mortal, que el suero simultáneamente inyectado no puede defender al complejo celular tan sensible contra la toxina.

Aunque el virus y el suero han permanecido horas largas en la incubadora, el resultado no es mejor. En cambio, sí el suero se inyecta bajo la piel 24 horas antes y se le introduce por aplicación subcutánea una cantidad mortal del virus, entonces se comprueba claramente una inmunización, como lo demuestra el siguiente ensayo.

	23 Septiembre.	24 Septiembre.	
Conejo,	890 grm. 2 ccm. suero tífico bajo piel.	10 ccm. filtrado tífico bajo piel.	Muere el 25.
Con.,	960 grm. 4 ccm. suero tífico bajo piel.	10 ccm. filtrado tífico bajo piel.	Sobrevive.
Con.,	900 grm. 6 ccm. suero tífico bajo piel.	10 ccm. filtrado tífico bajo piel.	Sobrevive.
Con.,	930 grm. 2 ccm. suero antiestreptococo bajo piel.	10 ccm. filtrado tífico bajo piel.	Muere el 25.
Con.,	930 grm. 4 ccm. suero antiestrep. b. p.	10 ccm. filtrado tífico bajo piel.	Muere el 25.
Con.,	1000 grm. 6 ccm. suero antiestrep. b. p.	10 ccm. filtrado tífico bajo piel.	Muere el 24 por la noche.

Resulta pues, que 4 ccm. de suero específico han bastado á preservar de la muerte de un conejo, en tanto que el suero antiestreptococo inyectado para el conejo ha sido ineficaz.

Efecto más notable y eclatante demuestra el suero tífico de la antedicha manera obtenido en comparación con la Agresina. Bastan fracciones de un centímetro cúbico para neutralizar una cantidad de agresine diez veces más eficaz. El orden de estos ensayos es el siguiente: Se determina primeramente la más mínima cantidad de un filtrado que trasforma en mortal-aguda á una por sí ineficaz inyección tífica. Lo mejor para el caso es utilizar cultivos tíficos poco virulentos, del que v. gr. un ojete apenas enferma visiblemente á un conejillo. Una cantidad diez veces mayor del filtrado se mezcla con cantidades de suero en proporción desendente ó igual dosis de bacilos tíficos. Cuando 1 ccm. de suero es capaz de volver ineficaz una cantidad diez veces mayor de agresina, á este suero tífico denomino "Suero normal". Un ccm. contiene una unidad inmunizante. El suero de caballo empleado en los ensayos siguientes contiene, pues, una potencia lo menos doble mayor á la del suero normal, pues medio ccm. basta á desplegar una acción neutralizadora. Sentimos no poder señalar aquí el límite inferior de la eficacia.

20 de Abril, una de la tarde.

Conejillo, 250 gr.	3 ccm. filtrado tífico + 2 ccm. suero artificial + 1 ojete bacilo tífico no virulento.	El 21 amanece muerto.
Conejillo, 270 gr.	2 ccm. filtrado tífico + 3 ccm. suero artificial + 1 ojete bacilo tífico.	El 21 amanece muerto.

Conejillo, 260 gr.	0,3 ccm. filtrado tífico+4,7 ccm. suero artificial+1 ojete bacilo tífico.	El 21 amanece muerto.
Conejillo, 240 gr.	0,15 ccm. filtrado tífico+4,8 ccm. suero artificial+1 ojete bacilo tífico.	Er fetma el 21, se repone y sobrevive.
Conejillo, 240 grm.	3 ccm. filtrado tífico+2 ccm. suero tífico de caballo+1 ojete bacilo tífico.	El 21 del todo sano, sobrevive.
Conejillo, 250 gr.	3 ccm. filtrado tífico+2 ccm. suero tífico de cabra+1 ojete bacilo tífico.	El 21 del todo sano, sobrevive.
Conejillo, 270 gr.	3 ccm. filtrado tífico+2 suero antiestr.+1 ojete bacilo tífico.	El 21 muerto. Cultivo sangre card. positivo.
Conejillo, 270 gr.	3 ccm. filtrado tífico+1 ccm. suero tífico de caballo+1 ccm. suero artificial+1 ojete bacilo tífico.	El 21 del todo sano. Sobrevive.
Conejillo, 250 gr.	30 ccm. filtrado tífico+1 ccm. suero tífico de cabra+1 ccm. suero artificial+1 ojete bacilo tífico.	El 21 del todo sano. Sobrevive.
Conejillo, 240 gr.	3 ccm. filtrado tífico+1 ccm. suero antiestr.+1 ccm. artificial+1 ojete bacilo tífico.	El 21 amanece muerto.
Conejillo, 240 gr.	3 ccm. filtrado tífico+0,5 ccm. suero tífico de caballo+1,5 ccm. suero artificial+1 ojete bacilo tífico.	El 21 sano. Sobrevive.

Como complemento he de agregar, que un suero tífico bactericida preparado de la manera ordinaria, no es capaz de desarrollar tamaña acción contra la Agresina. Estamos, pues, en presencia de un género enteramente nuevo de suero específico que contiene cuerpos del carácter de la Antiagresina. Hasta donde pudiera el nuevo suero tífico antiagresino ser apropiado para el empleo terapéutico en el hombre, debe el porvenir enseñarnos.

# BIOGRAFIA

DEL DR. FRANCISCO J. HERNANDEZ MARTINEZ

POR DR. FRANCISCO DEL VALLE AILES.

(Copia de la edición publicada en 1885.)

Antes hemos dicho que Hernández no era refractario al progreso de la medicina, y ninguna prueba más evidente de ello podemos dar que sus doctrinas médicas en relación con la filosofía espiritualista que profesaba.

Y es que era un católico pero con potencia intelectual bastante para comprender que la tutela absoluta, tiránica, de la metafísica sobre la ciencia, es el aniquilamiento de esta; por eso luchó y se afanó en todos los momentos de su vida por ponerlas de acuerdo, no deprimiendo y negando las verdades de la ciencia, sino buscándoles sencilla y satisfactoria explicación dentro de sus creencias católicas, y esto tan lealmente, que pudo ser juzgado por algún intransigente como entregado al materialismo. ¡Materialista Hernández, que se apesadumbraba, y lamentaba en la muerte de sus enfermos no solo por la pérdida de la vida temporal, sino que, cuando el enfermo había sucumbido sin recibir los auxilios espirituales, se entristecía por el temor de que en la vida eterna hubiese de sufrir aquel ser el castigo, siquiera temporal de sus faltas! No, Hernández no era materialista, Hernández no solo era espiritualista, sino que profesaba el catolicismo en toda su pureza. ¿Cómo se explica, cómo pudo, mejor dicho, llegar á aceptar en medicina hechos sospechosos para algunos de materialismo? Hernández nos recuerda en este particular á uno de los médicos antiguos que por su génio se distinguió entre sus contemporáneos mereciendo que la historia médica haya conservado su nombre.

A Van Helmont, que colocado por educación y por las circunstancias del momento en que brilló con un pié en el misticismo y otro en la ciencia, procura con su talento enlazarlos. Como Van Helmont, Hernández no podía admitir una acción directa del espíritu sobre la materia; una promiscuidad de tales elementos le repugnaba. Como aquella hermosa figura de principios del siglo XVIII, quiso llenar el abismo que en su concepto debía existir entre las relaciones del alma y del cuerpo, y como él también, y quizá ignorando que las mismas luchas que se habían despertado hacía dos siglos en el espíritu del célebre empirico belga, le habían conducido á crear los *agentes intermediarios*, imaginaba el médico puertorriqueño la existencia de un algo, lazo de unión entre el alma inmaterial y la materia, que le permitiera explicarse esa existencia misteriosa, inexplicable, en que firmemente creía.

A Hernández le satisfacía su explicación; pero es preciso confesar que no por ser único ese agente que él se imaginaba, en vez de ser múltiple como Van Helmont había con su ardiente imaginación creado, hacía otra cosa que lo que había hecho su predecesor: trasladar la dificultad.

Y la dificultad subsiste, porque, á nuestro modo de ver, la enjendra el menosprecio de la materia nacido en los primeros tiempos del cristianismo; menosprecio que se convierte en odio y lleva á San Antonio y sus discípulos á la soledad de los bosques para castigar la viciada naturaleza, inspira durante la Edad Media el género de vida de los santos, hace decir á San Bernardo: "Hipócrates enseña á salvar el cuerpo, Jesucristo enseña á perderle.....Cúdense los rebaños de Epicurio de sus cuerpos: nuestro Maestro enseña el desprecio de la salud;" hace exclamar á San Francisco mientras azota sus carnes: "He aquí, mi hermano bestia, como es preciso tratarte." Esta misma creencia es la que no permite á Van Helmont aceptar contacto inmediato del alma y del cuerpo, y llegando hasta nuestros días, aunque muy modificada, induce á Hernández á buscar algo que, siendo superior á la materia impura, á la *bestia*, le hiciera más fácil la concepción de las relaciones del espíritu, emanación de Dios, con nuestro organismo.

Si á Hernández ocurrió tal dificultad débese probablemente á que

guardaba de su educación religiosa restos de la falsa concepción que considera á la materia viciada, solo buena para menospreciada. No dudamos que él, pensador moderno, reconociendo en la materia una obra de Dios al cabo, la considerase desde un punto de vista algo más favorable; pero indudablemente, su afán de llenar el vacío que encontraba en nuestro sér, nos demuestra que la materia seguía siendo para él, si digna de algunas atenciones, indigna del contacto inmediato del espíritu.

Hernández no podía renunciar á sus creencias, su educación religiosa era sólida; cuando sus estudios le llevaron á renunciar al vitalismo, escuela que hacía de la materia animada un mundo aparte, con propiedades llamadas vitales, en oposición precisamente con las ciencias médicas vió á impulsos del eminente fisiólogo Claudio Bernard, verificarse la prodigiosa y radical revolución en la fisiología humana, revolución que inicia el fecundo período moderno en que se llega al convencimiento de que la materia animada no tiene leyes especiales, sino que la física y la química explican las expresiones fenomenales más complejas del organismo, sin que la especialidad sea otra para el sér organizado que la de los agentes que realizan aquellos fenómenos, Hernández, que tenía valor bastante para resistir con ojos abiertos los esplendores de luz de la ciencia, en vez de cerrarlos y renegar de las conquistas del sacrosanto trabajo con que los obreros del saber veneran al Creador, aceptaba con el convencimiento que le traía el desapasionado análisis que practicaba del hecho que le sorprendía, y satisfecho de su certeza iba en busca de sus principios católicos, y á ellos fuertemente ligado seguía impertérrito en su fé siempre la misma, y tranquilo, porque afianzaba su creencia en que las especulaciones religiosas, en lo esencial, en lo que estaba obligado á creer no estaban en oposición, á su juicio, con lo descubierto. Puede que aprendiera en Descartes á separar por completo el mundo metafísico del mundo material, con Leibnitz que hacía del *unum per se*, dos entidades solo unidas por la *armonía preestablecida*, que: "las almas no cambian las leyes físico-mecánicas de los cuerpos" y en ambos filósofos que: "Dos verdades no pueden contradecirse."

Es lo cierto que si Hernández en cuanto á la pureza de su fé católica era intransigente consigo propio y se complacía de que los que le rodeaban, familia y amigos, fuesen creyentes, en la ciencia era tolerante y nada le asustaba. Poco tiempo hace aún que le vimos concurrir asiduamente al Ateneo durante aquellas hermosas veladas en que el jóven catedrático de Historia natural de nuestro Instituto, el Dr. D. Carlos de la Torre, desarrollaba con el ardor del convencimiento y con el entusiasmo de un apóstol el darvinismo y la ley de la constitución de los organismos, que desde el sér celular nos lleva hasta el hombre, sin interrupción, por una série de complicaciones que limitan algo, mal que les pese á ciertos doctrinarios, aquella orgullosa é infecunda concepción que el hombre se había formado de sí propio y que que consistía en creerse desligado por completo del resto de los seres creados.

Hernández, ya lo hemos indicado, fué vitalista al principio de su carrera; pero más tarde fué modificando su doctrina, á medida que la experiencia y los adelantos de la fisiología le hicieron ver el punto errado de principios que pretendía explicar por la simple intervención del espíritu sirviendo de motor, ó de principio vital animador de la materia orgánica, todos los actos de ésta. Últimamente parecía dispuesto á aceptar, que así como en el reino inorgánico y por acciones físico-químicas se obtenían fuerzas, como electricidad, magnetismo que solo apreciamos por sus efectos pero cuya naturaleza nos es desconocida, así también la materia orgánica colocada en circunstancias favorables y obedeciendo á un estímulo consciente ó inconsciente, podía originar sin intervención del espíritu actos cuya esencia no conoceremos, pero que se nos manifiestan por sus consecuencias; tales, entre otras, como el movimiento, la sensibilidad, etc., etc. El espíritu sería para Hernández originador de actos superiores: actuaba en una esfera superior, sin necesitar de la materia para nada, aunque cuando viva ésta, se revelase aquel por medio de ella y en virtud de lazos que la ciencia no podía explicar.

Como se vé, pues, Hernández era tan avanzado y aún más de lo que podría esperarse á juzgar por la filosofía que profesaba.

(Continuará)

# Porto Rico Anemia Commission.

OFFICE OF THE CHAIRMAN.

RIO PIEDRAS, P.-R.

MOVIMIENTO de enfermos habido en las Estaciones de la Comisión de Anemia de Puerto Rico durante el mes de Marzo de 1907.

ESTACIONES.		SERVICIO DE DISPENSARIO				SERVICIO DE HOSPITAL			
		Admitidos.	En tratamiento.	Curados.	Fallecidos.	Admitidos.	Altas en curación.	Curados.	Fallecidos.
Rio Piedras	4 semanas	228	749	28		2			
Mayagüez	4 "	291	1,248	47		7	2	I	
Lares	4 "	457	1,995	163		4	3		
Aibonito	4 "	126	750	89					
Añasco	4 "	610	2,350	63					
Bayamón	4 "	64	105	75	I	4	4	I	2
Barros	4 "	137	682	65					
Barranquitas	4 "	150	259	I					
Coamo	4 "	95	486	23		2	3		
Corozal	4 "	167	I,114	65					
Caguas	4 "	8	52						
Comerio	4 "	50	519	28	2				
Guayama	4 "	23	100	3		5	3		I
Juncos	4 "	217	915	35	2				
Manatí	4 "	730	2,983	50				I	
Morovis	4 "	350	I,089	25	I				
Las Marías	4 "	311	I,633	I16	I				
Ponce	4 "	150	379	23		13			I
Quebradillas	4 "	928	I,032	I48					
San Germán	4 "	759	3,048	349	I	I	I		
San Sebastián	4 "	412	I,831	160					
Utua	4 "	283	899	200					
Vega Baja	4 "	135	I,005	128		2	I		I
Yauco	4 "	251	574	88					
Isabela	4 "	237	787	I32					
Humacao	4 "	289	I,798	48	I				
Arecibo	4 "	444	I,929	45	I	4		I	
Arroyo	4 "	58	249	10					
Cabo Rojo	4 "	964	I,827						
Cayey	4 "	368	472						
Vieques	3 "	270	181			I			
Aguada	I "	124							
Total	.....	9,686	33,040	2,207	10	45	22	16	4

## CASAS VISITADAS POR LOS INSPECTORES DURANTE EL MES DE MARZO.

Rio Piedras .....	131
Mayagüez .....	28
Lares .....	124

## INFORMACION LOCAL.

El Domingo 7 de Julio próximo á las 2 de la tarde se celebrará en la ciudad de Ponce la décima Sesión científica reglamentaria de la Asociación Médico de Puerto Rico. Al efecto se invita á todos los médicos en general, así como también á todas las personas amantes del progreso de nuestro país que deseen asistir á la reunión. El Dr. D. Guillermo Salazar, Delegado de la Asociación en Ponce, suministrará cuantos informes se soliciten, estando á su cargo la organización de la Sesión. Para mantener una marcha ordenada en la exposición de los trabajos que se presenten y discusión subsiguiente regirán las reglas que á continuación se publican:

Se dará preferencia á los trabajos que vengan escritos y sean leídos, procedan de socios ó no socios, y especialmente á aquellos que sean acompañados de demostraciones. Serán publicados en este Boletín.

En la lectura de un trabajo no pueden emplearse más de 20 minutos; pero la mesa puede conceder algunos minutos más si revistiese importancia y originalidad.

Al primer turno de discusión se conceden 10 minutos y á las réplicas y contraréplicas solamente 5 minutos á cada una.

Después de consumidos dos turnos en pró y dos en contra, el Presidente puede declarar terminada la discusión.

Bien conocido el entusiasmo de que están poseídos los ilustrados compañeros de Ponce y su incansable espíritu progresista, nos asiste el convencimiento de que esta Sesión superará en importancia á las anteriores, colocando á nuestra Asociación, como representación genuina del cuerpo médico de nuestra Patria, á la altura que el saber y las energías de sus asociados la deben elevar.

Esperamos también que en esta Sesión, los médicos que no han tenido la oportunidad de afiliarse, soliciten su ingreso, recordándoles que deben anticipar la cuota de entrada y título \$3—, mas \$1—cuota del primer mes.

Por omisión involuntaria que lamentamos dejó de incluirse el nombre del Dr. D. Ramón Baez de Santo Domingo entre los Corresponsales en el extranjero. Tenemos verdadera satisfacción en consignar hoy, cuan honroso es para nosotros contar con hombres de los prestigios que ha sabido conquistar se el Dr. Baez en la vecina República, y por la especial razón de haber nacido en Puerto Rico.

El Dr. D. Ramón Baez nació en Mayaguez el 24 de Diciembre de 1858. Estudió Medicina en la Universidad de París de donde procede su título de Doctor; es catedrático de Anatomía y Obstetricia en el Instituto Profesional de Santo Domingo y Presidente del Consejo Superior Directivo del Juro Médico de la República. Hemos sido obsequiado con una de sus fotografías que conservamos para la colección de la Asociación.

# Fumigadores de Lister de Formaldehido.



El uso del Fumigador de Lister, está exento de todo peligro y de producir mal olor ó cualquiera otra sensación desagradable. En el procedimiento ordinario de desinfección la voz general es: *Dos desinfecciones equivalen á un incendio.* Aun cuando los vestidos y los muebles se envíen á un lugar apropiadamente dispuesto para el objeto, siempre sufrirán mucho deterioro, porque el vapor y el azufre, para que sean eficaces, no pueden menos que ser destructores. Pero el **FUMIGADOR DE FORMALDEHIDE DE LISTER** no causa efectos perjudiciales ni

en la madera barnizada, ni en los metales, ni en el oro ó la plata, ni en los colores ó tintes, ni en el papel de las paredes, y ni en los muebles. Es absolutamente inofensivo para todos los utensilios domésticos, y debido á eso y á su poder desinfectante, es admirablemente apropiado para su empleo en las habitaciones.

Pero también desde otro punto de vista su superioridad es tan marcada, que puede decirse abre una nueva era en el campo de la desinfección, porque este gas, al par que destruye los malos olores y los gérmenes morbosos, no ejerce efectos tóxicos en el hombre ni en los animales. El olor del formaldehido es sin embargo muy molesto para los insectos, y los hace huir. Está asimismo demostrado que no sólo no son tóxicos los vapores del formaldehido, sino que son muy útiles en las habitaciones de los enfermos y producen efectos terapéuticos de gran valor. En algunos países se han empleado las inhalaciones de este gas con gran éxito en casos de catarros, difteria, bronquitis, asma, tisis, gripe, etc. También causa efectos beneficiosos en la tos convulsiva. En vista, pues, de su baratura, de su eficacia, de su utilidad práctica y su propiedad de ser inofensivo para las personas, etc., el **FUMIGADOR DE LISTER** supera á todos los demás fumigadores y tiene que merecer el favor del público.

El **FUMIGADOR DE LISTER DE FORMALDEHIDE** se fabrica de dos tamaños; grande y pequeño. El envase en que van los citados fumigadores, está hecho de un material incombustible.

Un **FUMIGADOR DE LISTER** de tamaño pequeño es suficiente para fumigar una habitación de mil pies cúbicos, y un **FUMIGADOR DE LISTER** tamaño grande, puede desinfectar una habitación de cuatro mil pies cúbicos.

**De venta en todas las Drogerías y Farmacias.**

# CLIN & C<sup>ie</sup>, F. COMAR & FILS & C<sup>ie</sup> - PARIS

## PREPARACIONES PRINCIPALES

### ADRENALINA CLIN

Solución al 1/1000° (*Clorhidrato*).  
Frasco de 25 cc. y Frasquito de 5 cc.  
Colirio al 1/5000° (*Clorhidrato*).  
Gránulos dosados á 1/4 de miligr.  
Supositorios dosados á 1/4 de miligr.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup> *inyecc. hipodérm.*  
graduados á 1/2 miligr. por cc.

*Hemostático, vaso-constrictor el más poderoso.*

### CACODILATO de SOSA CLIN

Gotas dosadas á 0 gr. 01 por cada 5 gotas.  
Glóbulos dosados á 0 gr. 01.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup> *inyecc. hipodérm.*  
dosados á 0 gr. 05 por cc.

### METHARSINATE (*Metilarsinato disódico químicamente puro.*) CLIN

Gotas dosadas á 0 gr. 01 por cada 5 gotas.  
Glóbulos dosados á 0 gr. 01.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup> *inyecc. hipodérm.*  
dosados á 0 gr. 05 por cc.

### MARSYLE CLIN (*Cacodilato de protóxido de hierro.*)

Gotas dosadas á 0 gr. 025 por cada 5 gotas.  
Glóbulos dosados á 0 gr. 025.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup> *inyecc. hipodérm.*  
dosados á 0 gr. 05 por cc.

INDICACIONES de la *Medicación Cacodilica* : **Anemia, Impaludismo, Tuberculosis, Diabetes, Enfermedades de la Piel, etc.**

### LECITINA CLIN

Pildoras dosadas á 0 gr. 01.  
Granulado dosado á 0 gr. 10.  
por cucharada de las de café.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup> *inyecc. hipodérm.*  
dosados á 0 gr. 05 por cc.

INDICACIONES : Tuberculosis, Neurastenia, Raquitismo, Fatiga por exceso de trabajo, Convalecencias, etc.

### GLYCOGÈNE CLIN

Cápsulas dosadas á 0 gr. 20.  
Solución dosada á 0 gr. 20  
por cucharada de las de café.

INDICACIONES : Diabetes, Intoxicaciones, Caquexias, Convalecencias de las Enfermedades infecciosas, Afecciones hepáticas

### VINO NOURRY

0 gr. 05 de yodo } por cucharada sopera.  
0 gr. 10 de tanino }

INDICACIONES : Linfatismo, Escrofulosis, Menstruaciones difíciles, Convalecencias de las Enfermedades infecciosas.

*Julio Canutoblain*

\*3781.16

Año V.

AGOSTO DE 1907.

Núm. 57.

# BOLETIN

DE LA

## Asociación Médica de Pto.-Rico.

*Aug 16. 1907*

**DIRECTOR:**  
**DR. M. QUEVEDO BÁEZ.**

**REDACTORES:**

- |                    |                        |
|--------------------|------------------------|
| Dr. Agustin Stahl. | Dr. Gonzalez Martinez. |
| " J. N. Carbonell. | " Ruiz Arnau.          |
| " Tomás Vázquez.   | " Guillermo Salazar.   |
| " Moret Muñoz.     | " Velez Lopez.         |
| " F. Goenaga.      |                        |

Corresponsal en Washington, Dr. BAILEY K. ASHFORD.  
Corresponsal en Madrid, Dr. A. Suarez de Mendoza.  
Corresponsal en Santo Domingo, Dr. Ramón Báez.

**SUMARIO.**

- Décima sesión científica de la Asociación Médica celebrada en Ponce el 7 de Julio de 1907.
- Biografía del Dr. Carlos B. Hobe.
- Porto Rico Anemia Commission.
- Sección Informativa.
- Relación de Asociados.
- Anuncio.

LA CORRESPONDENCIA Y ANUNCIOS AL DIRECTOR

Published Monthly at 29 Plaza Baldorioty San Juan, P. R.

SAN JUAN, PUERTO RICO.

Establecimiento Tipográfico del Boletin Mercantil.

ALLEN No. 24 y 26.

# VINO Y JARABE DE DUSART

CON LACTO-FOSFATO DE CAL

Las investigaciones del DR. DUSART, sobre el fosfato de cal han venido á demostrar que lejos de ser inactiva esta sal, como se suponía, está por el contrario, dotada de propiedades fisiológicas y terapéuticas muy notables. Fisiológicamente, se combina con las materias azoadas de los alimentos y los fija transformándolos en tejidos; de aquí resultan el desarrollo del apetito y el aumento del peso del cuerpo. Terapéuticamente, dichas propiedades hacen de él un reconstituyente de primera clase.

El **Jarabe** en la medicación de los niños, el **Vino** en la de los adultos, en las afecciones del estómago y como analépticos, son generalmente admitidos.

INDICACIONES: *Crecimiento, raquitismo, dentición, afecciones de los huesos, llagas y fracturas, debilitamiento general, tisis, dispepsia, convalecencias.* DÓISIS: 2 á 6 cucharadas por día.

Depósito en París, 8, rue Vivienne, y en las principales Farmacias.

---

---

## Vino de Peptona de Chapoteaut

La **Peptona Chapoteaut** representa 10 veces su peso de carne digerida y solubilizada con la PEPSINA. Tomada en caldo ó leche permite nutrir á los enfermos más graves sin otra alimentación.

Asociada á un vino generoso, constituye el **Vino de Peptona de Chapoteaut**, de gusto agradable, que se receta en las comidas, en dosis de 1 á 2 copas de Burdeos, á los **Anémicos, Convalecientes, Tísicos, Ancianos** y á las personas desganadas, ó que no pueden sopor-  
tar los alimentos.

La **Peptona Chapoteaut** se emplea desde hace siete años, á causa de su pureza, en el Instituto Pasteur y los Laboratorios de Fisiología de Berlín, Viena y San Petersburgo para la cultura de los organismos microscópicos.

DEPÓSITO

8, RUE VIENNE, PARIS, y en las principales

FARMACIAS.

# Jarabe Poliformiatado

Del Dr. CHAPELLE.

---

Heróico estimulante, asociado al Glicógeno y á las sales minerales fisiológicas, sus efectos son mucho más duraderos que los del **Acido Fórmico** solo. Aumenta rápidamente las fuerzas y el vigor, suprime la sensación de cansancio.

Indicaciones: NEURASTENIA, ANEMIA,  
GRIPPE, DIABETES, ALBUMINURIA.

Hace adquirir en breve la energía necesaria para la práctica del sport y todos los ejercicios penosos.

PARIS, 8, RUE VIVIENNE, Y EN TODAS LAS FARMACIAS.

---

## Morrhuel de Chapoteaut

---

El MORRHUOL contiene todos los principios activos del aceite de hígado de bacalao, salvo la parte grasa. Representa 25 veces su peso de aceite y se expende en pequeñas cápsulas redondas que encierran 20 centigramos ó 5 gramos de aceite de bacalao moreno.

*Dosis diaria:* 2 á 3 cápsulas para los niños; 3 á 6 para los adultos, en las comidas.

---

## Morrhuel Creosotado

DE CHAPOTEAUT.

---

Estas cápsulas contienen, cada una, 15 centigramos de MORRHUOL, que corresponden á 4 gramos de aceite de bacalao, y 5 centigramos de Creosota de Haya de la cual se han eliminado el creosol y los productos ácidos, substancias que se encuentran en las creosotas del comercio y ejercen acción cáustica en el estómago y los intestinos. Dan los mejores resultados en la TISIS y la TUBERCULOSIS PULMONAR en dosis de 4 á 6 cápsulas diarias al comenzar á comer.

Depósito en Paris, 8, Rue Vivienne, y en las principales Farmacias.

# Fumigadores de Lister de Formaldehide.



El uso del Fumigador de Lister, está exento de todo peligro y de producir mal olor ó cualquiera otra sensación desagradable. En el procedimiento ordinario de desinfección la voz general es: *Dos desinfecciones equivalen á un incendio.* Aun cuando los vestidos y los muebles se envíen á un lugar apropiadamente dispuesto para el objeto, siempre sufrirán mucho deterioro, porque el vapor y el azufre, para que sean eficaces, no pueden menos que ser destructores. Pero el **FUMIGADOR DE FORMALDEHIDE DE LISTER** no causa efectos perjudiciales ni

en la madera barnizada, ni en los metales, ni en el oro ó la plata, ni en los colores ó tintes, ni en el papel de las paredes, y ni en los muebles. Es absolutamente inofensivo para todos los utensilios domésticos, y debido á eso y á su poder desinfectante, es admirablemente apropiado para su empleo en las habitaciones.

Pero también desde otro punto de vista su superioridad es tan marcada, que puede decirse abre una nueva era en el campo de la desinfección, porque este gas, al par que destruye los malos olores y los gérmenes morbosos, no ejerce efectos tóxicos en el hombre ni en los animales. El olor del formaldehide es sin embargo muy molesto para los insectos, y los hace huir. Está asimismo demostrado que no sólo no son tóxicos los vapores del formaldehide, sino que son muy útiles en las habitaciones de los enfermos y producen efectos terapéuticos de gran valor. En algunos países se han empleado las inhalaciones de este gas con gran éxito en casos de catarrros, difteria, bronquitis, asma, tisis, gripe, etc. También causa efectos beneficiosos en la tos convulsiva. En vista, pues, de su baratura, de su eficacia, de su utilidad práctica y su propiedad de ser inofensivo para las personas, etc., el **FUMIGADOR DE LISTER** supera á todos los demás fumigadores y tiene que merecer el favor del público.

EL **FUMIGADOR DE LISTER DE FORMALDEHIDE** se fabrica de dos tamaños; grande y pequeño. El envase en que van los citados fumigadores, está hecho de un material incombustible.

UN **FUMIGADOR DE LISTER** de tamaño pequeño es suficiente para fumigar una habitación de mil pies cúbicos, y un **FUMIGADOR DE LISTER** tamaño grande, puede desinfectar una habitación de cuatro mil pies cúbicos.

**De venta en todas las Drogerías y Farmacias.**

# BOLETIN

DE LA

## Asociación Médica de Pto.-Rico.

Año V. \*\*\*\*\*

AGOSTO 1907.

\*\*\*\*\* Núm. 57.

### Décima sesión científica de la Asociación Médica CELEBRADA EN PONCE EL 7 DE JULIO DE 1907.

DISCURSO DEL DR. FRANCISCO H. RIVERO.

Honorables Señor Presidente y demás Colegas de la Asociación.

SEÑORES:

Altamente honrado, desde hace pocos meses, por la Asociación Médica de Puerto Rico con el nombramiento de socio de ella, no he querido dejar pasar esta oportunidad sin reiterarle públicamente las protestas de mi más ingenuo agradecimiento.

Aquí vengo hoy á presentar un trabajo, de índole quirúrgica, el cual conceptúo de suyo interesante bajo el triple punto de vista anatómico, clínico y terapéutico: vengo á señalar los fenómenos observados, la interpretación que he hecho de ellos, y la conducta observada por mí y las conclusiones que me ha sugerido su estudio. Yo cuento con las luces de mis honorables colegas de esta Asamblea, particularmente de los cirujanos, señalando mis errores, si los hay, y corrigiéndolos; comentando el caso, ampliando la materia, ilustrando en suma con su criterio y experiencia la observación que voy á relatar. Se trata de un caso de Hernia adherente y gangrenada del intestino ciego (Hernia de Scarpa). Héla aquí:

El 15 de Mayo del presente año soy llamado en consulta por el Dr. Giol para ver un enfermo que presentaba signos de una hernia escrotal estrangulada del lado derecho, aumento de volumen y tensión extrema del escroto, irreducibilidad herniaria, dolores al nivel de la región, vómitos, hipo, retención de materias fecales y de gases: la encarceración databa de 36 horas próximamente. Presentaba, además, el paciente, sujeto de muy cerca de 60 años de edad y antecedentes etílicos, un tinte subictérico de las conjuntivas, un aspecto de colémico. En su región suprainguinal izquierda se veía más que una hernia, una verdadera eventración: hacía un año había sido operado de una hernia inguinal de ese lado, y se había reproducido: el anillo inguinal inferior estaba sumamente dilatado. En vista de tal cuadro no había más indicación sino operar enseguida y ordené que el enfermo fuese trasladado cuanto antes al Asilo de Damas de esta Ciudad: la mudanza tardó algo en verificarse, y aparte otros inconvenientes que no son del caso señalar, es lo cierto que la intervención no se llevó á cabo sino el día siguiente por la mañana, es decir el 16 de Mayo. Fueron mis ayudantes los Dres. A. Giol, Benito

Gaudier y el practicante D. Joaquín Otero, quien administró el cloroformo.

Hice una incisión siguiendo, como es costumbre, el eje mayor del tumor y fácilmente llegué al saco sumamente distendido, tenso. Noté enseguida que el agente de estrangulación era el anillo inguinal. Inmediatamente introduje una sonda acanalada en el anillo y por debajo de lo aponeurosis del oblicuo mayor (pared anterior del conducto inguinal), seccioné esta aponeurosis dejando en los labios de dicha sección como guías dos pinzas de Kocher; seguidamente comencé la disección del saco, despojándolo de la fibrosa en primer término, y luego de las demás adherencias, muy en particular del cordón: una vez diseado lo abrí ampliamente, salió una buena cantidad de líquido, y cual no sería mi sorpresa cuando encuentro como cuerpo del delito al intestino ciego—el epíplon no apareció por todo aquello—: pero circunstancia más grave era que el ciego tenía una extensa placa de gangrena. Qué hacer en tal emergencia? Tres soluciones terapéuticas tenía el problema: 1º Hacer un ano contranatura; pero ni el pulso ni la respiración de mi enfermo estaban tan comprometido para acortar la operación por ese medio paliativo. 2º Hacer una resección losánjica de la placa gangrena, á la manera de Chaput; más la placa era bastante grande y á poca distancia de ella abrí otra placa pequeña muy sospechosa, circunstancia esta última que me determinó á seguir el tercer camino que se ofrecía á mi mente: hacer la resección del ciego. Incontinentemente, sin vacilaciones, procedí á buscar el intestino en compresas esterilizadas, hice luego la coprostasis por medio de pinzas de Kocher forradas en tubos de Cautchouc y ya así resequé el ciego y el apéndice, prévia sección del mesoapéndice y hemostasia consiguiente. Suture el ciego por un plano de sutura corrida comprendiendo á la vez las tres tónicas, (con seda No. 00) y por encima de ese plano, otro á la Lambert y algunos puntos aislados de reforzamiento. Lavé bien el ciego con sol. salada caliente tanto para activar su circulación un tanto enrabada por la coartación que había sufrido, como por provocar *in situ* un proceso de heperleucocitosis, siguiendo así una sabia indicación del malogrado profesor von Mickulickl (de Breslau). Restábase introducir el intestino dentro del vientre y cerrar mi herida haciendo ó no la cura operatoria de la hernia. Naturalmente, tratándose de una hernia *adherente* se hacía muy difícil introducirlo. Cabe recordar aquí que las adherencias herniarias del ciego pueden ser *inflamatorias*: estas son de orden banal y no nos interesan por ahora. Existen además las adherencias que podemos llamar *anatómicas*, las cuales son congénitas y se producen por coalescencia entre el peritoneo intestinal y el parietal—esta soldadura puede ser más ó menos completa y sufrir luego un proceso de estiramiento constituyéndose entónces, como en nuestro caso, un *meso* al ciego, el cual vendría á ser lo que Scarpa llamaba "*la adherencia carnosa natural*:" en nuestro caso el *meso* era corto y dejaba libre fondo del ciego. Estas hernias de ciego con *mesociego* han recibido el nombre de hernia de Scarpa. Continuemos nuestra intervención: desde luego no había que pensar en cortar la *adherencia* del ciego, pues por allí entran los vasos cólicos que van á nutrir el intestino—esa es una adherencia anatómica, como dijimos antes—y había que respetarla. No había más remedio que prolongar la incisión primera, hacer, en suma, una *hernio-laparotomía*. Reducido así el intestino, había que resecar el saco y cerrarlo; pero la adherencia del ciego dificultaba grandemente estas maniobras; resequé una buena porción del saco y pude cerrarlo en parte haciendo el nudo del Molinero de Felizet (que uso en la mayoría de los casos) y obturé el resto por una sutura corrida (en Surjet). La intervención era ya larga, había sido laboriosa y en vista del mal estado del pulso y la respiración me abstuve de hacer una cura operatoria completa, es decir, de rebacer la pared posterior del conducto inguinal, á la manera de Bassini, como convenía al caso, y me contenté con suturar bien la pared anterior, poner aquí y allá algunos puntos de refuerzo y cerrar la piel dejando un drenaje conveniente.

Terminada esta laboriosa intervención, el enfermo tenía el pulso blando, estaba frio y sus facies no era muy alentadora: tal estado de *shock* operatorio era de esperarse. Acostado que fué en su cama le hicimos aplicar botellas calientes, envoltorio en frisas de algodón, y le in-

yectamos 1½ gramo de sulfato de estriquina. Poco después se le inyectaron 500 grs. suero de Hayem. Sería la 1 y media del día.

4 p. m - T. 37°, 7—Pulso blando; de nuevo se inyectan 500 grs. más de suero. A las ocho de la noche su pulso era lleno y su temperatura de 37°, 8—Después de la operación presentó un estado nauseabundo é hizo algunos vómitos (origen clorotóxico) que cedieron á inhalaciones de vinagre. *Día 17 de Mayo*—10hs, 10' a. m.—37°, 6—P 90—R. 28; pulso bigeminado; se le inyectó 1¼ gramos de estriquina y un litro de suero fisiológico.

Hasta ese momento, veinticuatro horas después la operación, el enfermo aún cuando no había exonerado el vientre, había sí expulsado gases por el ano; se le hizo una irrigación intestinal con glicerina, aceite de ricino y litro y medio de agua hervida—evacuación abundante de materias duras, á la cual siguieron otras evacuaciones semifluidas, debidas muy probablemente al aceite de ricino (que no he debido administrar, bastando con la glicerina).—A las 11 y media de la mañana tenia la misma temperatura, antes señalada.

3hs, 15' — T. 38, 4 — P. 105 — R — 30.  
4hs, 50' — T. 38, 7 -- P. 120 — R — 25.

El enfermo se quejaba de un poco de disnea—la cual cedió al aflojarle el vendaje que estaba muy apretado hacia el abdómen.

A las 6 y media de la tarde sintió un intenso escalofrío.

A las 8 p. m — T 39 — Se le puso un litro de suero.

A las 8h, 30' p. m — 38°, 5 — P 120 R. 28.

A las 11 p. m — T 38°, 6.

*Día 18 de Mayo.*—

1 a. m. — T. 38°  
3 a. m. — T. 38  
5 a. m. — T. 38, 5  
7 a. m. — T. 37°

Desde esta hora el enfermo que había estado sin comer, ni beber sino pedacitos de hielo, comenzó á ser alimentado con leche por pequeñas cantidades cada dos horas.—A las 9 a. m., hora en que lo veo encuentro una temperatura de 37°, 8 y un pulso frecuente, irregular de 120, por lo que le inyecto 0.03 de sulfato de esparteina. Noto que el paciente presenta un tinte icterico de la piel y conjuntivas que se vá acentuando cada vez más. Examinada la orina y no se encuentran, la reacción de Gmelin (pigmentos biliares): tampoco contenía albumina.—Era de suponer que se trataba de una angiocolitis por infección venida del intestino, mas no colibacilar, pues estas suelen ser infecciones apiréticas.

La retención de las materias excrementicias por la encarceración herniaria, y por esta causa la exaltación de la virulencia de la flora bacteriana del intestino y la impulsión de estos gérmenes hasta los conductos biliares por la vía portal es para mí, en este caso, el mecanismo de esa angiocolitis: la ictericia sintomática no es biliar, pues las materias fecales no están descoloridas, no tienen aspecto de concreto ó cemento romano—además la orina no contiene, como en estos casos, pigmentos biliares.—Se trata, pues, de una ictericia urobilinférica (la antigua hemoica de Gubler), y me ratifico en este decir, considerando que nuestro enfermo es un antiguo etílico, que ha sufrido de otros ataques de ictericia y por consiguiente, es de pensar con sobrada razón, que su *célula hepática* esté *insuficiente por degeneración y decaimiento* de la misma.

Le doy cálo mel [0,12] á dosis refractas, le inyecto 250 grs. de suero de Hayem y le pongo uno m] estriquina pues el pulso continúa malo.

10 a. m. — T. 37 — P. 120 — R. 33  
12 a. m. — T. 36 — P. 108 — R. 23

Se le cambia el apósito.—La herida presenta un buen aspecto.

4hs, 30' p. m. — T. 38°, 4 — P. 120 — R. 26.

Enteroclis con agua hervida fria [1 litro y medio].

A las 5 p. m. 600 grs. de suero.—A las 6 p. m. evacua abundantemente.

6	p. m.	—	T. 38	
7	p. m.	—	T. 38	
8, 30	p. m.	—	T. 38	— 110 — R 23
11	p. m.	—	T. 38	

*Día 19 de Mayo—*

1	a. m.	—	T. 38°, 4
5	a. m.	—	T. 38°
7	a. m.	—	T. 37°
9 hs, 30'	a. m.	—	T. 38°, 6
12		—	38°, 8

A las doce y cuarto le hago hacer un lavado intestinal y le administro una poción de salicilato de soda [de 1 gr. á 1 gr. 30 al día]. Tenía á esa hora un pulso de 132 por minuto, le inyecto estricnina y ordeno suero fisiológico.

3h, 30 p. m. — T. 38°, 7.

Se hace la segunda cura—buen aspecto de la herida.

5	p. m.	—	T. 38
7	p. m.	—	T. 38, 6
8	p. m.	—	T. 38°, 4

*Día 20 de Mayo—*

12	de la noche	—	T. 38°
3	a. m.	—	T. 38°
6	a. m.	—	T. 37°, 6

Ha evacuado tres veces durante la madrugada—evacuaciones cargadas de bilis

9	a. m.	—	T. 37, 5	—	P. 102
11	a. m.	—	37, 3	—	P. 96
1	p. m.	—	37, 3		
3	p. m.	—	37, 7		

Se cambió de nuevo el apósito

5,30	p. m.	—	T. 38
8	p. m.	—	38
11	p. m.	—	38

*Día 21 de Mayo—*

1	a. m.	—	T. 38	
3	a. m.	—	38	
7	a. m.	—	37, 3	
9hs, 30'	a. m.	—	37°, 4	— P. 90
12	a. m.	—	37°, 4	— P. 96

El tinte icterico de la piel y conjuntivas casi ha desaparecido por completo y su angiocolitis mejora rapidamente: la curva del pulso y la temperatura y la casi desaparición de la ictericia así lo dejan ver

2	p. m.	—	37°, 4	
2, 30	p. m.	—	37°, 5	— P. 100
3	p. m.	—	37°, 5	
5, 15	p. m.	—	37°, 6	
8	p. m.	—	39	
9h. 30	p. m.	—	39°,	
11	p. m.	—	39°, 3	

Sentada la mejoría manifiesta de la primera complicación [que llamemos extra-operatoria]. y en vista de sus alzas de temperatura, sobre todo á partir de las ocho de la noche de este día, era de presumir una nueva complicación. Así fué, en efecto, y ya veremos que odisea de de-

sastres tuvo nuestro operado, á los cuales teníamos que atacar con una actividad y celo dignos de mejor suerte.

*Día 22 Mayo.*—

1 a. m. — T. 38°, 4  
5 a. m. — T. 38°.

Ha evacuado tres veces durante la noche. Nuestra visita de la mañana es á las 9<sup>hs</sup>, 45'

37°, 7 — P. 114

Observo una deposición que hace en ese momento y noto que además de tener muy mal olor presenta gran abundancia de leche mal digerida, de leche cortada: se trata de una indigestión. Figúrense qué estragos para un organismo de 60 años, debilitado, bajo el peso de una fuerte intervención quirúrgica, en la despedida de un ataque de angocolitis y con una defensa orgánica muy pequeña, desde luego que su célula hepática está insuficiente y como se cuela un riñón que no elimina lo bastante.

Hago suprimir la poción de salicilato de soda, suprimo asimismo toda alimentación. Ordeno régimen hídrico durante 24 horas y lavados intestinales con una solución débilmente antiséptica, tres veces al día. [Sol. de naftol beta al 0,05 por 1.000]. Inyecto 400 gr. de suero salado

11<sup>hs</sup>, 45 a. m. — T. 38°, 2 Pulso blando é irregular,

inyección de estricnina.

A las 12 del día se le cambia el apósito y se nota un poco de edema ligeramente rojo en los bordes de la herida. Además, se nota que se ha formado un absceso en la región costal izquierda, sitio donde se le había puesto la primera inyección de suero. Se abre y se dá salida á pus mezclado con gases, viniendo estos últimos, sin duda, de no haber expulsado bien el aire al poner la inyección.

Debo hacer notar que aquella inyección no fué puesta por mí.

Sea de ello lo que fuere, ya se habrá notado que vamos por el tercer fenómeno, ó como quiera llamarse, después de la operación. [1<sup>o</sup>] La angocolitis. [2<sup>o</sup>] La indigestión. [3<sup>o</sup>] Absceso por infección de un pinchazo hipodérmico.

Se le puso una inyección de 0,03 de esparteina para levantar el corazón.

2<sup>hs</sup>, 50' p. m. — T. 39 P. 12

Se le hizo un lavatorio intestinal naftolado y aunque poco creyente de la antisepsia intestinal *medicamentosa* le administré una poción de benzonaftol [0,30 por cucharada]

5<sup>hs</sup>. 15' p. m. — T. 38°, 8 — P. 114  
7, 30' p. m. — 39  
8, 45' p. m. — 38°, 4 — P. 102  
10, p. m. — 37°, 4  
11, p. m. — 37°, 5

*Día 23.*

1, 30' a. m. — T. 37°, 5  
5, a. m. — 37°, 4

Lo veo á las 10 y media de la mañana; y al llegar cerca de su cama, siento un mal olor y noto el apósito del vientre manchado. Mi diagnóstico estaba hecho: el *absceso de la pared* se presentaba. En efecto, era él, y ya sabemos que no deja de ser frecuente. Su patogenia está bien dilucidada y sabemos el papel que desempeñan los hilos como causa determinante.

Incontinenti h'ce saltar todos los puntos de sutura.—Evacuado el pus, se lavó abundantemente con Sol. formol al 1½|1000 y se estableció un buen drenaje con tubos y gaza yodoformada.

Se le inyectó hipodérmicamente 250 gramos de suero fisiológico

11, 25 a. m. — T. 37°, 1  
1 p. m. — 37°, 2  
2, 25 p. m. — 37°, 3

Todo ha entrado en órden y esperamos que con este último incidente haya terminado la serie

3 p. m.	—	T. 38	—	P. 110
4, 25 p. m.	—	39		
8. 20 p. m.	—	38		

*Día 24 de Mayo.*—

1 a. m.	—	T. 39°
5 a. m.	—	38°
1 a. m.	—	37°, 3
10h, 30' a. m.	—	38

Se hace la cura de la herida.—Aún cuando la supuración ha disminuido, se abre un nuevo foco que comunica con el principal; de allí las alzas de temperatura.—Agua oxigenada y formol para la cura

12 m.	—	T. 38°
3 p. m.	—	38°, 5
4h, 30' p. m.	—	39
7hs, 15' p. m.	—	38°, 8
8, 30' p. m.	—	38°, 7
11' p. m.	—	39

Durante el día se inyecta 1 litro de suero en dos partes.

*Día 25 de Mayo.*

3 a. m.	—	T. 38
5 a. m.	—	37
7 a. m.	—	37
11 a. m.	—	37°, 5
12 m.	—	38

Se nota un ligero edema del pene y bolsas—no sabemos á que atribuirlos

4, 15 p. m.	—	T. 38°, 1
-------------	---	-----------

Se vuelve á curar el enfermo.—No hay ningún mal olor en la herida: supura muy poco. Como desde el primer día cuando se abrió ampliamente el absceso de la pared se le hacen curas húmedas con formol al 1½1000, antiséptico, este que usamos casi exclusivamente, hace nueve años

6 p. m.	—	38°, 5
8 p. m.	—	37°, 8
10 p. m.	—	38
12	—	38

*Día 26 de Mayo.*—

1 a. m.	—	38°
4 a. m.	—	37°
6 a. m.	—	37°
7, 15 a. m.	—	36°, 8
8, 15 a. m.	—	36°, 5
11 a. m.	—	36°, 6

Nunca habíamos observado hasta hoy una mejoría tan notable de nuestro enfermo.—Apirexia completa desde las 4 hasta las 11 de al mañana.

Se observa que el edema no se circunscribe tan sólo á la verga y bolsas sino que ha invadido los piés, piernas y parte inferior de los muslos —más acentuado en la cara dorsal del pié izquierdo que en el derecho.—El buen sentido nos alejaba de pensar en edemas de origen cardíaco ó renal al observar el modo de aparición (por las bolsas), su distribución, su desigual reparto etc., etc.; ahora si interpretamos fácilmente el síntoma edema: la hipercloruración producida por el suero fisiológico; la retención de cloruro de sodio debajo de la piel y la hidratación consiguiente de los tejidos. Como tratamiento racional indicamos la *decloruración absoluta* é ingestión de líquidos, en buena cantidad

3 p. m.	—	T. 37°, 8
5.15 p. m.	—	37, 4
8 p. m.	—	37°, 4

*Día 27 Mayo.*—Desde el día de ayer nuestro enfermo ha entrado en franca convalecencia. Como se vé su mayor temperatura ha sido de 4 décimas que nada valen, y como se verá en adelante esta apirexia se ha sostenido hasta doce horas antes del fatal desenlace

12 m.	—	T. 36 , 8
7 a. m.	—	36 , 8
10 a. m.	—	36° , 4
3 p. m.	—	36 , 8
5 p. m.	—	37° , 2

Todos los días se cura al enfermo. Su herida no supura: está granulando.

*Día 28 de Mayo.*

12 de la noche	—	T. 36 , 8
7 a. m.	—	36 , 8
11 <sup>hs</sup> , 30 a. m.	—	36° , 3
12 m.	—	36° , 8
3 p. m.	—	36° , 8
5 p. m.	—	36° , 9

Como se vé, la curva de la temperatura de hoy no puede ser más satisfactoria: el enfermo se siente muy bien: los edemas disminuyen notablemente con la sola decloruración. La herida granula. No hay pus.

*Día 29 de Mayo.*

12 de la noche	—	T. 36° , 8
7 a. m.	—	36° , 8
12, 30 p. m.	—	36° , 2

No se ha vuelto á tomar la temperatura en el resto del día, está completamente apirético. El paciente se siente bien, conversa muy bien y hasta guasea con los que lo rodean. Casi han desaparecido por completo los edemas: queda un poco en el pié izquierdo.

*Día 30 de Mayo.*—Debido á asuntos particulares tengo que ir á San Juan contando con que á mi regreso el enfermo estará en condiciones de mandarlo á su casa para que terminára allí la convalecencia. Yo lo he conceptualado como curado, pues su herida está en franca cicatrización por segunda intención; justamente antes de ayer se le ha hecho un raspado para activar el proceso. Grande fué mi sorpresa, cuando al regresar de la Capital, el 2 de Junio, se me informó que desde el 30 de Mayo, el enfermo se ha quejado de dolores en la parte inferior é izquierda de su abdomen, al nivel de su eventración; dolores paroxísticos que hacen prócedente su hernia reproducida. Mi respetable colega el Dr. Villaronga, así como el Dr. Giol lo ven, durante mi ausencia: el primero de los compañeros nombrados administra una poción de morfina y esparteina é indica ponerle su braguero de ese lado pues la hernia hace inmensa providencia á cada contracción dolorosa. La temperatura es normal: las contracciones dolorosas se repiten, y por la noche impiden dormir al enfermo.

*Día 31 de Mayo.*—El paciente continúa en el mismo estado.

*Día 1o. de Junio.*—Continúa lo mismo. No ha soportado el braguero y han tentido que quitárselo.

*Día 2 de Junio.*—Hoy, día de mi regreso de la Capital, voy á ver mi cliente á las 2 p. m. El practicante lo tenía sobre la mesa y estaba haciéndole una cura: la herida presentaba muy buen aspecto. Las facies del enfermo me llamó la atención: tenía un *rietus* de aspecto cónico: aquella cara tenía una sonrisa dolorosa que me llamó mucho la atención. Fíjeme en el dolor que presentaba y pude observar una verdadera contractura de los músculos de la región antero lateral izquierda del abdomen, particularmente hacia abajo, la cual determinaba la mayor prominencia de la eventración: presentaba la dicha contractura un carácter paroxístico muy marcado y un reflejismo no dudoso. Bastaba tocar la pared hacia la parte inferior para dar nacimiento enseguida á una convulsión tónica de los músculos citados: aquello denotaba un aumento del poder excite-motor de la médula. La confusión fué grande para mí

ante aquel único síntoma y no quise dar acogida al pavoroso diagnóstico que se cernía sobre mí mente: pretendí hacerme optimista y pensé que aquello era debido á gran desarrollo de gases intestinales por fermentaciones, los cuales al aumentar el peristaltismo daban lugar á lo observado. Su temperatura era de 36°, 2 y su pulso blando: ordené 250 gramos de suero de Hayem y una inyección de  $\frac{1}{2}$  centígramo de morfina para calmar aquellas contracciones que tanto hacían padecer al enfermo, y por último le pongo un vendaje en espica para contener la eventración que era ya amenazante. Tan desfavorable fué la impresión que me produjo tal cuadro que olvidé le dieran unas obleas de bismuto, carbón y benzonaftol, polvos absorbentes y desinfectantes, tan adecuados á mi *optimista diagnóstico expresado*, pero no creído del todo.

*Día 3 de Junio.*—El enfermo no ha dormido en toda la noche. La temperatura á las 9 a. m. es de 36°, 7. Ordeno las obleas arriba mencionadas y me retiro: vuelvo á las dos horas, y se me informa que con mucha dificultad había podido tragar una: había pues *disfagia*: síntoma nuevo. Ordeno se le inyecten 250 grs. de suero, y ya poniendo á un lado todo optimismo, y doloroso es confesarlo, toda esperanza, inyéctole  $\frac{1}{2}$  centígramo de morfina y ordeno lavativas de 1 gramo de hidrato de cloral cada hora.

El paciente que, desde el comienzo de sus contracturas, el 30 de Mayo, había estado apirético, tiene hoy á las 4 de la tarde 39°

6 p. m. — T. 39°  
8 p. m. — T. 39°  
12 de la noche — T. 39°

Como se vé, apesar de la exigüidad de síntomas, presentando como únicos, convulsiones de un grupo musculado y disfagia, yo diagnosticaba para mis adentros, *tétanos*, y el tratamiento traducía mi diagnóstico.

*Día 4 de Julio.* A las 4 de la mañana la temperatura continuaba la misma—39°—y las 7 a. m. estaba en el mismo punto: la hipertermia sostenida hacía grave el pronóstico. Se continuó el uso del cloral, como anteriormente. A las 9 a. m. su temperatura es de 38°: le inyecto 0.01 de morfina y 400 gr. de suero fisiológico buscando eliminar tóxicas. Se continúa el uso de las enemas de cloral cada hora. A las 10 a. m. tiene 38°, 6 y á las 11 a. m. 38°, 2. Las contracturas se han morigerado: el enfermo duerme, pero con cualquier ruido despierta y despiertan las convulsiones. Desde esta hora á las 5 p. m. se le inyectan 0,02 centigr. más de morfina: el enfermo ya no habla y está *afático*: hay parálisis completa de los músculos deglutidores. Poco después cae en coma estertoroso con una que otra convulsión: lo vuelvo á ver á las 8 de la noche y está preagónico. La temperatura continuó subiendo durante la noche, al decir de la hermana de la Caridad, sin que se le pusiera el termómetro. A las tres horas y media del siguiente día, 5 de Julio; es decir, cinco y media horas después, el paciente se extingüía en cama.

Esta es, señores, la historia del caso clínico que os prometí relatar. Como véis es altamente instructivo bajo el punto de vista anatómico por tratarse de una variedad de hernia no común [hernia del ciego con mesociego, también llama Hernia de Scarpa] y por el mecanismo de su producción, como veremos más adelante; bajo el punto de vista clínico, por los múltiples episodios ocurridos, la mayor parte no imputables á la intervención, graves todos en un enfermo como el nuestro y que pudieron felizmente conjurarse, y por último, por la inesperada cuanto traídora complicación, el tétanos que se presenta en escena quince días después de la operación, evolucionando con una fisonomía anómala, nunca vista y matándolo al fin; bajo el punto de vista terapéutico por cuanto la cura radical comporta inevitablemente una hernio—la parotomia así como por el cuidado que debe tenerse en respetar la adherencia de la viscera al saco herniario—la *adherencia carnosa natural* como la designó Scarpa, toda vez que ella constituye una adherencia *anatómica* y no el relicario de un proceso inflamatorio.

Aun cuando yo he procurado ir comentando, á medida que relataba, los episodios de este proceso quiero hacerlo ahora aunque brevemente acerca de tres puntos esenciales que se refieren al caso presente y son (1°.)

Discutir el diagnóstico de tétanos y buscar el origen de esta complicación. (2<sup>a</sup>) Señalar el mecanismo de las hernias del ciego según los últimos estudios de esta materia. (3<sup>a</sup>) Recordar la acción fisiológica de las soluciones cloruradas, señalar sus dosis; sus peligros, sus indicaciones.

(1) *Tétanos*. Es evidente que en gran parte llegamos por exclusión al diagnóstico aludido, puesto que su sintomatología fué muy exigua y equívoca por añadidura. En efecto, allí solo hubo convulsiones dolorosas paroxísticas limitadas á un grupo muscular, aumento del poder excito motor de la médula manifestado por el despertar de las convulsiones al más ligero tocamiento de la región convulsivante, disfagia durante los tres últimos días, expresión de dolor en la cara. Tomados estos síntomas uno á uno resultan equívocos y tomados en conjunto también; sobre todo no responden al cuadro clínico del tétanos típico ni aun del atípico hasta ahora descrito.

No hemos leído, ni visto en nuestra práctica, ni oído decir á ningún maestro de tétanos sin *trismus*, ó abriendo la escena ó bien secundariamente, ni sin contractura de los músculos de la nuca; hay más ni emprostotóricos, ni pleurostotóricos, ni opistótonos, ni ortotonos—ninguna de estas actitudes presentó nuestro caso.—Acostado sin trismus ni tigiditis, con las piernas pegadas sobre los muslos, las que estiraba cuando á bien tenía y con las convulsiones que hemos señalado tal fué siempre su actitud.

Bien sabemos que no siempre se generalizan las convulsiones en el tétanos; pero también sabemos que nunca se localizan á un solo grupo muscular. No ignoramos que hay muchas formas de tétanos, entre ellos, el disfágico, cuyos principales síntomas son el opistótonos cervical, la disfagia; más tarde la disnea: nada de eso en nuestro caso y además la disfagia fué secundaria. El tétanos cefálico (variedad bastante curables) caracterizado por la localización de las contracturas á los músculos írrevaud por los nervios craneanos y por parálisis facial unilateral.—Kussmaul. (1).

Ha señalado una forma que denomina *tétano abortivo*, de síntomas atenuados; pero nosotros ignoramos su descripción; y en todo caso, en el nuestro los síntomas no eran atenuados sino exiguos. Ante tal análisis sintomatológico hemos debido desistir de pensar en que aquello fuera tétano y no obstante nosotros lo sostuvimos y lo sostenemos en nombre de la Clínica, lamentando no haber sido posible ratificar bacteriológicamente tal postulado. Por exclusión hemos llegado á esa conclusión: en efecto con quien podía confundirse ese estado patológico caracterizado por convulsiones dolorosas paroxísticas limitadas á un grupo muscular (que ya conocemos), exacerbadón del poder excito-motor de la médula; contractura de los músculos deglutidores? Con un estado histérico? De ningún modo: la histeria está caracterizada por convulsiones clónicas más bien que tónicas. Además las contracturas sobrevienen en la histeria después de un ataque. Sin contar á todo esto, con los conocidos estigmas de dicha neurosis. Con un ataque de eclampsia? Aquí las convulsiones son tónicas y clónicas, hay pérdida del conocimiento, las convulsiones comienzan por los miembros. Con un envenenamiento agudo por la estricnina? Son los estados que más se parecen; pero hay que tener en cuenta los conmemorativos: además las convulsiones comienzan de abajo á arriba, hay trastornos gástricos, delirio al final y evolución muy rápida—nada de esto en nuestro caso.—Con el envenenamiento lento por la estricnina? Sacudidas convulsivas fulgurantes de los miembros, *dilatación pupilar*, exageración de los reflejos, a veces acromatopsia: nada de esto en nuestro caso. Con la tetanía? Localización de las convulsiones á uno ó muchos grupos musculares del miembro superior. No existían los signos de Trousseau y Weiss propios de la tetanía. Por exclusión llegamos á nuestro diagnóstico; pero hemos de confesar que se trata de un *tétano abortado*, raro, atípico; anómalo completamente. La muerte que generalmente sobreviene en los tetánicos por asfixia, inanición ó agotamiento nervioso fué por coma, en nuestro caso; pero cabe suponer que el agotamiento nervioso se tradujo por coma.

(1) Citado por Ricard in Art. Tétanos du Traiti de Chirurgi de Le Dent & Delbet t. I pag. 107.

Respecto á la patogenia de esta infección creo que su puerta de entrada no fué mi traumatismo operatorio, pues apareció 15 días después de aquel, y si bien el período de incubación se extiende á veces hasta el 15<sup>o</sup> día, esto es la excepción, y en clínica no debemos comenzar por las excepciones. Juzgo más verosímil creer que entró por alguno de los muchos pinchazos hipodérmicos ó por algún microtrauma interno ó externo y haber jugado un papel muy importante la circunstancia de estar en fábrica un pabellón del Hospital y como consecuencia haber habido gran *movimiento de tierra*: es cosa averiguada que el bacilo de Nicolaier es un germen telúrico.

(20.) *Mecanismo de las hernias del ciego*. Los que podríamos llamar clásicos antiguos, hasta Malgaigne, así como los clásicos modernos, hasta Tuffier, que se han ocupado de la anatomía del ciego, han estado en el error respecto al modo de comportarse la serosa peritoneal para con dicha viscera: y de allí que hayamos vivido en otra inexactitud hasta hace poco acerca de la patogenia y mecanismo de las hernias de dicha porción intestinal. En efecto, según nos dice Jaboulay (1), antiguamente se consideraba el ciego no rodeado por el peritoneo y así lo atestiguaban desde Praxagoras, Celso, Vesalio, Bauhin, Falopio, Franco y Santorini hasta Malgaigne. Viene luego Bardeleben, en 1849, á echar por tierra esas ideas que complementan otros anatómicos, entre ellos, Sir Frederic Treves, el tan conocido cirujano inglés, y Tuffier (2) en 1887 en una obra que ha permanecido clásica y que hemos tenido ocasión de consultar con motivo de un trabajo inédito nuestro sobre "las fosetas peritoneales del ciego." Este último autor nos describe el ciego cubierto todo por el peritoneo; pero afirma que en ciertos casos puede no estar revestido completamente por la serosa y que además el cólon ascendente está desprovisto de peritoneo visceral en su cara posterior.

Es justamente ese error fundamental el que ha creado un mecanismo inexacto de las hernias cecales. Correjo primero por el profesor Jonnesco de (Bucarest) (3) quien dice; "que nunca está situado el ciego detrás del peritoneo parietal sino por delante de él," lo que equivale á decir que la cara posterior del ciego no reposa nunca inmediatamente sobre el tejido celular de la fosa iliaca sino sobre el peritoneo parietal, al cual está soldado á veces. Leriche y Cavaillon (4) ratifican esta verdad anatómica. Ellos han combatido la división anatomo-patológica de las hernias cecales, en hernias de saco completo, incompleto, y sin saco, toda vez que dichas hernias tienen siempre su saco completo puesto que el ciego es siempre un órgano *intraperitoneal*: combaten asimismo el mecanismo de báscula explicado por Tuffier de este modo: el colon se *decortica*, se desnuda de su túnica peritoneal, desliza bajo el peritoneo de la fosa iliaca, *remolca al ciego*, el cual no desliza sino que bascula, aparece por su cabeza y luego por el fondo. Este mecanismo implica pues la bascula del cólon arrastrando, remoleado al ciego; mas según Jaboulay, Le Dentu y otros, podría producirse la bascula primitiva del ciego, siguiendo el mismo trayecto, cuando este tiene mesociego.

Se fundan los autores citados para conceptuar falso este mecanismo en que el ciego no es nunca un órgano *retroperitoneal*, como se necesitaría para producirse el mecanismo de Tuffier y además que ni el ciego ni el cólon pueden decortirse de su peritoneo, *desperitoneizarse*, pues la serosa está íntimamente unida á la musculosa entre otros lazos por ser ella el "porta-vasos y nervios del intestino" y habría que romperse todas esas adherencias vasculares. Cavaillon & Leriche en su reciente y muy trascendental artículo, el cual casi transcribiremos, demuestran que el ciego es siempre intraperitoneal y que evoluciona del modo siguiente: en el período fetal sería flotante con el mesenterio común: poco á poco se iría estableciendo un proceso de coalescencia entre su peritoneo y el peritoneo parietal hasta llegar á soldarse completamente, comenzando por el borde exterior de dicha viscera. Después de soldarse podría irse movlizando

(1) Jaboulay.—Art. Hernies du Traité de Chirurgie de L<sup>e</sup> Dentu & Delbat, t. VII. p. 686.

(2) Tuffier. Etude Sur le Cæcum et ses hernies. Archives gen. de Médecine, 1887.

(3) Jonnesco.—Art. Tube Digestif in Traité d' Anatomie Humaine de Paul Poirier.

(4) Cavaillon & Leriche.—Mecanisme et pathogenie del hernies du Cæcum. Semaine Médicale 1907. N<sup>o</sup> 12.

por estiramiento de la adherencia entre ambos peritoneos y así podría formarse el *meso*. Así la disposición flotante constituiría el *tipo fetal*; la adherida el *tipo adulto*, y aquella en que el estiramiento se produjera dando lugar al *meso* constituiría el *tipo senil*; bien entendido que entre esos estadios habría otros de transición. Cavaillon & Ancel han descrito los cinco tipos siguientes:

(1♀) Ciego flotante. (2♀) Ciego adherido, por su borde exterior, al peritoneo parietal posterior (gran foseta retrocecal). (3♀) Ciego adherido en gran parte de su extensión; pero con su fondo libre. [4♀] Ciego completamente adherido al peritoneo parietal. [5♀] Ciego con meso [adquirido secundariamente].

Los autores aludidos admiten el mecanismo clásico: descenso, deslizamiento y báscula, los cuales corresponden á las distintas etapas evolutivas del ciego, que hemos descrito.

*Hernias por descenso.* Se hacen por este mecanismo la variedad de ciego flotante: el se encaja en un trayecto preformado [hernia doblemente conjunta] ó adquirido. Estas serían las de saco completo.

*Hernias por deslizamiento.* Estas se hacen no por deslizamiento del meso colón, como dicen algunos, sino por deslizamiento del peritoneo parietal. Y justamente se hernian de este modo los ciegos adheridos parcial ó totalmente en superficie al peritoneo parietal, así como los adheridos por tracción, es decir los ciegos con meso ciego: las hernias que corresponden á esta modalidad se les llama hernias de Scarpa. Son estas las que se habían designado de *Saco incompleto*, cuando en realidad el saco es completo: solamente que está tabicado.

*Hernias por báscula.* Se llevan á cabo con ciegos adheridos solo por su borde exterior: la báscula es intraperitoneal siempre. Son estas las llamadas hernias sin saco. Aparecen como tal; pero anatómicamente este existe; lo que sucede es que está en sínfisis casi total por adherencias casi íntimas que se establecen por el movimiento de báscula, entre el saco herniario y el peritoneo visceral.

En resumen: el ciego flotante se hernia por *descenso*; el ciego adherente por *deslizamiento*; el ciego con foceta por *báscula*.

(3♀) *Inyecciones de Suero.* El escocés Tomás Latta, en 1832, fué el primero en emplear las inyecciones hipodérmicas de soluciones cloruradas sódicas: se sirvió de ellas, en coléricos, con el fin de reparar las pérdidas, en agua y sales, de su sangre. El profesor Hayen tiene la gloria de haber resucitado tal método en la epidemia colérica de 1884, en Francia. El primero usaba una solución de cloruro de sodio y subcarbonato de soda; el segundo una de cloruro y sulfato de soda. Golvet y Laffont, en Francia, en 1877 usaban la solución salada contra las grandes hemorragias al propio tiempo que Kronicker y Lander en Alemania. En 1889 Dastre las ensaya, sin éxito, en animales inoculados con toxinas ó culturas virulentas.

Su empleo contra las infecciones peritoneales es discutido en la Société de Chirurgie de Paris en los años de 1895 á 1896 con motivo de un informe de Pozzi relativo á un caso del Dr. Berlin [de Nice]. En dichas discusiones vino á verse que hacía tiempo la usaban la mayoría de los cirujanos de los hospitales de Paris, á grandes dosis, y particularmente contra las infecciones peritoneales. A partir de allí Pierre Delbet [1] lo ensaya en el hombre en tres casos de infecciones graves con buen resultado notando como hecho culminante, el descenso de la temperatura consecutiva á su administración: el agregó que solo los baños frios pueden equipararse como método antitérmico y opinó que su acción antipirética no es una simple acción física, sino que se trata de fenómenos mas complexos hasta entonces ignorados. El mismo Delbet [2] hace igualmente ensayos en los animales y comunicó sus resultados á la Sociedad de Biología. Hélos aquí en resumen: inyectó á un perro de 4 kg. 300 de peso—0,003 miligr. de estrienina é inmediatamente después le inyectó suero fisiológico: el animal curó. Comprobó asimismo que bajo la influencia de la solución salada el número de glóbulos rojos disminuía, pero aumentaban en volumen. Además, observó que el suero no aumentaba la presión arterial

(1) Pierre Delbet—De l'hematocatharsise—Presse Medicale 22 fevrier 1896.

(2) Comptes rendu de la Société de Biologie (Séance du 6 juin 1896).

cuando esta era normal, aun inyectando grandes cantidades: asimismo en los casos de presión elevada la inyección no modificaba la presión.

Poniendo á un lado este ligero esbozo histórico conviénesenos saber cual es la acción fisiológica de la Sol. Salada. De una manera general se dice que el suero fisiológico obra estimulando la tensión sanguínea, provocando en consecuencia la diuresis, arrastrando toxina al exterior sobretudo al través del filtro renal, haciendo así un lavado de la sangre y determinando la leucocitosis. Parece sin embargo que la acción varía según la dosis: á pequeñas dosis su acción sería dinamogénica y se traduciría por el estímulo de los centros nerviosos y por la excitación de de los órganos hematopoyéticos.—El prof. Lepine [1] en notabilísimo artículo parecido recientemente nos demuestra que las inyecciones de suero á pequeñas ó á grandes dosis obran como excitantes de los órganos hematopoyéticos y de ningún modo por repleción vascular: que obran en gran parte por el cloro de cloruro de sodio pues las soluciones entonces de sales neutras determinan una reacción menor, y que aumentan el poder glicofílico de la sangre.

De una manera general podemos decir que la acción es compleja.—En efecto, Bosc y Vedel [2] han observado que la Sol. salada al 7[1000, inyectada á altas dosis, por vía subcutánea ó intravenosa "atenúa y aún impide la infección colibacilar; favorece la eliminación de las sustancias tóxicas, por acción osmótica y diurética, regenera los glóbulos rojos alterados, activa el movimiento nutritivo y el funcionamiento de los órganos, sobretudo de los hematopoyéticos, disminuye el poder globulicico del suero patológico, excita en fin, la fagocitosis". Turró y Pi-Suñer excitados por Lepine, han notado también como resisten los conejos á las infecciones carbonosas y estreptocócicas cuando se les inyecta suero fisiológico por vía venosa y á dosis macizas. Según ellos la Sol. Salada obraría haciendo pasar á los humores una gran cantidad de alexinas. Yo traduzco todo esto diciendo que el suero, á pequeñas dosis, obra excitando y á grandes dosis barriendo.

Bouchet (3) cree que el suero no obra por su masa sino por una acción refleja sobre el sistema vasomotor: juzgo inútiles las grandes dosis y sobretudo perjudiciales en las grandes hemorragias pues que la mucha cantidad de agua, al aumentar la tensión arterial, podría hacer volver la hemorragia; y el exceso de cloruro de sodio no eliminado traería la hipercloruración—la retención clorurada—con todos sus accidentes desde el simple edema de la piel hasta el del pulmón y la asistolia aguda.

De todo lo expuesto podemos deducir bajo el punto de vista terapéutico que las pequeñas dosis de suero están indicadas [1?] en las hemorragias post-traumáticas ó post-operatorias [100 á 200 gramos á la vez y por día]. [2?] En las anemias graves que no ceden al hierro y al arsénico, aprovechando su acción sobre la hematopoyesis. [3] en el Shock traumático.

Las grandes dosis estarían indicadas siempre que quisiéramos aprovechar su acción compleja, en las enfermedades infecciosas y las intoxicaciones, como Delbet lo ha comprobado y Bosc y Vedel lo han ensayado en la pneumonía, fiebre tifoidea, uremia, etc., y muy particularmente en las infecciones peritoneales, sobretudo en las generalizadas: con este fin se han inyectado dosis enormes al día (casos de Lejard, Guinard y otros). Creemos, no obstante, que apesar de los grandes éxitos no debe abusarse de esas dosis: que debe antes consultarse el poder eliminador del riñón y el grado de elasticidad de las arterias, y así evitar los accidentes á veces mortales consecutivos á la hipercloruración ó á las rupturas vasculares. Así pues, es nuestro criterio, que cuando estén indicadas las grandes dosis se estudie el funcionamiento renal por el exámen químico de la orina, particularmente por el dosaje frecuente de los cloruros, y haciendo las pruebas de la eliminación provocada. Cuando este exámen nos autorice á usar las dosis macizas no inyectar más de 500 gramos cada vez (repeti-

(1) R. Lepine. Les phénomènes reactionnels en therapeutique.—Semaine Medicals.—1905.—No. 5.

(2) Citados por Lépine in Op. Cit.

(3) Bouchet. La question de quautite dary les injectory de Serum apris les hemorrhagies post-traumatiques on post-operatories. Index Medical et Bulletin Medical.—May 1907.

das según el caso) y teniendo, no obstante en cuenta, que aún con riñones sanos pueden presentarse dos accidentes de retención clorurada y que antes de aparecer el edema, existe el *preedema* de Vidal y Javal.

#### CONCLUSIONES.

- (1º) Todas las hernias del ciego son intrasaculares.  
 (2º) Las teorías acerca de las patogenia y mecanismo de las hernias del ciego, reinantes hasta hoy, deben desecharse por consagrar un error anatómico fundamental.  
 (3º) Nos asociamos á los Sres. Cavaillon & Leriche en su teoría acerca del mecanismo de las hernias de ciego.  
 (4º) Las hernias cecales se hacen por descenso, deslizamiento del peritoneo parietal ó báscula intraperitoneal.  
 (5º) El tratamiento de las hernias del ciego por deslizamiento es la hernio—la parotomía seguida ó no de colopexia.  
 (6º) El tétano puede presentarse bajo una forma abortiva, frustrada, atípica (sin trismus ni rigidez de la nuca), no descrita hasta ahora antes que nosotros.

Ponce, Julio de 1907.

FRANCISCO H. RIVERO. (M. D.)

Miembro de la Academia de Medicina de Caracas, y de la "Asociación Médica" de Pto. Rico.

## BIOGRAFIA

DEL DR. CARLOS B. HOHEB.

Sacrificar la florida juventud al estudio, la edad proveccta á la ciencia y á la humanidad, posponer goces legítimos, holguras y comodidades en aras de una misión voluntariamente impuesta, misión de filantropía y caridad, aliviar los dolores físicos y morales de la doliente humanidad, sin ningún objetivo por lucro, sin ningún ideal egoista, sin ningún pensamiento bastardo y poco noble, sino en caso del deber cumplido, por altruismo, por amor, por caridad; dedicar una vida de lzoobras y contrariedades, atendiendo á las exigencias perentorias de la vida material, y á las reclamaciones ineludibles de la vida intelectual, sin recursos pecuniarios, sin otra ayuda, sin otra riqueza, que la que encierra un cerebro pletórico de conocimientos y la que guarda un corazón rebozando buenos sentimientos; hacer todo esto, y que á la postre, ese nombre se dé al olvido, que ese nombre sea ignorado, que ese nombre no sea enzalzado; para que sirva de estímulo á los compañeros, de ejemplo á los ciudadanos, de galardón á su estirpe, de legítimo tributo á su memoria; ese olvido sería la más grande de las injusticias, la más fea de las ingratitudes, la más horrible de las iniquidades.

Por eso uno y otro día honra sus columnas el BOLETIN MEDICO con la biografía de aquellos ilustres varones, que como el Dr. Don Carlos B. Hoheb, hicieron de su profesión un apostolado, de la ciencia un culto y una religión del trabajo.

Este distinguido médico puertorriqueño vé la luz primera en la bella ciudad de Mayagüez el 16 de Noviembre de 1845. Los tres lustros primeros de su vida son dedicados á adquirir la instrucción primaria y secundaria, única, que por desgracia se ha podido jamás, cursar en Puerto Rico.

Su país carece de Universidades donde nutrir su cerebro sediento de conocimientos; pero allá en la vieja Europa, en el cerebro del mundo, en la ciudad de la refinada cultura y el cosmopolitismo de las ciencias, está la academia de París, que les brinda linfa pura donde refrigerar sus sedientos labios y manantial inagotable donde nutrir su entendimiento esclarecido. Y el 5 de Julio de 1869, á los 24 años de edad, premia sus afanes y su amor al estudio, concediéndole el título de Dr. en Medicina y Cirujía. Pero el Dr. Hoheb, quiere unir á la riqueza de los conocimientos, el caudal de la experiencia y de la práctica, y en vez de retornar á su país á hacer gala de su título honorífico, ingresa en el Hotel Dieu, á recibir lecciones más amplias, de seguir con la lente, la entonces embrionaria ciencia de la microbiología.

En la Academia, adquirió conocimientos, en el Hospital los solidificó, practicó y confirmó. La una le hizo Dr. en Medicina, el otro lo hizo *Médico*. Porque el ojo clínico y la habilidad del bisturí, no lo dá ninguna Universidad, eso sólo lo suministran los hospitales.

Años más tarde retorna, precedido de justa fama á servir la titular de Isabela, perspectiva brillante que tienen casi siempre á los que sacrifican juventud, salud y dinero en seguir una carrera universitaria. Más tarde desempeña la plaza de Médico de Sanidad de Mayagüez su pueblo natal. Durante este lapso de tiempo dá á conocer su carácter íntegro, su corazón caritativo, su moral médica rigurosa. Guardaba el secreto médico con tal sigilo y reserva como el confesor más escrupuloso. A propósito de esto cuéntase, que con motivo del cobro de unos honorarios tuvo que llevar á los tribunales á un señor de cuya familia había sido médico por varios años y guardaba secretos muy comprometedores para el buen nombre de aquel hogar. Esto lo sabía el curial que intervenía en el pleito y le propuso el uso del secreto profesional como arma segura para tranzar prontamente aquella enojosa cuestión; á lo que contestó el Dr. Hoheb:

“Eso que V. me propone una villanía y los que hacen villanías, no se llaman doctores, se llaman villanos.” Y molesto por aquella insinuación envió el recibo de saldo de su cuenta, motivo del litigio.

Su corazón bondadoso y caritativo le hacía muchas veces recoger los enfermos, darle albergue, sustento, medicinas y asistencia hasta que recobraban la salud, ayudándoles después pecuniariamente para que tuviesen éxitos en su labor.

Era el Dr. D. Carlos Hoheb habilísimo Cirujano, siendo especialista en enfermedades de mujeres y niños. Pero no solo la ciencia médica había sido objeto de sus estudios, cultivaba con provecho la literatura y las bellas artes, dominaba algunos idiomas, el francés, el español, el inglés, el italiano y el alemán le eran familiares y los secretos del instrumento que inmortalizó Litz, los conocía á conciencia.

El día 1º de Diciembre de 1877 contrajo matrimonio en Mayagüez, su ciudad natal y poco más tarde, por recomendación del Doctor Betances se trasladó á la república de Haití donde desempeñó el cargo de cónsul de Santo Domingo, ejerciendo su profesión por espacio de dos años hasta la sangrienta revolución del 83 que le obliga dejar el país, su clientela y su farmacia refugiándose en un buque de guerra inglés que los traslada á Jamaica.

Pero los progresos continuos de la ciencia médica le estimulaban á proseguir sus estudios con ahinco; él profesaba la creencia que en la Universidad se aprende á estudiar solamente y que el médico se forma por su esfuerzo y por su inteligencia. No bastaban los periódicos y Revistas científicas, él tenía que volver á visitar las grandes urbes europeas donde germinan y se elaboran las grandes evoluciones científicas, y á Europa marcha visitando Universidades, Hospitales y Anfiteatros en Berlin, Bruselas y Paris.

Mas tarde marcha á Panamá con el nombramiento de Médico de la Compañía del Canal en la sección de "La Boca", siendo ascendido luego á médico del Hospital Central, de la misma compañía, en la capital, permitiéndole, además, atender á su clientela particular.

Al mismo tiempo era nombrado por el Gobierno médico del ejército. Por último, sustituye al ilustre Dr. Lacroisade, que retorna á Francia, en el alto puesto de Médico Jefe del Servicio Sanitario y del Hospital Central de la Compañía del Canal.

En este cargo adquirió la enfermedad que había de llevarle al sepulcro. Con una asidua labor no compensada con reparador descanso, viajes de recreo y expansiones sociales; en un clima enervante y una zona insalubre la enfermedad que venía minando su organismo tiene fatal desenlace el 8 de Agosto de 1898 á bordo del vapor "Alliance" en viaje á New York donde se dirigía en busca de la salud perdida.

Rinde la jornada de la vida á los 53 años de edad dejando un apellido inmaculado á su familia dignos ejemplos que imitar á sus conciudadanos, incentivos de emulación á sus compañeros y nombre ilustre á su patria.

---

# Porto Rico Anemia Commission.

OFFICE OF THE CHAIRMAN.

RIO PIEDRAS, P.-R.

MOVIMIENTO de enfermos habido en las Estaciones de la Comisión de Anemia de Puerto Rico durante el mes de Mayo de 1907.

ESTACIONES.	SERVICIO DE DISPENSARIO				SERVICIO DE HOSPITAL			
	Admitidos.	En tratamiento.	Curados.	Fallecidos.	Admitidos.	Altas en curación.	Curados.	Fallecidos.
Rio Piedras 5 semanas	307	1,130	47	1				
Mayagüez 5 "	370	1,596	95		9	5	3	1
Lares 5 "	645	3,261	528	1	6	3	2	2
Albionto 5 "	256	1,334	127					
Añasco 5 "	389	3,430	118					
Bayamón 5 "	129	215	57		22	3	1	
Barros 5 "	324	1,955	94					
Barranquitas 5 "	110	677	34					
Coamo 5 "	174	1,042	211	2	3	2	3	
Corozal 5 "	456	2,413	157					
Comerio 5 "	116	1,222	39					
Guayama 5 "	50	186	1		1	3	1	
Juncos 5 "	371	1,820	171	4				
Manatí 5 "	833	5,594	206		2			
Morovis 5 "	223	1,414	45	2				
Las Marías 5 "	213	2,841	115					
Ponce 5 "	305	855	74		7	2	5	1
Quebradillas 5 "	857	2,397	375					
San Germán 5 "	1,003	5,378	476		2		1	
San Sebastián 4 "	412	2,042	175					
Utua 5 "	501	1,668	367					
Vega Baja 5 "	249	1,806	28		2	1	1	
Yauco 5 "	349	356	192	1				
Isabela 5 "	376	1,722	157					
Humacao 5 "	824	4,466	257	1	5	1	1	2
Arecibo 5 "	444	2,525	109		1			
Arroyo 5 "	58	416	25					
Cabo Rojo 5 "	168	1,429	134					
Cayey 5 "	443	2,642	50					
Vieques 5 "	177	1,992	33		1		1	
Aguada 5 "	152	1,139	60	1				
Aguadilla 5 "	560	957		1				
Adjuntas 5 "	1,489	1,762	25					
Fajardo 2 "	83	50						
Total.....	13,516	63,032	4,582	14	61	20	19	6

CASAS VISITADAS POR LOS INSPECTORES DURANTE EL MES DE MAYO:

Río Piedras .....	110
Mayagüez.....	109
Lares.....	88

# Porto Rico Anemia Commission.

OFFICE OF THE CHAIRMAN.

RIO PIEDRAS, P. R.

MOVIMIENTO de enfermos habido en las Estaciones de la Comisión de Anemia de Puerto Rico durante el mes de Junio de 1907

ESTACIONES.	SERVICIO DE DISPENSARIO				SERVICIO DE HOSPITAL			
	Admitidos.	En tratamiento.	Curados.	Fallecidos.	Admitidos.	Altas en curación.	Curados.	Fallecidos.
Río Piedras 4 semanas	230	862	49		1			
Mayagüez 4 "	247	1,075	80		1	12	4	
Lares 4 "	413	2,185	515		3	5		
Aibonito 4 "	296	1,245	89					
Añasco 4 "	282	2,251	119					
Bayamón 4 "	129	233	79		5	11	4	1
Barros 4 "	197	1,798	96					
Barranquitas 4 "	51	436	40					
Coamo 4 "	113	1,009	88		2	1		
Corozal 4 "	377	2,364	160	1				
Comerio 4 "	106	861	90					
Guayama 4 "	33	106	3		6			
Juncos 4 "	296	1,245	148	6				
Manatí 4 "	137	3,097	565	1	3		1	1
Morovis 4 "	177	836	29					
Las Marías 4 "	130	1,206	60					
Ponce 4 "	315	1,007	57		5	1	4	
Quebradillas 4 "	695	2,084	297					
San Germán 4 "	762	4,232	455		1		3	1
San Sebastián 2 "	144	427	110					
Utua 2 "	98	578	18					
Vega Baja 4 "	162	1,511	15		1		1	
Yauco 4 "	202	251	155					
Isabela 4 "	237	1,341	160		2	2		
Humacao 4 "	243	3,526	142					
Arecibo 4 "	215	1,514	35		2			
Arroyo 4 "	35	185	4					
Cabo Rojo 4 "	83	604	53					
Cayey 4 "	306	1,387	251					
Vieques 4 "	48	760	8		1	2		
Aguada 4 "	53	666	106	1				
Aguadilla 4 "	371	1,446	18					
Adjuntas 3 "	523	1,971	121	1				
Fajardo 4 "	116	193						
Total.....	7,822	44,992	4,215	10	33	34	17	3

## CASAS VISITADAS POR LOS INSPECTORES DURANTE EL MES DE JUNIO.

Río Piedras .....	113
Mayagüez.....	41
Lares.....	78

## SECCION INFORMATIVA.

Ha sido acuerdo que la próxima sesión científica tenga lugar en la ciudad de Mayagüez el domingo día 6 de Octubre á la hora de costumbre y en el lugar que señale oportunamente nuestro Delegado de esta ciudad.

\*  
\* \*

Entre los importantes acuerdos tomados por la Junta Directiva de la Asociación Médica, en su última sesión, celebrada el 27 del pasado mes, figura uno de especial transcendencia para la clase médica de la Isla.

El de llevar á cabo una magna reunión de médicos en la ciudad de Ponce, en fecha que se notificará oportunamente, esto es, cuando los trabajos preliminares para ella hayan llegado á su término, lo cual seguramente sucederá días antes de la apertura de la próxima Asamblea Legislativa.

Los miembros de ésta, quedarán así mejor y recientemente impresionados por las decisiones de aquélla, cuyas decisiones habrán, sin duda alguna, de traducirse en leyes, representando ideas benéficas y satisfaciendo necesidades sentidas y reclamadas por la opinión pública como garantía en la conservación de la salud.

En dicha reunión, á la que es preciso que concurra el mayor número posible de médicos, bien personalmente ó bien por delegación, recomendando que asistan todos para que tengan más fuerza de acción los acuerdos, se tratará también de cuanto afecte al orden material y moral de nuestra clase, procurando llegar á soluciones prácticas que verdaderamente tiendan al mejoramiento de la misma, y como es natural, á que los servicios públicos que se rindan resulten más eficientes que en la actualidad.

En este último orden de ideas, es claro, que habrá de abordarse ámpliamente el problema de la división del trabajo, dándoseles verdadera organización á los servicios sanitarios, á los de la Beneficencia municipal como también á los médicos-legales

Como labor preliminar de la expresada reunión, hay el propósito de que comisiones de médicos de las cabeceras de distrito recorran sus pueblos respectivos é interesen en todo este trabajo á los médicos de los mismos, á fin de que todos contribuyan á este esfuerzo supremo de la clase, haciendo valer por este medio los legítimos deseos y sanas aspiraciones que debe algún día ver realizados, siendo ésta, una de las ocasiones más propicias para ello.

No queriendo la Asociación Médica tener en este asunto más participación que la de la iniciativa, por motivos de todos conocidos y que sería enojoso apuntarlos aquí, ha encomendado la dirección de dichos trabajos preparatorios al Dr. Gutiérrez Igaravidez, dejándolo en libertad de acción para que unido á otros profesores distinguidos, que él elijirá, conduzcan á feliz término la magna obra cuyo pensamiento bulle en la mente de todos.

\*  
\* \*

Cumpliendo lo anunciado en nuestra pasada edición, damos hoy á conocer el número de asociados que en la actualidad cuenta la Asociación Médica como se vé en la siguiente

## RELACION DE ASOCIADOS.

### SOCIOS DE HONOR.

B. K. Ashford	Washington.
Pedro Gutiérrez Igaravídez	San Juan.
W. F. King	Washington.
Agustín Stahl	Bayamón.
Isaac González Martínez	San Juan.

### SOCIOS NUMERARIOS. (1)

José E. Saldaña	Mayagüez.
Gabriel Villaronga	Ponce.
Eusebio Coronas	Ponce.
Tomás Vázquez	San Juan.
Pablo Font Martelo	Humacao.
Martín Travieso	Mayagüez.
W. F. Lippitt	San Juan.
Guillermo Vives	Ponce.
Florencio Suárez	Ponce.
Guillermo Curbelo	Arecibo.
J. Martínez Guasp	Mayagüez.
Luis Vadi	Mayagüez.
Manuel Martínez Roselló	Arecibo.
Mannel Guzmán Rodríguez	Mayagüez.
Guillermo Carrera	Vieques.
Rafael Gatell	Yauco.
Carlos Vogel	Ponce.
Guillermo Salazar	Ponce.
Gustavo Muñoz Díaz	San Juan.
Ramón Ruíz Arnau	San Juan.
Jesús Monagas García	Aguadilla.
Manuel Quevedo Báez	San Juan.
Pedro Malaret	San Germán.
José N. Carbonell	San Juan.
Rafael Vélez López	San Juan.
Simón Moret	Ponce.
Alfredo Ferrán	Ponce.
Sicinio Vizcarrondo	Río Grande.
José Ordoñez	San Juan.
Felipe B. Cordero	San Juan.

(1) Socios que están al corriente en el pago de sus cuotas mensuales.

---

Leonardo Igaravidez	Coamo.
Pablo Hernández	Lajas.
José Barreras	Juncos.
Julio Ferrer Torres	Ponce.
Antonio Guijarro	Bayamón.
Manuel Fossas	Bayamón.
Diego Román	Yabucoa.
José A. Díaz	Fajardo.
José Marcano	Río Piedras.
Francisco Izquierdo	Cayey.
Pedro Perea Fajardo	Mayagüez.
José Angel Franco	San Sebastián.
Miguel Roses	Arecibo.
Acisclo Bou	Corozal.
Felipe Vizcarrondo	Manatí.
Arturo Torregrosa	Aguadilla.
José S. Belaval	Yauco.
Víctor Gutiérrez Ortiz	Caguas.
Buenaventura Jiménez Serra	Aguadilla.
Francisco Aguirre	Camuy.
Américo Oms	Las Marías.
Pedro Hernández	Ponce.
Pablo Zamora	Aguadilla.
Francisco Sein	Lares.

---

Recomendamos como perfectamente útil y ventajoso, en todas aquellas pequeñas operaciones que el médico se ve obligado á realizar casi á diario, el uso de un preparado que goza de propiedades poderosamente anestésicas y antisépticas á la vez y de muy fácil aplicación.

Tal es el Antidolar preparado por Antidolar Mfg. Co. de Spungville, N. Y.

---

VENDEN EN SU ESTABLECIMIENTO

# LAS MEJORES AGUAS MINERALES

DE APLICACION TERAPÉUTICA,  
RECOMENDADAS POR LA CIENCIA MEDICA  
EN DIVERSAS AFECCIONES:

AGUA DE VITEL

*Muy eficaz en la  
Diabetes artri-  
tinas etc.*

ID. DE INSALUS

*La mejor agua  
carbónica de em-  
pleo en las dis-  
pepsias atónicas.*

ID. DE VICHY

*Grand Grille, Ce-  
lestins y Hopital.*

ID. DE MONDARIZ

*Curan dispepsias.*

ID. DE CARABAÑA

*El mejor purgan-  
te salino cono-  
cido.*

# CLIN & C<sup>ie</sup>, F. COMAR & FILS & C<sup>ie</sup> - PARIS

## PREPARACIONES PRINCIPALES

### ADRENALINA CLIN

Solución al 1/1000° (Clorhidrato).  
Frasco de 25 cc. y Frasquito de 5 cc.  
Colirio al 1/5000° (Clorhidrato).  
Gránulos dosados á 1/4 de miligr.  
Supositorios dosados á 1/4 de miligr.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup> Inyecc. hipodérm.  
graduados á 1/2 miligr. por cc.

*Hemostático, vaso-constrictor el más poderoso.*

### CACODILATO de SOSA CLIN

Gotas dosadas á 0 gr. 01 por cada 5 gotas  
Glóbulos dosados á 0 gr. 01.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup> Inyecc. hipodérm.  
dosados á 0 gr. 05 por cc.

### METHARSINATE (Metilarsinato disódico químicamente puro.) CLIN

Gotas dosadas á 0 gr. 01 por cada 5 gotas.  
Glóbulos dosados á 0 gr. 01.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup> Inyecc. hipodérm.  
dosados á 0 gr. 05 por cc.

### MARSYLE CLIN (Cacodilato de protóxido de hierro.)

Gotas dosadas á 0 gr. 025 por cada 5 gotas.  
Glóbulos dosados á 0 gr. 025.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup> Inyecc. hipodérm.  
dosados á 0 gr. 05 por cc.

INDICACIONES de la Medicación Cacodilica : Anemia, Empaludismo,  
Tuberculosis, Diabetes, Enfermedades de la Fiebre, etc.

### LECITINA CLIN

Píldoras dosadas á 0 gr. 01.  
Granulado dosado á 0 gr. 10.  
por cucharada de las de café.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup> Inyecc. hipodérm.  
dosados á 0 gr. 05 por cc.

INDICACIONES : Tuberculosis, Neurastenia,  
Raquitismo, Fatiga por exceso de trabajo,  
Convalecencias, etc.

### GLYCOGÈNE CLIN

Cápsulas dosadas á 0 gr. 20.  
Solución dosada á 0 gr. 20  
por cucharada de las de café.

INDICACIONES : Diabetes, Intoxicaciones,  
Caquexias, Convalecencias de las Enfermedades  
infecciosas, Afecciones hepáticas

### VINO NOURRY

0 gr. 05 de yodo } por cucharada sopera.  
0 gr. 10 de tanino }

INDICACIONES : Linfatismo, Escrofulosis,  
Menstruaciones difíciles, Convalecencias de las  
Enfermedades infecciosas.

**BOLETIN**

DE LA

**Asociación Médica de Pto.-Rico.****DIRECTOR:****DR. M. QUEVEDO BÁEZ.****REDACTORES:**

Dr. Agustín Stahl.

" J. N. Carbonell.

" Tomás Vázquez.

" Moret Muñoz.

" F. Goenaga.

Dr. Gonzalez Martinez.

" Ruíz Arnau.

" Guillermo Salazar.

" Velez Lopez.

Corresponsal en Washington, Dr. BAILEY K. ASHFORD.

Corresponsal en Madrid, Dr. A. Suarez de Mendoza.

Corresponsal en Santo Domingo, Dr. Ramón Báez.

**SUMARIO.**

Décima sesión científica de la Asociación Médica celebrada en Ponce el 7 de Julio de 1907.

Análisis de la Orina.

Biografía del Dr. José Gualberto Padilla.

Puerto Rico Anemia Commission.

Experiencias obtenidas en la Estación de Anemia en Bayamón.

Notas Clínicas.

Sección Informativa.

Anuncio.

LA CORRESPONDENCIA Y ANUNCIOS AL DIRECTOR

Published Monthly at 29 Plaza Baldorioty San Juan, P. R.

SAN JUAN, PUERTO RICO.

Establecimiento Tipográfico del Boletín Mercantil.

ALLEN No. 24 y 26.

Cerecedo Hermanos y Compañía.

VENDEN EN SU ESTABLECIMIENTO

# LAS MEJORES AGUAS MINERALES

DE APLICACION TERAPÉUTICA,  
RECOMENDADAS POR LA CIENCIA MÉDICA  
EN DIVERSAS AFECCIONES:

AGUA DE VITEL

*Muy eficaz en la  
Diabetes artri-  
tinas etc.*

ID. DE INSALUS

*La mejor agua  
carbónica de em-  
pleo en las dis-  
pepsias atónicas.*

ID. DE VICHY

*Grand Grille, Ce-  
lestins y Hopital.*

ID. DE MONDARIZ

*Curan dispepsias.*

ID. DE CARABAÑA

*El mejor purgan-  
te salino cono-  
cido.*

# VINO Y JARABE DE DUSART

CON LACTO-FOSFATO DE CAL

Las investigaciones del DR. DUSART, sobre el fosfato de cal han venido á demostrar que lejos de ser inactiva esta sal, como se suponía, está por el contrario, dotada de propiedades fisiológicas y terapéuticas muy notables. Fisiológicamente, se combina con las materias azoadas de los alimentos y los fija transformándolos en tejidos; de aquí resultan el desarrollo del apetito y el aumento del peso del cuerpo. Terapéuticamente, dichas propiedades hacen de él un reconstituyente de primera clase.

El **Jarabe** en la medicación de los niños, el **Vino** en la de los adultos, en las afecciones del estómago y como analépticos, son generalmente admitidos.

INDICACIONES: *Crecimiento, raquitismo, dentición, afecciones de los huesos, llagas y fracturas, debilitamiento general, tisis, dispepsia, convalecencias.* DÓISIS: 2 á 6 cucharadas por día.

Depósito en París, 8, rue Vivienne, y en las principales Farmacias.

---

---

## Vino de Peplona de Chapoteaut

La **Peptona Chapoteaut** representa 10 veces su peso de carne digerida y solubilizada con la PEPSINA. Tomada en caldo ó leche permite nutrir á los enfermos más graves sin otra alimentación.

Asociada á un vino generoso, constituye el **Vino de Peptona de Chapoteaut**, de gusto agradable, que se receta en las comidas, en dosis de 1 á 2 copas de Burdeos, á los **Anémicos, Convalecientes, Tísicos, Ancianos** y á las personas desganadas, ó que no pueden sopor-tar los alimentos.

La **Peptona Chapoteaut** se emplea desde hace siete años, á causa de su pureza, en el Instituto Pasteur y los Laboratorios de Fisiología de Berlín, Viena y San Petersburgo para la cultura de los organismos microscópicos.

DEPÓSITO

8, RUE VIENNE, PARIS, y en las principales

FARMACIAS.

# CLIN & C<sup>ie</sup>, F. COMAR & FILS & C<sup>ie</sup> - PARIS

## PREPARACIONES PRINCIPALES

### ADRENALINA CLIN

Solución al 1/1000° (*Clorhidrato*).  
Frasco de 25 cc. y Frasquito de 5 cc.  
Colirio al 1/5000° (*Clorhidrato*).  
Gránulos dosados á 1/4 de miligr.  
Supositorios dosados á 1/4 de miligr.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup> Inyecc. hipodérm.  
graduados á 1/2 miligr. por cc.

*Hemostático, vaso-constrictor el más poderoso.*

### CACODILATO de SOSA CLIN

Gotas dosadas á 0 gr. 01 por cada 5 gotas  
Glóbulos dosados á 0 gr. 01.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup> Inyecc. hipodérm.  
dosados á 0 gr. 05 por cc.

### METHARSINATE (Metilarsinato disódico químicamente puro.) CLIN

Gotas dosadas á 0 gr. 01 por cada 5 gotas.  
Glóbulos dosados á 0 gr. 01.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup> Inyecc. hipodérm.  
dosados á 0 gr. 05 por cc.

### MARSYLE CLIN (Cacodilato de protoxido de hierro.)

Gotas dosadas á 0 gr. 025 por cada 5 gotas.  
Glóbulos dosados á 0 gr. 025.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup> Inyecc. hipodérm.  
dosados á 0 gr. 05 por cc.

INDICACIONES de la *Medicación Cacodilica* : Anemia, Impaludismo,  
Tuberculosis, Diabetes, Enfermedades de la Piel, etc.

### LECITINA CLIN

Pildoras dosadas á 0 gr. 01.  
Granulado dosado á 0 gr. 10.  
por cucharada de las de café.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup> Inyecc. hipodérm.  
dosados á 0 gr. 05 por cc.

INDICACIONES : Tuberculosis, Neurastenia,  
Raquitismo, Fatiga por exceso de trabajo,  
Convalecencias, etc.

### GLYCOGÈNE CLIN

Cápsulas dosadas á 0 gr. 20.  
Solución dosada á 0 gr. 20  
por cucharada de las de café.

INDICACIONES : Diabetes, Intoxicaciones,  
Caquexias, Convalecencias de las Enfermedades  
infecciosas, Afecciones hepáticas

### VINO NOURRY

0 gr. 05 de yodo  
0 gr. 10 de tanino } por cucharada sopera.

INDICACIONES : Linfatismo, Escrofulosis,  
Menstruaciones difíciles, Convalecencias de las  
Enfermedades infecciosas.

# BOLETIN

DE LA

## Asociación Médica de Pto.-Rico.

---

Año V. CCCCV SEPTIEMBRE 1907. CCCCV Núm. 58.

---

### Décima sesión científica de la Asociación Médica CELEBRADA EN PONCE EL 7 DE JULIO DE 1907.

DISCURSO DEL DR. EUSEBIO CORONAS

*Continuación al estudio de las anemias.*

SEÑORES:

Entre los enfermos que he tratado en estos últimos meses, el azar háme facilitado la ocasión de estudiar tres casos de anemia, de origen distinto, y cuyo estudio préstase á importantes consideraciones científicas; por lo cual, he pensado que serian dignas de ser sometidas al elevado criterio de esta respetable asamblea.

El primer caso, se refiere á una enferma que asistía por taquicardia, con accesos cortos; pero muy frecuentes, que naturalmente la inquietaban y molestaban; en los datos personales, hallo; trastornos menstruales: la existencia de una endometritis, que empieza á evolucionar á forma hemorrágica. La hemorragia uterina, al principio, intermitente y nocturna durante quince días, vuelvèse continua y abundante, obligando á la enferma á guardar un reposo absoluto en la cama: instituyo un tratamiento consistente en inyecciones vaginales de agua caliente: en vista del fracaso de este medio, me decidí por el taponamiento, que le es practicado regularmente todos los días:

A pesar de este medio, la gasa se tiñe bastante; la hemorragia se debilita, pero no se cohibe; y como á los quince días de este tratamiento, en un momento dado, sobreviene una fuerte pérdida de sangre, y la enfermera, encargada de la asistencia, que á su vez, es partera, en la visita de la mañana, me habla de haber hallado en la vagina, una mola carnosa, que no me fué dable inspeccionar; la hemorragia, bien que moderada, continuaba, exigiendo el tratamiento por el agua caliente y el taponamiento, durante algunos días más; por fin, cesó, pero veinte días después, sobrevino, sin causa especial; la enferma continuaba en el reposo aún, y en tal virtud, propuse el raspado uterino, que le fué practicado, en plena hemorragia, y de resultados del cual ha curado.

Como consecuencia de estas hemorragias, y antes de la operación, la enferma anemióse considerablemente: la palidez de la piel, de las mucosas, mareos, debilidad general y latidos precipitados del corazón, delatan el empobrecimiento sanguíneo.

Es este un caso de anemia "por-hemorragia", cuya evolución clínica voy á estudiar: este caso, muy interesante, para los fines que persigo, por que ha de servirnos de comparación con la evolución de otros dos enfermos, uno de los cuales se refiere á una persona, de diez y siete años de

edad, y de cuya asistencia fué encargado el día 26 de Mayo próximo pasado: la historia de esta enferma es corta: los antecedentes personales consisten únicamente, en haber sufrido, durante la primera infancia, el *cólera infantil*, que al decir de la madre fué de gravedad extrema, y qué, desde esa fecha, data su anemia, pues siempre después, creció pálida y débil: los padres, que siempre fueron sanos no se explican el porqué de la enfermedad. Solo ha visto en su vida, dos veces la hemorragia menstrual: háse medicinado mucho, sin resultado positivo. Esta enferma viene á mi asistencia, en un estado de palidez extrema; de profundísima anemia: las mucosas excesivamente decoloradas: existen trastornos por parte del aparato digestivo, consistentes, en notable anorexia, y dificultad ligera de la digestión: la anorexia no es electiva, si bien, muestra mayor repugnancia por la carne; debilitada, pronto al andar dos cuadras, experimenta cansancio: y excepción hecha, de una rapidez en los latidos del corazón, pero uniformes los tiempos, y de los soplos característicos cárdio vasculares de los anémicos, nada más, hallamos en la enferma en cuestión: hígado y bazo normales, pulmón bien, aparato renal bien, la orina no contiene albúmina, ni urobilina, ni indican, ni pigmentos biliares, resultando negativa la prueba de Hay.

Palidez extrema, cansancio al andar, anorexia, ausencia de la función catamenial, esto es cuanto en esta enferma se puede notar. En vista de esto, formúlo el diagnóstico: "Anemia criptogenética", anemia de causa desconocida.

El enfermo que representa el tercer caso que estudio, pertenece á la clínica del Dr. Ferran, en su departamento de anemia y diagnosticado de "anemia debida á la uncinaria" este enfermo ya libertado del parásito, hállase aún reponiendo su sangre, fuertemente atacada, durante el tiempo que sufrió la uncinariasis: el estudio clínico que de él hago, debió pues, á la amabilidad del distinguido compañero citado, que para estos fines lo cedió, encargándose él del estudio hematológico de la sangre.

La primera enferma señores, es un bello ejemplo, de la reacción más neta, más fisiológica de la sangre; porque no hubo en ella la más ligera intervención medicamentosa; la misma que se realiza en la reparación de la sangre, después de las anemias experimentales: el segundo nos enseña la regeneración de la sangre en lucha abierta contra un veneno hemolizante desconocido.

Y el tercero, la reacción sanguínea en el caso de anemia grave, debido á las lisinas, que se producen por causas del parasitismo intestinal. Solamente acudiendo al estudio de la sangre, es como podremos darnos cuenta de los fenómenos que se suceden para podernos explicar la evolución clínica de estos enfermos; y al llegar á este punto del trabajo, seáme permitido, dar las más expresivas gracias al señor Ferran, por la amabilidad que siempre tuvo, para ayudarme, poniendo á todas horas sus conocimientos de hematología: con él, á su lado, he seguido paso á paso, el estudio de la sangre de estos enfermos, en el microscópio, y su concurso ha sido muy eficaz en esta parte del estudio; así, vuelvo á repetirlo, que me permita este inteligente, cuanto modestísimo compañero, significarle las gracias por su ayuda y concurso.

Sres: 6 días después de cesada la primera etapa de las hemorragias de la primera enferma, libre de toda acción medicamentosa el exámen de su sangre dá:

G. Rojos	—	3.500,000
G. Blancos	—	6.000

el día 16 de Mayo, un nuevo exámen da 4.800,000 G. B.  
y 4.500 leucocitos con ligera poliklostosis.

La fórmula hematológica es:

Linfocitos	—	50 00
Grandes mononucleares	—	27
De transición	—	0
Pollnucleares	—	43 3
Eosinófilos	—	4.0
Normoblastos	—	2 por ciento leucocitos.

La primera cifra de los glóbulos rojos refleja la pérdida sufrida por las hemorragias. El 16 de Mayo, la regeneración era completa, alcanzando la cifra una altura mayor, que la que comunmente se observa en el estado normal de la sangre, en la mujer. Libre de toda medicación antianémica, la pérdida de la sangre determinó un despertamiento tal, de los órganos hematopoyéticos, que la sangre pudo repararse, de tal modo, que no solo, permitió sufrir, sin gran peligro una nueva etapa, hemorrágica, sino que también, permitirle el raspado, que en unión del Dr. Villaronga le fué practicado en plena hemorragia.

En esta historia clínica, los síntomas de la reacción de la sangre son tan marcados, se presentan en tal estado de pureza, que su estudio puede servir de tipo de regeneración por la reacción fisiológica; tal y como Aubertin ha podido estudiarlas en sus observaciones, en enfermos, ya en sus anemias experimentales por repetidas sangrias.

La poikilocitosis, tenida por los anémicos, como signo de anemia perniciosa aparece en este caso, revelando la regeneración; formando gran relieve en el momento en que, la cifra globular, lejos de disminuir alcanza una elevación mayor: esto es, todo lo contrario de lo observado por Aubertin, Vázquez, Shauman y otros, en aquella forma única de anemia, progresiva, sin una sola remisión; única que realiza la concepción de Biermer; única que fatalmente, despiadadamente conduce á la muerte segura por causa de no poder la médula ósea hallar una fuerza reparadora, cuando menos compensadora, y que en vano procura. En el caso presente, la existencia de dos normoblastos por 100 leucocitos; la leucocitosis, la linfocitosis exagerada nos demuestra, que no solo la médula, sino los órganos vicariantes, el bazo y los ganglios, dejan pasar á la sangre los linfocitos: que el número de eosinófilos; que todo en fin, se presta á la reparación en la forma é intensidad que se exige del tejido hematopoyético. Poikilocitosis, linfocitosis y eosinofilia, constituyen en el caso de esta enferma, los grandes signos de la actividad medular, para reponer las pérdidas sufridas, tanto de sus glóbulos rojos, como de sus glóbulos blancos.

El estudio hematológico del caso segundo, "Anemia Criptogenética," dá en 26 de Mayo pasado:

G. Rojos	—	480.000
G. Blancos	—	1.700
Hemoglobina	—	Talquirt — 8
Examen expectral		

Hemato-Expectroscopo de Henoch:

oxihemoglobina 6.5100,

cuya cifra en la tabla de clasificación clínica de Henoch, corresponde al diagnóstico de "Anemia grave".

Hay oligocromia.

Ninguna poikilocitosis.

Alguna polieromatofilisis

Ya veis señores el cuadro pobre, pobrísimo, que nos ofrece esta enferma. A juzgar por la considerable disminución de los glóbulos rojos y de los leucocitos, por su tara en hemoglobina y oxihemoglobina, y por la nula poikilocitosis, parecen estos en presencia de uno de esos raros casos de *Anemia aplástica*, en que está ausente de todo, la reacción mieloidea, y estudiados por Herlich, por Cade, por Engel, Shauman, Bloch, y ultimamente, por Menetrier en Francia, por Aubertin y Vaquez.

La fórmula hematológica es como sigue:

46100	Linfocitos
2100	Mononucleares
0	De transición
41100	Polinucleares
1100	Normoblasts
2100	eosinófilos

el 4 de Junio tenemos.

31300	Linfocitos
5100	Grandes mononucleares
1100	de transición
63100	de polinucleares
1100	normoblasts
1100	de eosinofilos

el 10 de Junio, sobreviene el 2º *período menstrual*, que ha tenido en su vida.

La fórmula hematológica durante este período, es:

Linfocitos	56100
Grandes mononucleares	6100
De transición	0100
Polinucleares	35100
Eosinofilos	2
Basófilos	0100
Mielocitos	1100

El 12 de Junio termina el período menstrual:

46.3100	Linfocitos
07.100	Grandes mononucleares
03100	De transición
50.7100	Polinucleares
1.7100	Eosinofilos
0.3	Mielocitos
0.1	Normoblasts.

Oligrocomia.

La Poikilocitosis es casi nula.

Polleromatofilia.

el 14 de Junio.

Comienza el tratamiento de esta enferma: inyección de 10 c. c. de suero *antidiftérico* del Instituto Pasteur de París: y que, á parte de otras razones, parece muy indicado, dada la gran leucopenia para determinar la hiperleucocitosis.

Las inyecciones de suero antitóxico y sobre todo antidiftérico han sido usadas desde 1906 por los Dres. Louis Renon y León Fixie, como medio de estimular la acción medular, basados en las experiencias practicadas en conejos por el Dr. Josoué, Lugo Vazquez y Chauffard las han empleado también—con idénticos fines—y apoyado en sus experiencias por primera vez las uso en el caso actual.

Exámen, dos horas después de la inyección:

Aumentan los leucocitos: de 2.400 alcanzan la cifra de 3.800. Aumento de 1.400 leucocitos: el día 15 por la tarde; 24 horas después de la inyección:

Exámen: 480.000 G. R.  
5.000 leucocitos.

No hay aumento en los G. Rojos

Aumento de 1.200 en los Blancos.

*Día 16 de Mayo.*—A la 1 de la tarde:

inyección de 20 c. c. de suero antidiftérico:

á las 5 de la tarde: conteo:

G. Blancos, 3.300

una disminución con relación á la cifra anterior, de 1.700 leucocitos.

*Día 24 de Mayo:*

Con esta cifra, de 3.300 leucocitos, habida la necesidad de elevar la cifra de los hematíes, y no teniendo las bajas que siempre producen en los glóbulos blancos, las irradiaciones, la enferma es expuesta á la acción de los rayos X.

el 24 de Junio:

antes de la irradiaciones:

G. B. 4.600.

después de esto conteo.

irradiación sobre la epífisis femoral, vecina de la articulación de la rodilla izquierda, de 15 minutos de duración.

El 25 de Junio á las 11 mañana.

conteo — 400.000 G. Rojos  
2.900 G. B.

Día 26 de Junio.—A las 10 de la mañana:

20 c c de suero.  
Conteo á las 5 de la tarde.  
G. R. — 700.000  
G. B. — 4.800

Día 27.—24 horas después:

G. R. — 620.000  
G. B. — 3.800

Linfocitos 43 s.100  
Mononucleares 0.100  
Poli nucleares—55.0100  
Eosinofilos—1.5100  
Mielocitos—0.5100  
Normoblasts—1 por 100 leucocitos.

Lijera poikilocitosis—  
Policromatofilia.—

Día 27 á las 5 tarde.

15 minutos de irradiación sobre la epífisis femoral vecina de la articulación de la rodilla derecha.

Día 28.—16 horas después:

G. R. — 670.000  
G. B. — 3.200

Día 29.

Para subvenir á esta baja de leucocitos, á la una de la tarde, inyección de 20 c c de suero.

Día 30 de Junio.

Exámen.

A las 11 de la mañana.

G. R. — 590.000  
G. B. — 3.000

lijera poikilocitosis.

Día 1 de Julio: á las 12 del día:

Irradiación: aplicación de Rayos X, sobre la epífisis humeral, derecha, vecina de la articulación escapulo humeral: 15 minutos la duración.—

A las 5 de la tarde.

G. R. — 650.000  
G. B. — 3.800

Día 2 de Julio: 24 horas después:

530.000 G. R.  
4.600 G. B.

Día 3 de Julio:

Fórmula: Hematológica.

Linfocitos pequeños, — 34 — 5100  
Medianos — 8.0100  
Grandes — 2.2100  
Grandes mononucleares 0.2100  
Poli nucleares — 60100  
Eosinofilos — 5.0100  
Lijera poikilocitosis  
Normoblasts—0 4100.

Haré, constar de paso, que apesar de estas dosis de suero antidifteri-co, no hubo accidente alguno post seroterápico—en dos ocasiones, una lijera fiebre apareció; á 37.5: y que la radio terapia modificó siempre, ba-  
jando la temperatura á la normal.

El primer conteo practicado el 26 de Mayo dió 480.000 G. R.

Durante el tiempo que transcurrió, hasta el 14 de Junio, el ataque ofensivo del agente hemolitico debe haber sido muy rudo, por que ya co-  
noceis la cifra baja, tanto de los glóbulos R. como la de los blancos: des-  
pués de la primera radiación, mostróse tan escasa aún la reacción mie-  
loide, que puede creerse, que en este caso, se trata de una reacción suma-  
mente débil, y que se asiste á una enferma, cuyo organismo fatigado y  
casi vencido ha gastado ya definitivamente todas sus fuerzas.

Sin embargo, hay un momento más tarde, en que, en el curso del  
tratamiento, por los rayos X y por el suero antidiftérico comienza el  
aumento globular: comienza á revivir la vitalidad medular—aparece una  
lijera poikilocitosis. Observamos la acción del suero, oponiéndose algo á  
la baja determinada por las irradiaciones: al mismo tiempo observamos  
la persistente acción del agente hemolitico: observamos también, la defensa  
reaccional de la médula por la persistencia de los elementos globulares  
blancos: notemos que la poikilocitosis, aunque lijera, testifica el esbozo  
de la reacción medular, y no un signo de perniciosidad, ya que era nula  
antes de emprenderse de nuevo, un nuevo combate, faltando como lo re-  
cordareis, cuando la cifra de los G R, tan sólo era de 480.000: y existiendo  
con las cifras mas elevadas: indudablemente asistimos en esta fas de la  
anemia de mi enferma, á un nuevo despertar; á una defensa, á un nuevo  
combate que ha de librar entre el agente destructor y el agente de defensa.

Y no constituyendo esta poikilocitosis un signo de perniciosidad, co-  
mo en la anemia que realiza la concepción de Bieiner de que poco há  
os hablé, y siendo un signo de regeneración, puede desde este instante  
asegurarse, que esta anemia que estudio en mi enferma, no es una anemia  
“aplástica” que siempre, siempre evoluciona en el sentido de la progre-  
sión, sino por el contrario es una anemia que evoluciona en el sentido de  
la remisión: visiblemente; abatida la función mieloide, ahora nuevamen-  
te se levanta; comienza á despertar y se defiende mejor.

Siento mucho que el tiempo escaso que el reglamento me permite para  
usar de la palabra, me impida estudiar el importante cuadro de las fór-  
mulas hematológicas: y no pudiendo hacerlo además, por no fatigar  
vuestra atención, serán estudiadas al publicarse este trabajo en el periód-  
ico de nuestra Asociación.

El tercer enfermo es un enfermo de la estación de anemia á cargo del  
Dr. Ferran, y que me fué cedido por él, para el estudio de la evolución clí-  
nica de su enfermedad “desde el punto de vista de su reacción sanguínea”.  
Es, pues, un caso de anemia debido á la uncinaria.

#### Cama núm. 5.—Francisco Santiago.

Mayo 21—No hay uncinaria: un mes después persiste la misma fórmu-  
la hasta el 25 de Junio.

G. R. 2 . 800.000

G. B. 10.000

Análisis espectral—oxihemoglobina—S. 0100

Su tamaño en conjunto, menor que el normal.

Oligocromia.

polleromatofilia—

Linfocitos—32.0

Grandesmono—0.5

Leucocitos intermedios—0

Polinuel. neutrofilis,—62.25

Eosinofilos—5.0

Basófilis—0

Melocitos—0

Glo. rojos nucleados por % leucocitos 2 - 0

Normoblasts—0.

Irradiación el 25 de Junio.—11 mañana—20 minutos irradiación.—  
femur izquierdo:

A las 8 tarde:

G. R. 4. 200.000  
B. leucocit. 3. 500.  
Hemoglobina 20[00.

Distribución de los gl. R. en 9 mil de milimetro.

Normales, 224.  
Poikilocitos, 104.  
Megalocitos, 10.  
Microcitos, 40.

El conjunto < que el normal.  
Oligocromía.—

*Glóbulos blancos.*

Linfocitos, 19.0  
Gr. mononucl. 8.5  
Intermediarios, 2.0  
Polinucl. neusiofi, 58.0  
Eosinofilos, 12.5  
Normoblasts  
Nucleos libres.

*Junio 25.*—24 horas después irradiación.—

G. R. 4. 200.000  
G. B. 6.600

Hemoglobina Falquity—30[60.

*Junio 26.*—Descanso.

*Junio 27.*—10 c c suero; 8½ mañana:

Exámen á las 12¼

G. R. 5.000.000  
G. B. 6.600.

*Junio 28.*—Por la mañana:

G. R. 4.600.000  
G. B. 6.200.

Siéndome imposible entrar en consideraciones sobre este caso dada la extensión de este trabajo, y no deseando fatigar por más tiempo vuestra benévola atención, procuraré llevarlas á la sesión próxima de nuestra Asociación: deseando significar tan solo aquí, en estos momentos, á los dignísimos compañeros á quienes está encomendada la persecución de esta cruel enfermedad, "anemia por uncinaria" que á su vez, aporten á ella, el resultado de sus experiencias y estudios, á fin de que podamos fijar el verdadero carácter clínico de ella, basado en la evolución clínica y hematológica, asignándole el lugar correspondiente en el extenso campo de clasificación de esta enfermedad, como también la clasificación pronóstica que apareje la anemia particular de nuestro país, ya que, no sólo un deber de conciencia, á este estudio nos liga, sino que también, por constituir esta enfermedad, no solo un terrible azote, desde largos años ha, y al mismo tiempo por constituir un arduo problema para nosotros, económico social.

Este trabajo quedará muy incompleto, si para terminar no hiciera algunas consideraciones pertinentes al fondo del mismo. ¿Qué conclusiones pueden desprenderse del estudio que aquí he traído?

Del estudio de la evolución clínica acompañada del estudio de la sangre, tal como ha sido expuesto, nos demuestra, como lo hacen en Francia Aubertin, en su magistral tesis, el profesor Vasquez en sus observaciones publicadas, y en Alemania, Layazus y Straus y otros, que en todo caso de anemia, ya sea ortoplástica, en su forma, ya criptogenética, ya sintomática, si queremos darnos cuenta exacta del estado del enfermo, hay que consultar el estado de los órganos hematopoyéticos, y de seguir paso á paso las variaciones de la fórmula hematológica; único modo de apreciar el gigantesco esfuerzo, que ha de hacer el organismo á veces, para luchar: caso expuesto hace poco, de anemia criptogenética: esta enferma, aunque lentamente mejora, como habéis podido apreciarlo: la clínica así

lo demuestra: la misma clínica y la observación hematológica, nos dirá, en el porvenir, si esa mejoría será de larga duración; si en el combate empezado ya, el agente hemolizante que le destruye sus elementos, se agota; si redobla su formidable acción: si en esta lucha que mi enferma ha de sostener, el agente de la defensa, defendiéndola, por este medio llegará á obtenerse la curación: todo esto ha de seguirse estudiando en mi enferma, y la historia próxima de su enfermedad será publicada en nuestro periódico profesional, cuando los datos me permitan poderlo practicar: no tenemos otro medio, dada la naturaleza desconocida del agente hemolítico, que atendiendo al grado, al modo de reaccionar, de darnos cuenta del verdadero estado de la enferma.

Si la reacción iniciada persiste, triunfará el agente de la reacción mielóidea. Si la reacción es viva, los observadores nos dicen ya, que en las anemias los resultados son variados: bien se establece un equilibrio, después que el agente hemolítico ha solicitado la reacción, que puede ser inestable, ó estable, según los casos.

Con respecto al enfermo de "anemia por uncinaria" ya debéis haber podido apreciar la evolución de su enfermedad.

Libre del parásito el 21 de Marzo último, un mes después de alentado, la fórmula de su sangre era exactamente la misma: 2.800.000 G. R. y 13.000 Leucocitos.

La irradiación, á las 7 horas nos dá 4.200.000 g R y 3.500 leucocitos.— 24 horas después 14.200.000. 6.609 g. B.

El 27 la inyección de suero eleva la cifra á 5.000.000 G. R.  
6.000 G. B.

para bajar 24 horas después,

á 4.600.000 G. R.  
y 6.200. G. B.

En este caso, la anemia era intensa: y por así decirlo, la brutalidad con que el órgano hematopoyético respondió á la inyección de suero y á la irradiación, explicaría la rapidez con que hematologicamente hablando entra en convalecencia este enfermo, al ménos por el momento; como la reacción mielóide existe siempre, solicitada por el agente hemolítico, siempre que la médula pueda responder, responde, sin y con intervención; y esto probará que la acción del suero y de los rayos X, como de la opoterapia, nada tienen de específicos, por que desde el momento en que nada pueden contra el agente destructor, ya están por este solo hecho desarmados; y solamente su papel se reduce á despertar la acción regeneradora, sirviendo solo de agente estimulante. Pero señores, la curación hematológica en este enfermo de anemia por uncinaria ha podido obtenerse, no sucede lo mismo, para la curación clínica, por el enfermo no siente bienestar, á pesar de estar libre de otra enfermedad, al menos en el momento actual: sigue pálido y con grandes trastornos estomacales, á pesar de la regeneración de la sangre. ¿Será que exigiendo la formación de la hemoglobina más tiempo que la reconstitución de los elementos sanguíneos, cuando el enfermo haya obtenido su tara normal se presentará la euforia y podrá darse por curado? ¿Será por el contrario, que bien que la magnífica remisión obtenida, pueda prolongarse por un tiempo corto ó largo, en un estado de equilibrio inestable, con la persistencia de una lucha sorda, latente, entre las dos fuerzas, destructora y reparadora; proceso hemolítico atenuado, renovación sanguínea victoriosa, ó al contrario?

La hermosa regeneración sanguínea obtenida en este caso, contrastando con la ausencia de euforia, nos invita á hacernos grandes reflexiones, acerca de la curación definitiva de la anemia, sino en todos los casos, al ménos en los similares á éste. A la altura que ha llegado la observación que estudio, esta misma observación me hace pensar, si el proceso hemolizante, en muchos casos de uncinaria, libres de otra enfermedad, persiste y deja trazas. El pronóstico, pues, de mi enfermo, aún á pesar de todo, resta sombrío y queda sometido á la lucha de la actividad medular en el porvenir. Continuaremos el estudio de este enfermo, y el resultado constituirá el tema de un report para la próxima asamblea.

E. CORONAS.

# Interpretación de un análisis de Orina

Por el Dr. A. Suarez de Mendoza.

(Continuación.)

## SEÑORES:

La desasimilación de la albúmina se traduce, pues, en la orina por diversos residuos excrementicios nitrogenados, más fósforo y azufre bajo determinadas formas salinas, y una pequeña parte de su carbono.

Conociendo, pues, como conocemos las proporciones en que deben aparecer en la orina estos diversos residuos, y las relaciones que deben guardar entre sí en los casos de nutrición normal, fácil nos será deducir los diversos trastornos nutritivos de las modificaciones que estos índices de desasimilación puedan presentar; las cantidades absolutas pueden variar de un sujeto á otro, y aun en el mismo sujeto, sin que esto tenga significación patológica precisa, mientras que la relación entre los diversos componentes de la orina, residuos todos de la desintegración de la albúmina, no se altere.

Los residuos nitrogenados son los que más nos interesan, como también las relaciones que guardan entre sí.

En condiciones normales de alimentación, cien partes de nitrógeno urinario se descomponen así:

Urea .....	84 á 88
Amoniaco .....	2 á 5
Acido úrico .....	1 á 3
Materias extract vas nitrogenadas.....	7 á 10

Mientras más se acerque á estas cifras el ázoe eliminado, más perfecta será la nutrición, y viceversa, mientras más se aleje de ellas, mayores alteraciones presentará, pues como sabéis muy bien, la urea es la última transformación de la molécula de albúmina, su forma excrementicia más perfecta: así es que necesitamos conocer la cantidad de ázoe que representa la completa utilización de la albúmina, el ázoe urerico y las cantidades del mismo cuerpo eliminadas bajo formas menos perfectas, como son el ácido úrico y las leuceminas (cuerpos xánticos), más otros productos de toxicidad variable.

La relación entre estos excreta, entre el ázoe total y el ázoe de la urea, es la más importante de todas las relaciones urológicas, pues es la que nos da á conocer, de la manera más palpable, las condiciones en que se verifica la nutrición. A esta relación se ha dado el nombre de índice azotúrico ó índice de utilización azoada; se representa así:  $\frac{Az U}{Az T}$ ; siendo en estado normal de  $\frac{88}{100} = 0,88$ .

Pero, como dice Bouchard, la molécula de albúmina no sólo se compone de ázoe, sino que contiene una parte mucho mayor aún de carbono.

Según el eminente catadrático de la Facultad de París, cada gramo de ázoe urinario, al cual debe añadirse 0,051 gramos de ázoe fecal, representa la destrucción en el organismo de 6 gr. 716 de albúmina, en los que el carbono entra por 3 gr. 610.

Una parte de este carbono, al hidratarse, produce glicógeno y después glucosa, la cual absorbe 1 gr. 556 de carbono, que se elimina por el pulmón bajo la forma de ácido carbónico.

La diferencia entre los 3 gr. 610 de carbono total y 1 gr. 556 del carbono eliminado por el pulmón bajo forma de ácido carbónico representará la cantidad de carbono de la albúmina eliminado por el intestino y los riñones

Su mayor parte va al intestino, 1 gr. 179 aproximadamente, quedando en último término para la orina 0,875 gramos de carbono por cada gramo de ázoe total.

De esto resulta que cuanto más perfecta es la nutrición, mayor será la cantidad de ázoe urinario eliminado bajo forma de urea, y menor la cantidad de carbono eliminado por la orina. De aquí otra relación,  $\frac{Ct}{AzT}$ , que tiene la misma significación que el índice de utilización azoada  $\frac{AzU}{AzT}$ .

Además de este índice, de interés capital en Urología, se han establecido otros cuyas variaciones tienen significación etiológica marcada.

1ª La de los cuerpos xantouricos (ácido úrico y leucomaínas) con la urea  $\frac{3.50}{100}$ , índice de la desasimilación normal de las nucleínas celulares, cuya disminución indica que los residuos nucleares se eliminan imperfectamente, como ocurre en los artríticos y obesos. Su aumento, por el contrario, acusa una desasimilación exagerada de nucleínas, tal cual se observa, por ejemplo, en los leucocitémicos.

Otra relación interesante por su gran fijeza es la que existe entre el ácido fosfórico y el ázoe total  $\frac{18}{100}$ . Su aumento permanente debe llamar la atención hacia el sistema nervioso; la fosfaturia se manifiesta también en casi todas las grandes caquexias.

La relación entre la urea y el extracto seco ó materiales sólidos (coeficiente de Boucharde)  $\frac{50}{100}$  traduce, cuando sube, la hiperactividad hepática, y viceversa. Su significación es la misma que  $\frac{AzU}{AzT}$ .

Por último, la relación entre las materias minerales y el extracto seco  $\frac{30}{100}$  indica, cuando aumenta, una desasimilación exagerada.

Muchas otras relaciones se han establecido entre los diversos componentes de la orina; pero verdaderamente no responden á necesidades de la clínica; después de completa discusión de este asunto en la Sección de Química biológica del último Congreso farmacéutico celebrado en París en 1900, se acordó que en todo análisis completo de orina deben determinarse las siguientes relaciones urológicas:

- 1ª Índice azotúrico.
- 2ª Relación de las materias minerales con las materias fijas totales.
- 3ª Relación del ácido fosfórico al ázoe total.
- 4ª Relación de la urea á las materias orgánicas.
- 5ª Relación del ácido úrico á la urea.

Quizás os extrañará que no os haya hablado del cloruro de sodio, de cuyas relaciones con la urea se han ocupados algunos autores. Esta sal en la orina no representa un producto excrementicio, una resultante de la actividad vital; sólo atraviesa el organismo, desempeñando un papel muy importante en la conservación de la isotonia de los humores.

Desde el punto de vista etiológico, las variaciones de los cloruros en la orina tienen muy escasa importancia; en los casos de intervenciones quirúrgicas graves suelen disminuir considerablemente ó desaparecer cuando se acerca el desenlace fatal.

Desaparecen también ó disminuyen en muchas enfermedades febriles, cuyo tipo, desde este punto de vista, es la pneumonía fibrinosa.

Su eliminación no puede, sin embargo, sernos indiferente, pues sabéis que su presencia en la orina es la base en que se apoya la crioscopia: pero sus variaciones son demasiado grandes y frecuentes para poder servir de base á un índice bastante fijo para tener verdadero valor semiológico.

La significación de todas estas relaciones urológicas es siempre la misma,

exceptuando quizás la de los cuerpos xánticos á la urea. Todas nos dan á conocer el grado de perfección con que se utiliza la albúmina, trátase de la albúmina circulante.

Casi todas—dice Bouchard—son expresión fiel de la energía hepática.

Pedir otra cosa á la interpretación de las cifras que representan los componentes normales de la orina es abandonar el terreno científico para internarse en el campo de la hipótesis.

Antes de terminar con esta interesante cuestión de las relaciones urológicas, que el tiempo de que dispongo no me permite tratar á fondo, quiero repetiros que estas relaciones son independientes de los diversos modificadores de la excreción urinaria; su valor radica justamente en su estabilidad. Conocemos la fórmula de la desintegración de la albúmina en el individuo sano; si el análisis nos suministra cifras que guarden conformidad con dicho tipo, la nutrición es normal, en el caso contrario, defectuosa. ¿Se trata de una perturbación nutritiva profunda, debida á una lesión orgánica, ó simplemente de un trastorno pasajero ocasionado por una falta de régimen ú otra causa semejante?

Pocas veces os permitirá el análisis solo dilucidar este punto; pero llamando hacia él vuestra atención, os habrá prestado un importante servicio.

La interpretación de la presencia de elementos anormales en la orina parece á primera vista mucho más sencilla, y sin embargo, entre la multiplicidad de problemas planteados por ella, pocos han recibido aun solución definitiva y satisfactoria.

Los elementos anormales que suele contener la orina, además de la sangre, la hemoglobina y el pus, son la albúmina (serina y globulina) y materias albuminoideas, como las peptonas y propeptonas, la mucina y el fibrinógeno, y cuerpos procedentes de la imperfecta combustión de los hidrocarburos, como la glucosa, y otros de menor interés.

En condiciones aún mal determinadas, dependientes quizá de una oxidación demasiado activa de los albuminoideos orgánicos, aparecen en la sangre ácidos particulares que se eliminan por la orina. Neutralizando la alcalinidad normal de aquella, estos ácidos, después de producir graves trastornos, pueden ocasionar la muerte. El ácido *B* oxibutírico es el que desempeña papel más importante desde este punto de vista; su presencia en el organismo determina la formación de la acetona y del ácido acetilacético.

Por último, el análisis suele poner de manifiesto en la secreción renal la urobilina, producto de la transformación incompleta de la hemoglobina, y los pigmentos biliares, como también materias grasas bajo la forma de oleína, margarina, estearina y ácido esteárico libre.

Dejando á un lado productos anormales, contenidos en la orina, que tienen una importancia secundaria, ó los que sólo excepcionalmente en ella se observan, dedicaremos el tiempo de que aún disponemos al estudio de la glucosa y de la albúmina, diciendo algunas palabras acerca de las grasas.

No ha mucho os dije que las grasas y los hidrocarburos, provengan de la desintegración de la albúmina ó de los alimentos, son completamente destruidos por las combustiones orgánicas; pero sabéis muy bien que no alcanzan á su última forma de agua y ácido carbónico sin pasar por una serie de transformaciones intermedias. Al ocurrir una detención en algunos de esos desdoblamientos sucesivos que normalmente experimentan, la sangre se encontrará cargada de productos incompletamente oxidados que indicarán un trastorno de los cambios nutritivos en su período de oxidación. El azúcar, la acetona y diversos ácidos son los principales productos de estas oxidaciones incompletas.

Pasaré sin tocar siquiera á la debatida cuestión de la glucosuria fisiológica, limitándonos á deciros que desde el momento en que el licor cupropotásico denuncie la glucosuria debe considerársela como patológica, pues este reactivo

es insuficiente para cubrir las pequeñas cantidades de azúcar que algunos autores admiten como fisiológicas.

La glicosuria es uno de los síntomas, pero no el único, de la diabetes sacarina. Y lo mismo que pueden observarse diabéticos sin glicosuria, se observan también, y con grandísima frecuencia, glicosurias sin diabetes.

El profesor Germain Roque ha hecho un estudio muy completo de las glicosurias no diabéticas, admitiendo glicosurias digestivas, nerviosas, puerperales, y por último la intermitente de los arrtríticos.

En la práctica, y tanto desde el punto de vista médico como del quirúrgico, es de capital interés distinguir estos estados morbosos, y sobre todo diferenciarlos de la verdadera diabetes, lo cual es casi siempre fácil.

La orina de los glicosúricos no diabéticos presenta, en efecto, los caracteres siguientes: su volumen y densidad son normales, su acidez muy marcada; contienen poco azúcar, rebazando ésta raras veces la cantidad de 12 á 15 gramos, y caracter interensantísimo: **los glicosúricos no diabéticos no eliminan azúcar sino durante el día, principalmente durante tres ó cuatro horas después de las comidas, nunca durante el sueño.**

Así, en todo caso dudoso será necesario examinar la orina después de cada una de las principales comidas, cuidando de que el enfermo vacie completamente su vejiga al acostarse, analizar de nuevo la orina antes que se levante. Esta en los diabéticos contendrá azúcar, en los glicosúricos no. **Todo glicosúrico que que elimina azúcar durante el sueño es, según Lecorché, un diabético.**

Por último, la orina de los diabéticos fermenta con excesiva rapidez, lo que no sucede en la glicosuria.

En un solo caso la interpretación del análisis suele ser difícil y delicada: es cuando se trata de la glicosuria de los azotúricos. Estos enfermos pueden emitir hasta tres y cuatro litros de orina diarios; el azúcar llega á veces hasta 50 á gramos, y aun rebasa estas cantidades, pues Lecorché admite como límite extremo á la glicosuria de los azotúricos 120 gramos. La densidad suele llegar más allá 1040. Se comprende fácilmente que el clínico se encuentre perplejo al interpretar semejantes cifras, tanto más cuanto que en la diabetes el aumento de la urea es casi constante. Sin embargo, procediendo metódicamente se ve que la azoturia procedió mucho tiempo á la aparición del azúcar en la orina, que ésta es intermitente, no manifestándose si no durante el día, por último, á pesar de la gran cantidad de azúcar que contienen, las orinas de la glicosuria azotúrica tienen poca tendencia á la fermentación, y su volumen en un diabético que eliminase la misma cantidad de azúcar sería mayor.

En resumen: los caracteres más salientes de la glicosuria no diabética son su interminencia, su desaparición durante el sueño, la normalidad en el volumen y densidad de la orina emitida, su escasa tendencia á la fermentación.

Llegamos á otro de los asuntos más embrollados de la semiología urinaria: la cuestión de la albúmina ó de las albúminas.

Su naturaleza, su origen, su significación, son otros tantos diversos métodos empleados para investigación, son otros tantos problemas pendientes de soluciones concretas, y respecto á los cuales la divergencia de opiniones es aún marcadísima.

Aquí, como en la glicosuria, tropezamos con una cuestión previa. ¿Existe ó no una albuminuria fisiológica? ¿Deberemos considerar siempre como indicio de una lesión renal la presencia de la albúmina en la orina?

(Con inuará)

# BIOGRAFIA

DR. JOSÉ GUALBERTO PADILLA

(EL CARIBE)

Bien conocido es por el pueblo puertorriqueño, la altísima personalidad del ilustre Doctor "José Gualberto Padilla."

No tratamos de analizar aquí, su gallarda labor literaria, por mas de que es unánimemente reconocida como la obra del primero y más brillante de nuestros poetas clásicos.

El Doctor Padilla nació en San Juan, allá por el año de 1,829. Educado en Barcelona, donde obtuvo el título de Doctor en Medicina y Cirujía, regresó á su país natal el 58, ejerciendo su noble profesión de Médico en Arecibo y luego en Vega-Baja.

Por su ilustración como Médico, estaba llamado á girar en otra esfera, á moverse en otra medio que permitiera á sus valiosas facultades lucir su intelectualidad, como hombre de alto saber en Ciencias Físico Naturales.

Las Ciudades de Arecibo y Vega-Baja recuerdan cuanto hizo el ilustre Dr. en beneficio de ambas. En Vega-Baja el Doctor Padilla, á más de médico amado por todo un pueblo, era un Patriarca, un generoso y caritativo protector de las clases pobres, siendo su persona recibida en todos los hogares, como una bendición del cielo, como un Profeta bíblico.

Nombrado Alcalde de dicho pueblo el 15 de Febrero 1,873, ejerció su cargo hasta el 17 de Agosto del mismo año, en cuya fecha se celebraron elecciones municipales, con motivo del advenimiento de la República en España; volviendo á ser nombrado Alcalde en 1,874 hasta el 4 de Diciembre del 75, que fué sustituido por un Alcalde-delegado. El Doctor Padilla encarriló de manera tan maravillosa la administración municipal de aquel pueblo, que mereció los plácemes del Gobierno, á pesar de que nunca consideró al Doctor Padilla como adicto suyo.

Encarcelado en el 1,868, por creérsele cómplice en la sublevación de Lares, el Dr. Padilla no fué político exaltado, pero en 1,869, figuró en uno de los partidos militantes, siendo el 71 Diputado Provincial por el distrito de Vega-Baja.

Su vida de estudiante registra una página gloriosa que denota el temple de su alma varonil, allá en los primeros años de su esforzada juventud. Careciendo sus padres de recursos por quebrantos en sus intereses, para sostener al talentoso estudiante en España, tomó Padilla la heroica resolución de no volver á su país sin el título universitario que se afanaba en conseguir, y solicitó un puesto de redactor en el periodismo barcelonés; y allí, con la labor de su pluma, logró sostenerse, hasta terminar su carrera, con extraordinario aprovechamiento, en la Universidad.

El Dr. Padilla casó en Vega-Baja con una dama distinguida, y poseedor de una Hacienda de Caña en aquella jurisdicción, compartía sus afanes y sus desvelos, entre su profesión de Médico, sus labores agrícolas y sus delectaciones poéticas.

Fallecido en el 1,896, Puerto Rico perdió en él, á uno de sus más gloriosos hijos en la ciencia; á su primer hablista borinqueño, y al insigne poeta que alcanzó más renombre dentro y fuera del país.

Su Primogénita, Trinidad Padilla de Zans, "La hija del Caribe", pseudónimo con que es conocida la gentil dama en nuestra literatura, recogió la aurea pluma de su preclaro progenitor, y hoy la vemos culminar en el campo de las letras borinqueñas, como una predestinada, ungida por el númen tutelar de la patria y nimbada la frente por la égida luminosa de una herencia espiritual.

El Dr. Padilla pertenece á la hermosa constelación de ilustres Médicos puertorriqueños; con Goico, Hernandez, Romero, ya fallecidos, para gloria de la patria y honor de nuestras Ciencias Médicas.

Rindiendo homenaje de admiración á la memoria del ilustre Doctor "José Guaberto Padilla," enaltecemos las páginas de nuestra publicación científica, apuntando, en breves rasgos, los relevantes méritos del popular médico puertorriqueño, honra también de nuestra literarura y de nuestra poesía regional.

---

# Porto Rico Anemia Commission.

OFFICE OF THE CHAIRMAN.

RIO PIEDRAS, P.-R.

MOVIMIENTO de enfermos habido en las Estaciones de la Comisión de Anemia de Puerto Rico durante el mes de Julio de 1907.

ESTACIONES.		SERVICIO DE DISPENSARIO				SERVICIO DE HOSPITAL			
		Admitidos.	En tratamiento.	Curados.	Fallecidos.	Admitidos.	Altas en curación.	Curados.	Fallecidos.
Rio Piedras	5 semanas	316	1,095	92					
Mayagüez	5 "	214	1,079	74					
Lares	5 "	344	2,120	233		5			
Aibonito	5 "	393	2,038	133					
Añasco	5 "	127	1,396	24					
Bayamón	5 "	114	281	97		7	5	2	
Barros	5 "	170	1,321	156					
Coamo	5 "	172	1,114	33		5	1		
Guayama	5 "	81	174	5		2			
Comerio	5 "	135	1,147	72					
Corozal	5 "	447	2,991	308					
Juncos	5 "	242	1,570	157	1				
Manatí	5 "	349	2,640	128		1			
Morovis	1 "	18	125	4					
Las Marías	5 "	261	1,272	104		1			
Ponce	5 "	352	1,507	129		3	1	2	
Quebradillas	5 "	234	945	151					
San Germán	5 "	793	4,362	514			1		
San Sebastián	5 "	354	1,714	67					
Vega Baja	5 "	249	2,041	56					
Yauco	5 "	206	238	113	1				
Isabela	5 "	387	1,820	164					
Humacao	5 "	447	4,070	202		2		1	
Arecibo	5 "	294	1,987	71					
Cabo Rojo	5 "	101	731	26					
Cayey	5 "	299	1,455	157					
Vieques	5 "	43	576	48					
Aguada	5 "	33	347	41					
Aguadilla	5 "	453	1,724	85	1				
Adjuntas	5 "	887	4,809	304					
Fajardo	5 "	258	590						
Mannabo	5 "	242	178						
Ciales	3 "	424	1,105						
Total.....		9,439	50,562	3,748	3	26	8	5	

## Experiencias obtenidas en la Estación de Anemia en Bayamón.

Abierta esta Estación en el mes de Agosto del año pasado, al producir el informe correspondiente al año oficial que termina en 30 de Junio, solamente habían concurrido 820 individuos en solicitud de tratamiento. Esta escasa concurrencia reconoce por causa varias determinantes que ya en comunicación anterior he tenido ocasión de exponer á la Comisión. En manera alguna obedece este alejamiento á la circunstancia de haberse asistido regular número de anémicos en las Estaciones que años antes funcionaban en la localidad, pues se cuentan por miles los que aún restan necesitados de curación. Las causas determinantes son de una parte la ignorancia y la indolencia de la masa analfabética del pueblo; pero también de otra parte debe reconocer la ninguna cooperación que, con apariencias sospechosas de meditaciones, han prestado á los benéficos propósitos de la Estación la autoridad local y los médicos residente en la población, (dándose el caso de vender uno de esos unos comprimidos, al parecer de betún ó tanato de hierro, pregonándolos como eficaces para la curación de la Anemia en impresos que se adjuntan al medicamento).

En cuanto á la Patología habría que agregar á las experiencias acumuladas por las primeras Comisiones de Anemia que han funcionado con mayores recursos á los que han podido disponer las Subestaciones locales escasamente retribuidas.

Es indudable que los casos más serios de Anemia por Uncinariasis se observan en individuos mal nutridos, organismos depauperados por una alimentación deficiente en calidad y cantidad, en los que viene ejerciendo su acción destructora la Gastroenteritis y la Dispepsia; no es menos seria la anemia en adultos y ancianos de organización deteriorada por la acción continuada durante años de Hepatitis intersticial, lesiones valvulares del corazón y la Caquexia malárica. En cambio es frecuente la Uncinariasis con Anemia en individuos jóvenes bien alimentados y no mal tratados higiénicamente, de los que no pocos han quedado libres del parásito á la primera aplicación del timol, elevándose la hemoglobina subitamente á la casi normalidad en un período admirablemente corto.

En cuanto al tratamiento soy de parecer que si disponemos en el Timol de un agente vermífugo rápido, eficaz é infalible, sin efectos secundarios y consecutivos que comprometan la salud ó la vida del paciente, no hay razón para sustituir lo bueno conocido y comprobado en muchos miles de enfermos, por experimentar nuevos agentes preconizados más bien para el buen negocio de sus fabricantes que para introducir ventajas en el sencillo, pero excelente arsenal terapéutico de que disponemos. Está suficientemente probado que el Naftol y el Eucaliptol son inferiores en virtud terapéutica comparados con el Timol.

Paréceme además procedente recordar, que más de una tercera parte de los que concurren una ó dos veces á la Estación, desobedecen la órden de volver hasta quedar curados, abandonando por completo el tratamiento. De los 820 pacientes que figuran en el antes referido informe corresponden á este grupo 38%, más de una tercera parte.

La Profilaxis ha sido, es y será en todo tiempo y lugar el culminante objetivo á que los hombres de ciencia han de dirigir sus esfuerzos. Conocida la causa de Anemia de nuestro suelo y la forma incidiosa de introducirse en el organismo que ha de ser consumido en fuerza de la intoxicación hemolítica, es sencillamente lógica y natural que, removida la causa, los efectos han de desaparecer con ella; y si esta extinción de causa y efecto es practicable en un territorio, por grande que sea su extensión, la Profilaxis ha de proceder á otra intervención, ó por lo menos acompañarla, pero nunca relegarla á un lugar secundario, como es de lamentarse ocurre en nuestro país. La Comisión de Anemia y sus agentes de Subcomisiones carecen de atribuciones ejecutivas para hacer cumplir las leyes promulgadas con perfecto acierto, tendentes á corregir el grave mal que pesa sobre una población de 800,000 almas enfermas de Uncinariasis. Aunque las perseverantes prédicas de propaganda que se han sostenido en la mayor parte de las Estaciones de Anemia locales han llevado algún convencimiento á la población rural, la más necesitada de Profilaxis, los resultados no guardan relación con la magnitud de la calamidad, el tiempo invertido en esta labor de propaganda, y los sacrificios aportados para atender al tratamiento, más lo que en el porvenir se esperan.

Curado el mal en aquellas que realmente han sido perseverante en el tratamiento, estos vuelven de nuevo al foco de infección no desinfectado, criadero fecundo de larvas infectantes en que el campesino, persistente en sus inveterados hábitos de verter sus excretas al campo raso, mantiene el cultivo de la Uncinaria en plena lozanía, y queda establecido de esta manera un círculo vicioso del que solo puede librar la enérgica aplicación de las medidas profiláticas.

Las recomendaciones del gobierno han resultado infructuosas. Para las altas autoridades este gravísimo problema médico-social, del que desde cerca de seis años vienen ocupándose en todos los tonos la Comisión de Anemia y la Asociación Médica, parece asunto poco menos que frívolo y baladí. Prueba de ello es la recomendación del Gobernador al Sr. Comisionado del Interior hecha á exitación de la Comisión de Anemia, de proveer de letrinas portátiles de campaña á las cuadrillas de presos que emplea en los trabajos de la carreteras, recomendación que parece haberse sumido en completo olvido. Opina que la Comisión de Anemia, el Departamento de Sanidad y la Asociación Médica de consuno deben redoblar sus esfuerzos ante

los poderes legislativo y ejecutivo hasta conseguir la aplicación enérgica y efectiva de las leyes vigentes sobre Higiene profiláctica en lo que se relaciona con la Uncinariasis y las que en adelante se promulguen. En nuestras Cámaras legislativas apenas ha figurado el elemento médico que la hubiese excitado á la promulgación de Leyes eficaces para combatir esta calamidad pública.

El número de Estaciones, Subestaciones y Dispensarios establecidos en la Isla no es suficiente para satisfacer las exigencias de 800.000 enfermos; pero los médicos encargados de éstas deben también prestar á la propaganda de las doctrinas profilácticas mayor atención de lo que hasta ahora se ha practicado y en forma más enérgica. Convendría que, al confiárseles la dirección de una Estación se les haga recomendación especial de esta medida, insistiendo en su cumplimiento.

En un país en que la Uncinariasis ha tomado las proporciones de una calamidad pública, sería de desear que en cada población se estableciera una Estación de Anemia, pero también la rigurosa aplicación de las medidas profilácticas.

Las ideas que aquí he emitido no son fluctuantes teorías, vagas hipótesis: son la expresión de lo lógico, evidente y científico. Me asiste la convicción de que con el tiempo se removerán las causas que obstruyen la aplicación de las leyes salvadoras y entonces también las causas de la calamidad irán cediendo hasta extinguirse en un plazo que no puede preverse.

DR. A. STAHL,

*Director de la Estación.*

## NOTAS CLINICAS

Una muger pidió entrada en el Hospital Tricoche, presentando un prolapso rectal antiguo con destrucción del periné.

La traté con el método del termocauterio pero el prolapso recidivó. Perdí la esperanza de curarla sin operar, y me decidí á intervenir. Dada la magnitud del prolapso, no creí prudente hacer ninguno de los métodos de colopexia, por temor á recidivas. Asemejé el caso, á uno de prolapso uterino, y así como en estos debe hacerse, la colpografía y perinorrafia, con ó sin histeropexia, me pareció que debía hacer en este caso una rectorrafiá correspondiente. Opté por la recepción circular del recto. En profunda anestesia y previa una antisepsia rigurosa, me cercioré de que no hubiese visceras en los fondos de saco rectales. Pasé entónces una serie de orines de Florencia de adentro afuera, en el límite anal de porción prolapsada, para evitar la retracción de las capas, una vez hubiese seccionado, y hacer más fácil la sutura.

Corté el doble forro longitudinalmente con tigura hasta cerca del ano. En este momento la muger vomitó, y se herniaron por la herida algunas asas intestinales. Se sabe que en estos casos, el fondo de saco peritoneal, suele ser abierto.

Puse la operada en posición inclinada, reduje; suturé el peritoneo, no sin antes haber lavado con agua estéril las asas que se habían herniado. Del extremo superior de mi primera incisión longitudinal trazé otra circular y estirpé el cilindro rectal resultante.

Suturé entonces el rodete anal, al extremo libre del intestino, cogiendo en la sutura las tres capas. Perineorrafia profunda.

El prolapso no ha recidivado, y el ano contiene casi normalmente. Algunos puntos de la perinorrafia supuraron, obligando otro día á completar el periné.

\* \*  
\*

### UN CASO NOTABLE DE PSEUDO ANGINA DE PECHO.

Una señora desconocida me llama precipitadamente, por habersele presentado durante el almuerzo, un ataque de dolor esternal acompañado de sofocación. Al dolor se extendía hasta el brazo izquierdo y la opresión era tanta que me pedía la librase por favor de la sofocación que acababa por momentos con ella.

Nitrito de amilo: revolución: morfina: compresas calientes en el pecho y brazos, ventosas: éter, &, &. Toda la terapéutica antiagínosa fué usada en el término de dos horas aliviándose por fin la enferma. Volví á las pocas horas y le hizo un detenido exámen en su aparato cardio-aórtico. No encontré nada. El ataque repitió el mismo día. Duró bastante y empecé á pensar en que esos ataques tan duraderos no son frecuentes en la verdadera angina de pecho. Usé sin embargo sistemáticamente los yoduros. Los ataques se repetían con demasiada frecuencia. Pensé en una intoxicación crónica alimenticia y la sometí al régimen lacteo. Resultados casi nulos. Nada de sífilis, nada de alcoholismo, nada de saturnismo. Pensé en el hiterismo y la sometí á un régimen apropiado, sin resultados.

Desde mi primera exploración me había enterado en su historia genital, que la paciente estaba amenórreica. Varias veces le propuse un reconocimiento, pero siempre me fué negado.

Los ataques seguían y como la enferma se resistía al reconocimiento resolví abandonar el caso á la Naturaleza. Yo extrañé como no se había cansado del médico, cuando el médico empezaba á cansarse de ella, pero tenaz, quería que yo la curase. No tuvo pues otro remedio que dejarse reconocer, y le encontré una retrodesviación y estrechez del conducto ó canal uterino. Le propuse la dilatación gradual, que fué aceptada después de pensarlo mucho. Fui al tratamiento uterino lleno de esperanza, y triunfé al fin. Seis ú ocho dilataciones con las bugias del Hëgar hicieron permeable el canal, y corrigieron bastante la desviación. No había retención de ménstruos, y éstos se presentaron después normalmente. Hace más de seis meses de esas intervenciones y desde esa fecha no se han repe-

tido los ataques de pseudo-angina y la señora goza de perfecta salud.

DR. GUILLERMO SALAZAR.

Ponce, Agosto 1907.

## SECCION INFORMATIVA

Ha sido acuerdo que la proxima Sesión Científica (undécima) tenga lugar en Mayaguez el domingo día 6 de Octubre á la hora de costumbre y en el lugar que señale oportunamente nuestro Delegado en esa ciudad.

Para mantener una marcha ordenada en la exposición de los trabajos que se presenten y discusión subsiguiente regirán las reglas que á continuación se expresan:

Se dará preferencia á los trabajos que vengan escritos y sean leídos, procedan de socios ó no socios, y especialmente á aquellos que sean acompañados de demostraciones, dichos trabajos serán publicados en este "Boletín."

En la lectura de un trabajo no puede emplearse más de 20 minutos; pero la mesa puede conceder algunos minutos más si revistiese importancia y originalidad.

Al primer turno de discusión se conceden 10 minutos y las réplicas y contraréplicas solamente 5 minutos á cada una.

Después de consumidos dos turnos en pró y dos en contra, el Presidente puede declarar terminada la discusión.

Bien conocido el entusiasmo de que están poseidos los ilustrados compañeros de Mayaguez y su incansable espíritu progresista, nos asiste el convencimiento de que esta Sesión superará en importancia á las anteriores, colocando á nuestra Asociación, como representación genuina del cuerpo médico de nuestra Patria, á la altura que el saber y las energías de sus asociados la deben elevar.

Esperamos también que en esta Sesión, los médicos que no han tenido la oportunidad de afiliarse, soliciten su ingreso, recordándoles que deben anticipar la cuota de entrada y título \$3—, más \$1— cuota del primer mes.

\* \*

En el prospecto de un nuevo<sup>\*</sup> periódico médico "Folia Urológica" que se editará en Leipzig, Alemania, hemos visto en la relación de colaboradores el nombre del afamado Dr. Alberto Suarez de Mendoza, compatriota nuestro y corresponsal del BOLETIN DE LA ASOCIACION MÉDICA, residente en Madrid. Nos complacemos en dar esta lisonjera noticia á los compañeros, que pone una vez más de manifiesto el alto prestigio de que goza nuestro paisano en su especialidad urólogo, no solamente en España, sí que también en el extranjero, hasta en la misma Alemania, donde no son pocos los que se dedican á esta difícil especialidad, una de las más intrincadas en el vasto campo de la medicina. El pais debe felicitarse por contar entre sus hijos á este eminente urólogo, y la "Asociación Médica" inscribiendo su nombre en el número de sus corresponsales.

# Fumigadores de Lister de Formaldehide.



El uso del Fumigador de Lister, está exento de todo peligro y de producir mal olor ó cualquiera otra sensación desagradable. En el procedimiento ordinario de desinfección la voz general es: *Dos desinfecciones equivalen á un incendio.* Aun cuando los vestidos y los muebles se envíen á un lugar apropiadamente dispuesto para el objeto, siempre sufrirán mucho deterioro, porque el vapor y el azufre, para que sean eficaces, no pueden menos que ser destructores. Pero el **FUMIGADOR DE FORMALDEHIDE DE LISTER** no causa efectos perjudiciales ni

en la madera barnizada, ni en los metales, ni en el oro ó la plata, ni en los colores ó tintes, ni en el papel de las paredes, y ni en los muebles. Es absolutamente inofensivo para todos los utensilios domésticos, y debido á eso y á su poder desinfectante, es admirablemente apropiado para su empleo en las habitaciones.

Pero también desde otro punto de vista su superioridad es tan marcada, que puede decirse abre una nueva era en el campo de la desinfección, porque este gas, al par que destruye los malos olores y los gérmenes morbosos, no ejerce efectos tóxicos en el hombre ni en los animales. El olor del formaldehide es sin embargo muy molesto para los insectos, y los hace huir. Está asimismo demostrado que no sólo no son tóxicos los vapores del formaldehide, sino que son muy útiles en las habitaciones de los enfermos y producen efectos terapéuticos de gran valor. En algunos países se han empleado las inhalaciones de este gas con gran éxito en casos de catarros, difteria, bronquitis, asma, tisis, gripe, etc. También causa efectos beneficiosos en la tos convulsiva. En vista, pues, de su baratura, de su eficacia, de su utilidad práctica y su propiedad de ser inofensivo para las personas, etc., el **FUMIGADOR DE LISTER** supera á todos los demás fumigadores y tiene que merecer el favor del público.

El **FUMIGADOR DE LISTER DE FORMALDEHIDE** se fabrica de dos tamaños; grande y pequeño. El envase en que van los citados fumigadores, está hecho de un material incombustible.

Un **FUMIGADOR DE LISTER** de tamaño pequeño es suficiente para fumigar una habitación de mil pies cúbicos, y un **FUMIGADOR DE LISTER** tamaño grande, puede desinfectar una habitación de cuatro mil pies cúbicos.

**De venta en todas las Droguerías y Farmacias.**

# Jarabe Poliformiatado

Del Dr. CHAPELLE.

---

Heróico estimulante, asociado al Glicógeno y á las sales minerales fisiológicas, sus efectos son mucho más duraderos que los del **Acido Fórmico** solo. Aumenta rápidamente las fuerzas y el vigor, suprime la sensación de cansancio.

Indicaciones: NEURASTENIA, ANEMIA,  
GRIPPE, DIABETES, ALBUMINURIA.

Hace adquirir en breve la energía necesaria para la práctica del sport y toños los ejercicios penosos.

PARIS, 8, RUE VIVIENNE, Y EN TODAS LAS FARMACIAS.

---

## Morrhuel de Chapoteaut

---

El MORRHUOL contiene todos los principios activos del aceite de hígado de bacalao, salvo la parte grasa. Representa 25 veces su peso de aceite y se expende en pequeñas cápsulas redondas que encierran 20 centígramos ó 5 gramos de aceite de bacalao moreno.

*Dosis diaria:* 2 á 3 cápsulas para los niños; 3 á 6 para los adultos, en las comidas.

---

## Morrhuel Creosotado

DE CHAPOTEAUT.

---

Estas cápsulas contienen, cada una, 15 centígramos de MORRHUOL, que corresponden á 4 gramos de aceite de bacalao, y 5 centígramos de Creosota de Haya de la cual se han eliminado el creosol y los productos ácidos, substancias que se encuentran en las creosotas del comercio y ejercen acción cáustica en el estómago y los intestinos. Dan los mejores resultados en la TISIS y la TUBERCULOSIS PULMONAR en dosis de 4 á 6 cápsulas diarias al comenzar á comer.

Depósito en París, 8, Rue Vivienne, y en las principales Farmacias.

# BOLETIN

DE LA

## Asociación Médica de Pto.-Rico.

**DIRECTOR:**

DR. M. QUEVEDO BÁEZ.

**REDACTORES:**

Dr. Agustin Stahl.

" J. N. Carbonell.

" Tomás Vázquez.

" Moret Muñoz.

" F. Goenaga.

Dr. Gonzalez Martinez.

" Ruiz Arnau.

" Guillermo Salazar.

" Velez Lopez.

Corresponsal en Washington, Dr. BAILEY K. ASHFORD.

Corresponsal en Madrid, Dr. A. Suarez de Mendoza.

Corresponsal en Santo Domingo, Dr. Ramón Báez.

**SUMARIO.**

Sesión Científica celebrada el 6 de Obre. de 1907.

Siete casos de "Beriberi" importados en Puerto Rico.

Dos casos de Tumores Abdominales.—Por el Dr.

Pedro Perea Fajardo.

Biografía del Dr. Manuel Alonso Pacheco.

Interpretación de un Análisis de Orina.—Por el Dr.

A. Suarez de Mendoza.

Puerto Rico Anemia Commission.

Sección Informativa.

Anuncio.

LA CORRESPONDENCIA Y ANUNCIOS AL DIRECTOR

Published Monthly at 29 Plaza Baldorioty San Juan, P. R.

SAN JUAN, PUERTO RICO.

Establecimiento Tipográfico del Boletín Mercantil.

ALLEN No. 24 y 26.

Cerecedo Hermanos y Compañía.

VENDEN EN SU ESTABLECIMIENTO

# LAS MEJORES AGUAS MINERALES

DE APLICACION TERAPÉUTICA,  
RECOMENDADAS POR LA CIENCIA MÉDICA  
EN DIVERSAS AFECCIONES:

AGUA DE VITEL

*Muy eficaz en la  
Diabetes artri-  
tinas etc.*

ID. DE INSALUS

*La mejor agua  
carbónica de em-  
pleo en las dis-  
pepsias atónicas.*

ID. DE VICHY

*Grand Grille, Ce-  
lestinsy Hopital.*

ID. DE MONDARIZ

*Curan dispepsias.*

ID. DE CARABAÑA

*El mejor purgan-  
te salino cono-  
cido.*

# Jarabe Poliformiatado

Del Dr. CHAPELLE.

---

Heróico estimulante, asociado al Glicógeno y á las sales minerales fisiológicas, sus efectos son mucho más duraderos que los del **Acido Fórmico** solo. Aumenta rápidamente las fuerzas y el vigor, suprime la sensación de cansancio.

Indicaciones: NEURASTENIA, ANEMIA,  
GRIPPE, DIABETES, ALBUMINURIA.

Hace adquirir en breve la energía necesaria para la práctica del sport y todos los ejercicios penosos.

PARIS, 8, RUE VIVIENNE, Y EN TODAS LAS FARMACIAS.

---

## Morrhuel de Chapoteaut

---

El MORRHUOL contiene todos los principios activos del aceite de hígado de bacalao, salvo la parte grasa. Representa 25 veces su peso de aceite y se expende en pequeñas cápsulas redondas que encierran 20 centigramos ó 5 gramos de aceite de bacalao moreno.

*Dosis diaria:* 2 á 3 cápsulas para los niños; 3 á 6 para los adultos, en las comidas.

---

## Morrhuel Creosotado

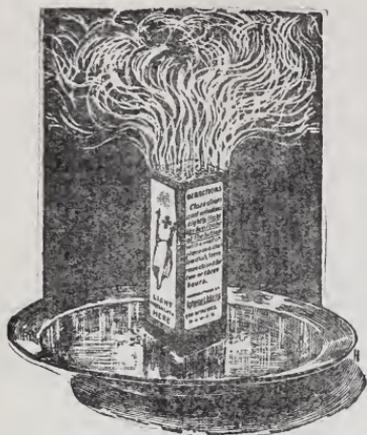
DE CHAPOTEAUT.

---

Estas cápsulas contienen, cada una, 15 centigramos de MORRHUOL, que corresponden á 4 gramos de aceite de bacalao, y 5 centigramos de Creosota de Haya de la cual se han eliminado el creosol y los productos ácidos, substancias que se encuentran en las creosotas del comercio y ejercen acción cáustica en el estómago y los intestinos. Dan los mejores resultados en la TISIS y la TUBERCULOSIS PULMONAR en dosis de 4 á 6 cápsulas diarias al comenzar á comer.

Déposito en París, 8, Rue Vivienne, y en las principales Farmacias.

# Fumigadores de Lister de Formaldehíde.



El uso del Fumigador de Lister, está exento de todo peligro y de producir mal olor ó cualquiera otra sensación desagradable. En el procedimiento ordinario de desinfección la voz general es: *Dos desinfecciones equivalen á un incendio.* Aun cuando los vestidos y los muebles se envien á un lugar apropiadamente dispuesto para el objeto, siempre sufrirán mucho deterioro, porque el vapor y el azufre, para que sean eficaces, no pueden menos que ser destructores. Pero el **FUMIGADOR DE FORMALDEHIDE DE LISTER** no causa efectos perjudiciales ni

en la madera barnizada, ni en los metales, ni en el oro ó la plata, ni en los colores ó tintes, ni en el papel de las paredes, y ni en los muebles. Es absolutamente inofensivo para todos los utensilios domésticos, y debido á eso y á su poder desinfectante, es admirablemente apropiado para su empleo en las habitaciones.

Pero también desde otro punto de vista su superioridad es tan marcada, que puede decirse abre una nueva era en el campo de la desinfección, porque este gas, al par que destruye los malos olores y los gérmenes morbosos, no ejerce efectos tóxicos en el hombre ni en los animales. El olor del formaldehíde es sin embargo muy molesto para los insectos, y los hace huir. Está asimismo demostrado que no sólo no son tóxicos los vapores del formaldehíde, sino que son muy útiles en las habitaciones de los enfermos y producen efectos terapéuticos de gran valor. En algunos países se han empleado las inhalaciones de este gas con gran éxito en casos de catarros, difteria, bronquitis, asma, tisis, gripe, etc. También causa efectos beneficiosos en la tos convulsiva. En vista, pues, de su baratura, de su eficacia, de su utilidad práctica y su propiedad de ser inofensivo para las personas, etc., el **FUMIGADOR DE LISTER** supera á todos los demás fumigadores y tiene que merecer el favor del público.

El **FUMIGADOR DE LISTER DE FORMALDEHIDE** se fabrica de dos tamaños; grande y pequeño. El envase en que van los citados fumigadores, está hecho de un material incombustible.

Un **FUMIGADOR DE LISTER** de tamaño pequeño es suficiente para fumigar una habitación de mil pies cúbicos, y un **FUMIGADOR DE LISTER** tamaño grande, puede desinfectar una habitación de cuatro mil pies cúbicos.

**De venta en todas las Droguerías y Farmacias.**

# BOLETIN

DE LA

## Asociación Médica de Pto.-Rico.

---

Año V. \*\*\*\*\*

OCTUBRE 1907.

\*\*\*\*\* Núm. 59.

---

### SESION CIENTIFICA

CELEBRADA EL 6 DE OCTUBRE DE 1907.

---

En la ciudad de San Juan, P. R., á los seis días del mes de Octubre de 1907 reunidos en los salones del "Ateneo Puertorriqueño", bajo la presidencia del Dr. A. Stahl y constituida la mesa por los Dres. Gutierrez Igaravidez, Quevedo Báez, Cordeiro como Secretario Accidental, con asistencia de los miembros de esta Asociación Dres. G. Muñoz, M. Figueroa, T. Vazquez, J. Monagas, G. Carreras, Lugo Viñas, Marcano, Lange y Vizcarrondo, con objeto de celebrar sesión científica trimestral, fué abierto el acto por el Sr. Presidente siendo las 2, 25 p. m. Después de un saludo al corto número de compañeros y asociados que concurren y lamentar la indiferencia con que la clase médica acoge el esfuerzo que la Asociación viene verificando, habiéndose publicado profusamente en la prensa la invitación, y haciendo resaltar que es ésta la única Asociación Científica que existe en Puerto-Rico.

Explica el acuerdo de que se celebrase esta sesión en San Juan, cuando en la última sesión celebrada en Ponce, se acordó que la celebración de la próxima se verificase en Mayagüez, manifiesta que siendo Delegado el Dr. Gonzalez Martinez renunció por haber trasladado su residencia á San Juan, y tener en proyecto un viaje á los Estados Unidos, que se escribió á dos Médicos de aquella localidad los que se negaron á aceptar el encargo de redactar un trabajo sobre fiebre tifoidea, que más tarde se escribió al Dr. Martinez Guasp y en vista de su silencio se envió nueva carta certificada, y cuyo recibo debidamente firmado se encuentra en poder del Presidente, sin que hubiese merecido la atención de un cortés acuse de recibo. Como el tiempo urgía y no teniendo conocimiento de persona á quien nombrar Delegado, para que con la premura necesaria preparase los trabajos preliminares para esta Asamblea, dice que estas son las causas que motivaron la celebración de esta sesión en San Juan, y no se explica el disgusto de los médicos de Mayaguez dado el

proceder anterior que motivó la determinación por parte de algunos miembros de la Directiva.

Presentaron trabajos escritos el Dr. Stahl sobre Beri-beri y el Dr. Perea de Mayaguez sobre dos casos de tumores abdominales operados. Presentaron trabajos orales con exhibición de enfermos el Dr. Muñoz Diaz en caso de gastropatía, y otro de polineuritis, y el Dr. Figueroa un caso de pielonefritis operado.

El Dr. Stahl si las comisiones designadas en Ponce han presentado las memorias sobre el estudio de la fiebre tifoidea y contesta el Dr. Muñoz en nombre de la Comisión de San Juan, que tienen en estudio y reunidos los datos recogidos individualmente, pero que no se había reunido la comisión para redactar en conjunto la memoria encargada, y pide un plazo para verificarlo toda vez que la índole del trabajo es compleja y al mismo tiempo disponen de pocas horas dado sus múltiples ocupaciones. El Dr. Gutiérrez se expresa en parecidos términos toda vez que se encuentra agobiado de trabajo en la época actual y pide un turno en el curso de la sesión para tratar sobre los datos que tiene reunidos y las dificultades que en tan corto plazo se presentan para emitir conclusiones sobre un proceso tan amplio.

El Dr. Stahl lee un trabajo sobre Beri-beri referente á los casos que se encuentran en el Hospital Militar procedentes de Honolulu y después de describir los síntomas y caracteres observados en estos casos mostrando uno de los enfermos ya convaleciente, opina que la infección fué adquirida en el mismo barco después de su salida de las Islas Hawaii.

El Dr. Muñoz presenta su enfermo diagnosticado de polineuritis, por tener puntos de contacto los síntomas y caracteres de ambas enfermedades. Dr. Guillermo Carreras hace referencia á un caso diagnosticado por el Dr. Jaspert y por él como Beri-beri presentado en Vieques y procedente de Filipinas. Tercian en la discusión de estos casos los Dres. Gutiérrez, Vazquez, Quevedo, Lange y Monagas.

El Dr. Figueroa presenta su enfermo operado de pielonefritis el que con la concisión y claridad de lenguaje que acostumbra, explica la historia del caso, los pormenores de la operación y el resultado espléndido obtenido en la difícil operación practicada. El Dr. Quevedo Baez congratula al Dr. Figueroa en nombre de la Asamblea por el feliz resultado obtenido en el primer caso de esta clase de operaciones practicada en Puerto Rico con tal éxito; el Dr. Muñoz se une á la congratulación y felicita nuevamente al Dr. Figueroa.

El Dr. Muñoz Diaz presenta su enfermo de gastropatía haciendo un minucioso exámen de la historia clínica de su enfermo el cual después de algún tiempo de tratamiento ha conseguido mejorar notablemente y habiendo aumentado de peso 10 libras en solo 12 días, cuando se encontraba depauperado á consecuencia de la falta absoluta de alimentación.

No habiendo concurrido el Dr. Perea personalmente, fue-

ron leídos por el Secretario sus trabajos sobre dos casos de tumores abdominales operados.

El primer caso clínico fué de un tumor hemático del epipión habiéndose hecho el diagnóstico antes de la operación, de la apendicitis. Encontrándose el Dr. Lange que había sido el Médico de cabecera hace algunas declaraciones sobre el caso.

El segundo caso fué un tumor del mesenterio al cual hace observaciones el Dr. Figueroa haciendo notar las dificultades de esta clase de operaciones y demostrando su experiencia en estos casos dando consejos sobre la práctica que debe observarse en la hemostasia en esta clase de operaciones.

Terminada la lectura de los trabajos presentados, el Doctor Vazquez hace referencia al acuerdo tomado en la Asamblea de Ponce para convocar á la clase médica con objeto de redactar y discutir una Ley ó Código sanitario para la Isla de Puerto Rico, á lo cual contesta el Dr. Stahl sosteniendo su criterio de Ponce y replica el Dr. Gutierrez haciendo referencia á lo propuesto por él en aquella Asamblea; discutido el punto por casi todos los concurrentes fué acuerdo nombrar una comisión para que redacte dicho código compuesta por los Dres. Vazquez, Gutierrez, Muñoz, Carbonell (J) y Cordero. Que por el Dr. Vazquez dado su carácter de Superintendente de Sanidad se convoque á todos los Oficiales de Sanidad y demás Médicos de la Isla á una Asamblea que tendrá lugar en la Ciudad de San Juan, el segundo Domingo (día 10) de Noviembre del corriente año, con objeto de discutir y aprobar el trabajo que presente la comisión y además ponerse de acuerdo sobre puntos que se relacionan con el futuro porvenir de la clase Médica.

Siendo las seis y media de la tarde se dió por terminado el acto de que certifico como Secretario Accidental en esta Sesión.

DR. FELIPE B. CORDERO.

---

## SIETE CASOS DE "BERI-BERI" IMPORTADOS EN PUERTO RICO.

---

SEÑORES:

A principios del pasado mes de Septiembre un acontecimiento extraordinario despertó la curiosidad pública y la atención científica de los médicos observadores con motivo de la arribada forzosa al puerto de San Juan de la barca americana "Toohg Suey" (nombre japonés), su capitán John Willitt, perteneciente á la matrícula de Boston y procedente de Honolulu, islas Sandwich, con cargamento de azúcar.

Había llegado á aquel puerto procedente de Estados Unidos, donde permaneció solo cuatro días, cargando el azúcar necesario para que el buque tuviese el lastre indispensable á fin de poder continuar viaje. De allí se dirigió á la isla de Elli Elli, donde permaneció catorce días completando el cargamento, también de azúcar.

Componían la tripulación el capitán, piloto, contra maestre, cocinero, grumete y diez marineros, total quince personas.

En Honolulú y Elli Elli tomaron agua y se proveyeron de algunos víveres. La tripulación estuvo casi toda en tierra en la primera de estas islas después de las horas de trabajo del día, pero no desembarcó en la segunda.

En su mayor parte son americanos, uno es alemán, natural de Hamburgo. Si bien no todos son robustos, son hombres fuertes, como generalmente son los marineros. El color de los enfermos que he visto es rozagante y en apariencia disfrutan de envidiable salud; durante la navegación no ha ocurrido enfermedad alguna en ellos, excepción de la que tomó á bordo un caracter epidémico y uniforme en todos, diagnosticándose de "Beri-beri".

Desde Elli Elli á Puerto Rico la travesía duró 143 días, dando la vuelta por el Cabo de Hornos.

Mientras permanecieron en las islas Sandwich el tiempo era desapacible, lloviznoso y acompañado de rafagas, de igual manera durante la navegación por el Pacífico hasta doblar el Cabo de Hornos; pero varió al entrar en el Atlántico conservándose el buen tiempo hasta la llegada á Puerto Rico. Solo á la altura de Buenos Aires sufrieron un cambio desagradable que fué, sin embargo, pasajero.

A los 85 días de navegación ocurrió el primer caso de un enfermo y también el desgraciado suceso de lanzarse al agua el cocinero, víctima de un violento acceso de locura, pereciendo ahogado.

El aseo á bordo, como en toda esta clase de embarcaciones, deja mucho que desear y los preceptos higiénicos son poco atendidos; los camarotes de los marineros son desaseados y húmedos. Como es consiguiente, la alimentación corre parejas con la higiene, y los alimentos se recienten en sus condiciones de bondad; había pan fresco diario, y esta y la carne salada constituían el principal alimento de la tripulación.

El alimento destinado á la oficialidad era mejor que el de la marinería y en la segunda mitad del viaje se sentía la falta del cocinero experto.

Sucesivamente ocurrieron siete casos de la enfermedad; pero casi todos leves que permitían á los enfermos permanecer sobre cubierta y ejercitarse en algún trabajo.

En un artículo de información que publiqué el 21 del mes pasado en el diario "La Correspondencia" hago la descripción del viaje, del que es casi literal copia lo que precede, y excitaba á los compañeros á estudiar la enfermedad en estos casos importados que indudablemente inspiran algún interés bajo puntos diversos de vista.

El médico director del Hospital Militar, doctor Rafferty me había expresado su consentimiento y su deseo para que los médicos concurriesen al hospital y estudiarasen esta para nosotros rarísima enfermedad, desconocida por casi la totalidad de los profesores,

y aprovecho esta oportunidad para ofrecerle por su atención un expresivo voto de gracias.

Debo agregar, que este buque, según informan los marineros enfermos, ya había tenido en dos viajes anteriores también enfermos de Beri-beri, surjidos durante la navegación de retorno y que importó á Estados Unidos, una vez procedente de Honolulu y otra de Singapur.

Concretándome en mi anterior artículo informativo á una simple descripción del viaje, dije que los casos eran todos leves, y en realidad, al entrar en la sala de los enfermos y ver aquellos siete hombres, unos acostados, otros sentados y otros andando con la mayor soltura, todos ostentando en el rostro el hermoso color blanco rosado de los habitantes del Norte y la robustez del marino, no reflejando señal de sufrimiento físico, se recibía la impresión de estar en presencia de hombres completamente sanos. En ninguno de ellos se conservaban las perturbaciones motoro-sensibles de las piernas que caracterizan la enfermedad y adquieren proporciones extraordinarias en una de sus formas.

Solamente en la forma rudimentaria, y no en todos los casos, la enfermedad recorre un término pasajero; pero aún en muchos de estos, el curso nunca es agudísimo y de corta duración, prolongándose, también en casos leves, por semanas y meses, en otros por años.

Debo recordar que los síntomas cardinales consisten en: perturbaciones motoro-sensibles, hidrops y trastornos cardiacos. Los primeros se inician en las piernas y pies y siguen una marcha ascendente. La intensidad de estos síntomas varia en los diversos casos, como acontece en síndrome de toda enfermedad.

De estos cuatro síntomas cardinales se derivan, según Scheube, cuatro formas diversas caracterizadas por fenómenos distintos: rudimentaria, atrófica, hidrópica y cardiaca ó perniciosa; pero las perturbaciones motoro-sensibles nunca faltan, apenas hay lugar de aperebirlas en los casos agudísimos de forma perniciosa que ponen término á la vida en breves horas.

Estos casos importados llevan necesariamente la duda al ánimo de los que carecemos de conocimientos prácticos, pues su esclarecimiento no se obtiene buscándolo en el libro, debiendo confiarse al médico que ha tenido ocasión de observar y tratar á muchos de estos enfermos. La práctica enseña en un día más que la teoría en un año. Casi á diario tenemos á la vista enfermos del Tifo tropical y cada caso nuevo nos llena de vacilaciones en los problemas que en esta enfermedad están por resolver y el libro, si á veces nos ilustra, otras nos confunde.

El escéptico que deduce de la existencia del Beri-beri en estos siete enfermos, divagaría por el misterioso laberinto de las neuritis y polineuritis y recorrería sus tortuosas galerías sin encontrar salida y dar solución satisfactoria y concluyente á lo que por todos conceptos debe quedar, aunque provisionalmente, encasillado en el capítulo del Beri-beri, si bien es verdad que, los que no poseemos acopio de conocimientos prácticos y solo por el libro conocemos la enfermedad, en presencia de estos casos nos preguntamos: "Pero donde está el Beri-beri"? Los ejemplares importados se prestan poco á darnos una idea, siquiera aproximada, de esta entidad morbosa.

En cinco de estos enfermos se han observado exclusivamente ligeros trastornos motoro-sensibles en las piernas, y esto muy al principio, pues ya han desaparecido; dos solamente con alguna hinchazón de los tobillos y á lo largo de las tibias. La mayor parte aquejaba, al sentirse enfermos, gastralgia é inapetencia, después las piernas adoloridas en las región de la tibia y alguna dificultad en el andar. A esto se reduce el historial clínico de todos estos enfermos. Uno de los hidrópicos acusa haber sentido además contracciones musculares en los muslos y abultamientos, como si surtiesen subitamente infartos glandulares que pronto desaparecian, las piernas adoloridas y adormecidas, el dolor era intenso, parecíale sentirlo en los huesos. En este estado han ingresado en el hospital; pero desde su ingreso han experimentado una mejoría progresiva y rápida.

La procedencia de la enfermedad no es difícil encontrar. Tratándose de Beri-beri no cabe admitir una infección en el corto tiempo que permanecieron en Honolulu, menos aún teniendo en cuenta que la mitad de la dotación se enferma en el largo viaje de 143 días, pero él primer caso á los 85 días de navegación. El buque, en el que habían surjido en los dos viajes anteriores casos de igual enfermedad, llevaba sin duda en sí el germen infeccioso que ha contaminado á todos los que se enfermaron en los tres viajes, y si á la llegada á los Estados Unidos se practicó la desinfección, esta no se hizo lo suficientemente perfecta y eficaz para extinguir el referido germen.

En proporción al animado comercio que sostienen los países del Beri-beri con otros en que la enfermedad no reina, son raros los casos de importación. Cuando ocurren en la travesía, puede sospecharse que la embarcación lleva en sí el germen infeccioso, y en el caso que nos ocupa, está evidenciado. En la actualidad estos siete hombres no pueden calificarse de enfermos y desean su salida del hospital. Las perturbaciones motoro-sensibles que hubieron han desaparecido por completo; con los ojos cerrados andan perfectamente en todas direcciones y ejecutan toda clase de movimientos; el apetito es excelente; un ligero trastorno funcional cardíaco observado una vez en uno de los hidrópicos pero que en nada le molestaba, ha desaparecido; más que convalecientes parecen restablecidos; pero la experiencia enseña que, aún después de transcurrido largo tiempo en aparente salud, han reaparecido manifestaciones denunciando restos ocultos y latentes que reducen.

Lo benigno de los casos ocurridos á bordo del "Toohg Suey" se presta á serias reflexiones que conviene poner en claro. Sabido es que los enfermos de Beri-beri, separados del sitio de infección y trasladados á otros libres del mal, sanan rapidamente, y de aparecer la enfermedad en estos lugares libres, los infectados en aquellos focos y trasladados á estos antes libres, rara vez revisten formas graves. De esta manera admitiría explicación la benignidad de estos casos, de haberse contraído la enfermedad en el foco infecto de Honolulu; pero el caso es muy distinto: el foco lo era el buque mismo y, sin embargo, todos eran enfermos más que leves. Aquí solo cabe admitir una atenuación considerable en la virulencia del germen, conservando este un alto grado de trasmisibilidad.

Esta observación no es nueva, y por esto no debe sorprendernos. En los países de Beri-beri se han observado epidemias benignas en un punto, precedida de años anteriores de otra maligna y viceversa. Está, pues, probado, que el germen puede conservar su infecciosidad en alto grado y atenuarse simultáneamente su virulencia. El poder de infección y de virulencia coexisten, pero no se compenentran; existen separados, pero no se identifican.

Ocurre ahora preguntar, porqué, siendo el buque mismo el foco de infección, no se ha enfermado la tripulación en el viaje de ida y sí en el de regreso. A esta pregunta se me ocurre oponer doble argumento. Primero, el buque contendría el foco en su interior. Desinfectado, aunque imperfectamente en Estados Unidos y cerradas herméticamente las escotillas antes de salir para India y Oceania, la tripulación no se puso en contacto con el foco sino después de rendir el viaje. Durante este tiempo los gérmenes sobrantes han tenido lugar de vejetar, reproducirse y prosperar en cantidad, más no en calidad, pues han perdido gran parte de su virulencia á beneficio de causas que no vamos á analizar ahora. Entonces se abren las escotillas, se descarga y vuelve á cargar el buque, en cuya operación los marineros se ponen en contacto con el foco, pero solamente los marineros que fueron los que enfermaron, siete de los diez, el 70%. Ni la oficialidad ni el cocinero y grumete que no toman parte en la operación de carga y descarga en el interior del buque se enferman. En segundo lugar hemos de citar á Roll (véase Scheube, tercera edición aumentada de su obra "Enfermedades de los países cálidos"). Este acusa al agua de consumo de vehículo portador de la infección. Refiere dos epidemias surjidas en buques 4 hasta 5 semanas después de proveerse de agua en lugares de Beri-beri. Mientras conservaba agua de Europa á bordo, nadie enfermó, á pesar de haber permanecido el buque en el sitio en que la infección reinaba. Lo mismo ocurrió en el Toohg Suey: mientras conservaba agua de Estados Unidos la dotación se mantuvo sana; pero después de tomada en Honolulu y Elli Elli, surgió la enfermedad á los 85 días. Manson combate la opinión de Roll y atribuye la enfermedad á una miasma que penetra por piel y pulmones. Más en nuestro caso es de notar y repetimos que todos consumían á bordo la misma agua y solo que trabajaron en el interior del buque enfermaron.

Resta resolver si el Beri-beri existe en Puerto Rico. Me inclino á la afirmativa. El único caso del que hasta ahora se ha dado cuenta es el descrito en un trabajo del Dr. Curbelo, publicado en el número 44 del Boletín de la Asociación correspondiente al mes de Julio del año pasado, observado en Arecibo, forma atrófico-hidrópica, el que he podido inspeccionar, participando de la opinión del colega. Aquella observación y el convencimiento de que el caso era típico de Beri-beri me afirma, como es consiguiente, en la convicción de que esta enfermedad no es extraña á nuestro suelo, no habiéndose aplicado el diagnóstico correspondiente á los casos ocurridos por las mismas razones que hasta hace poco no sonaba en parte alguna el de la Uncinariasis, propagado en cuatro quintas partes de nuestra población. Y ahora, dado nuestro carácter inclinado á lo nuevo y extraordinario que impre-

siona, Señores, permitidme que os aconseje no se vea surgir por todas partes el Beri-beri cual fantasma aterradora allí dónde su entidad clínica jamás ha intervenido.

## Dos casos de Tumores Abdominales.

### SEÑORES:

Me propongo molestar hoy vuestra atención aunque por breves instantes, para referiros dos casos curiosos, de esos que en la clínica se presentan varias veces, con frecuencia enmascarados y que suelen ocasionar inauditos fracasos. El juicio diagnóstico fué en ellos ó lejos de la certeza, ó á ella, con vacilaciones grandes, porque de los datos de interrogatorio y de exámen que el enfermo suministraba surgian apreciaciones contradictorias.

De estos dos casos uno, nos enseña como un quiste hemático del epíplon, contorsión de péciculo y adherencias en la fosa iliaca derecha puede ser confundido con una apendicitis, y el otro, un tumor del mesenterio, confirma una vez más lo difícil del diagnóstico y lo grave del pronóstico de estas operaciones.

No ha muchos años siendo yo estudiante de medicina en los E. U. pude asistir á un meeting de la Asociación Médica, y allí ví un profesor eminente reportar un caso de un tumor quístico del bazo, el que había operado creyendo que se trataba de un quiste del ovario, siendo sus conclusiones todas, tendentes á demostrar lo imposible que se hace algunas veces establecer el diagnóstico diferencial de estos tumores abdominales. Con esta idea en la mente he trabajado desde entonces en la cirugía abdominal y en las muchas laparatomías por nosotros practicadas, ningún caso de observación, nos ha resultado tan interesante por su diagnóstico como el primero de estos que voy á tener el gusto de relatarlos:

Fué, pues, señores ésta, una mujer de diez y nueve años de edad, viuda hace dos años, quien nunca tuvo hijos y cuya historia personal es negativa é igual la de sus familiares, y quien solamente de un año á esta parte, ha venido padeciendo de tiempo en tiempo de un dolor agudo en la fosa iliaca derecha. Estos paroxismos de dolor eran de corta duración y generalmente atribuidos á dolores reumáticos y malas digestiones. Cuatro días antes de ser operada, esto es, el 19 de Agosto, la enferma que nos ocupa, fué atacada de un dolor agudo en el abdomen de una sensibilidad extrema el punto de Mac Burney y de una rigidez muscular localizada, síntomas bastantes justificables para diagnosticar una apendicitis, como ya lo había hecho el médico de cabecera, uno de nuestros más ilustres compañeros, el Dr. D. Rafael U. Lange. El 21 del mismo mes fué llamado en consulta el Dr. Gimenez Nuza quien de acuerdo con el Dr. Lange ordenó el traslado de la enferma al hospital para hacer una intervención. El día 22 fuimos en consulta el Dr. Vady y yo quien con los compañeros ya citados examinamos nuestra enferma encontrando todos esos síntomas más acentuados y existiendo además náuceas, vómitos, constipación, elevación de temperatura á 39 y medio grados, aceleración del pulso, síntomas confirmatorios de

una apendicitis: ante los síntomas presentados por la enferma y la historia de su enfermedad, no vacilamos un momento en confirmar un diagnóstico ya establecido, más, cuando también ya existía la presencia de un plastron para hacer un diagnóstico más seguro.

En un principio grandes dudas se presentaron creyendo que se trataba de una obstrucción intestinal, pero la falta de vómitos persistentes, del shock pronunciado, dé la inmovilidad del tumor y de la temperatura subnormal nos hizo desistir de esa idea volviendo á nuestro primer diagnóstico de apendicitis. Las dudas sobre una salpingitis fueron deshechadas por un exámen bismual que nos indicó, que nada tenía esto que ver con los órganos pelvianos.

El exámen de la sangre no fué hecho por creerlo inútil, dado lo seguro que estábamos de que había una inflamación del abdómen y que este exámen no nos daría ninguna luz para hacer un diagnóstico diferencial. Si hubiésemos temido á alguna tifoidea ó alguna neuralgia abdominal ó pélvica no hubiésemos vacilado un momento en hacer ese exámen contando con todo lo necesario y la bastante práctica para llevar á cabo tal trabajo: á más el estado de nuestra enferma no nos permitía perder más tiempo: La indicación era una laparatomía inmediata y eso se hizo.

Kelly, Doyen, Lejars y todos los cirujanos modernos dicen: "Que jamás tendremos que arrepentirnos de haber operado demasiado pronto y que las lesiones que encontramos, una vez abierto el vientre, excederán siempre con mucho á las previsiones".

Como todo esto y ante los síntomas ya conocidos, y recordando un caso idéntico que habíamos operado hacía ya algunos meses y en el cual la operación nos confirmó el diagnóstico, propusimos al paciente la intervención que fué aceptada y efectuada el mismo día á las dos de la tarde.

Llegado el momento, y preparado nuestro enfermo procedimos á la operación que fué efectuada por el Dr. Gimenez Nuza el Dr. Vady y un servidor.

La incisión fué la clásica para las apendotomías, pero una vez abierto el vientre, ¡Oh sorpresa de la cirugía abdominal! cual no sería nuestro asombro al encontrar un grueso quiste epiploico, de superficie negruzca adherente en su parte posterior á algunas convoluciones del intestino delgado; ante este cuadro y en estas condiciones se incindió la pared anterior del quiste después de haberle aislado convenientemente con compresas y se evacuó una gran cantidad de sangre y coágulo, descortizando entonces el resto del saco y sacándolo fuera del vientre para ligar su pedículo que estaba retorcido varias veces sobre sí mismo y era también de un color negruzco, tumefacto y desigual. Buscamos el apéndice el que debido á la compresión del tumor se encontraba desplazado hacia arriba pero en perfecto estado: una vez hecho esto, dimos por terminada la intervención, el vientre fué cerrado y la curación se efectuó sin inconveniente.

Ahora bien señores: hubo un error diagnóstico evidente y aún éste podría calificarse de tosco y hasta grosero. Pero ¿fué dable evitarlo? si hacemos la comparación tal como los libros la describen, la confusión parece imposible, pero estudiando y acompañando los antecedentes con los síntomas presentados por la enferma, no

podemos encontrar lógico en la ciencia clínica constituida el diagnóstico del quiste hallado.

No queremos con esto disculparnos por el error, no, solamente exponemos los hechos.

Todo diagnóstico cuando es directo supone un trabajo mental de comparación de cuadros nosológicos y no fué si no haciéndolo, como llegamos á tomar por una apéndiceitis lo que era un quiste epiploico. Y de tal manera es esto cierto, que hoy al recordar el cuadro sintomático en que fiamos nuestro diagnóstico, no encontramos motivos clínicos suficientes para haber pensado de otra manera que como lo hicimos.

Ahora bien: ¿era diagnosticable el proceso? Con sinceridad podemos decir que no. Pero esta afirmación suscita una cuestión capital, en clínica todo proceso que se manifiesta por síntomas debe ser diagnosticable. Sino lo es, la clínica no está constituida en ese particular; y esos particulares son muchos (que si lo son, por desgracia) la ciencia tendrá pues muchos puntos sin constituir.

---

La segunda observación es la de un hombre de 39 años de edad, de empleo fogonero, quién de 8 meses á esta parte venía padeciendo de dolores abdominales y quién cuatro meses después se nota una masa en la región umbilical y que según él crecía rápidamente.

En Junio 29 fuí consultado sobre este caso por el mismo enfermo, quién me dió los síntomas siguientes, escalofríos y fiebre especialmente durante la tarde, fuertes dolores abdominales acentuados á la presión, estreñimiento y relativa ineptitud física, pérdida de peso rápida, experimentando, en la actualidad, grandes dolores y casi continuos. Su historia personal era negativa, sus padres habían muerto de enfermedades que no puede recordar, y sus hermanos, en número de cuatro, todos están en perfecto estado de salud.

Examinado el enfermo, encontré un vientre blando pero no relajado, y pude notar un tumor movible y macizo cuyo punto más culminante ocupaba aproximadamente la parte media del vientre, cuyos contornos eran difíciles de poder circunscribir, sonoro á una percusión ligera, mate á una percusión fuerte, síntomas los cuales me hicieron sospechar un tumor mesentérico, pero, no quise lanzar mi diagnóstico seguido, quise estudiar mi enfermo, que puse en observación durante algunos días, tanto más cuanto que conozco lo difícil de hacer un diagnóstico en caso de tumores abdominales, y sé que estos se operan casi siempre sin previo diagnóstico seguro, á más, quería consultar á un compañero, quería oír su opinión y con él tratar de conseguir la verdad del caso; así pues, recurrí á mi amigo y compañero el ilustradísimo Dr. Vady, quise que él, con sus muchos conocimientos y larga experiencia me ayudara á conocer el origen y naturaleza de aquel tumor, quise oír sus consejos sabios, quise tener su opinión y para ello, tuvimos una consulta que llevamos á efecto cuatro días después cuando pude convencer á mi enfermo de la necesidad de ello, y después de haber hecho un exámen de la orina que me confirmó en todos sentidos el buen estado de sus riñones y un exámen de la sangre que me demostró existía una leucositosis.

El día 3 de Agosto llevé mi enfermo á la clínica del compañero Dr. Vady, y con él, después de larga y penosa tarea llegamos á la conclusión primera, aunque siempre con alguna incertidumbre pues, ¿quién no lo hubiera tenido en caso semejante? y así formamos nuestro diagnóstico de un tumor del mesenterio; pero si como ya sabeis es difícil precisar el sitio de un tumor abdominal, mucho más lo es determinar su naturaleza. La literatura nos dice que se han encontrado allí, tumores ganglionares, quistes, espomas, fibrosas y cánceres y que no hay motivo alguno para que no se desarrollen en esta región los tumores que se encuentran en todos los demás órganos, así pues en cuanto á la naturaleza quedamos completamente á oscuras.

¿Cómo llegamos á la conclusión de nuestro diagnóstico? Recordando con Tillauv, que el mesenterio se compone de dos hojas de peritoneo, adosadas entre sí, formando una lámina cuadrilateral de la cual uno de los bordes corresponde á la columna vertebral, al paso, que el otro contiene el intestino delgado y ocupa simplemente la línea media disfrutando de gran movilidad: así pues tenemos que un tumor del mesenterio está siempre situado entre las dos hojas peritoneales que constituyen este repliegue y detrás del paquete del intestino delgado separando las dos hojas, á medida que crece, y cubriéndose con ellas, pareciéndose de este modo á un tumor del riñón; así estaba este tumor, era necesario diferenciarle y así se hizo teniendo presente que los tumores del riñón y las hidro-nefrosis tienen un sitio lumbo-abdominal y afectan relaciones particulares con la masa intestinal. Delante de un tumor del riñón se halla el colon, bajo forma de cuerda vertical permanente, mientras que por el contrario, delante de un tumor mesentérico se hallan las asas intestinales delgadas movibles desplegándose fácilmente, de suerte que la sonoridad podrá variar cada vez que se examina el tumor, además el exámen de la orina nos indicó que el riñón estaba en su estado normal.

Podía haberse confundido con una peritonitis crónica enquistada, pero en ésta el tumor es abollado é inmovible.

Los quistes del bazo son raros y son mates en toda su extensión. Los quistes del hígado y las distensiones de la vesícula biliar forman tumores menos aislables en el vientre.

Eran estos pues los únicos tumores con los cuales se presentaban nuestras dudas y los puntos de diagnóstico ya establecidos nos pusieron á flote en la contienda basando nuestro diagnóstico más que nada en los cuatro síntomas siguientes bien evidenciados por Tillaux:

- (1) Movilidad sobre todo natural.
- (2) Sonoridad á una persecución ligra
- (3) Matidez á una percusión fuerte.
- (4) Sonoridad á la percusión arriba del pubis.

Establecido ya nuestro diagnóstico, quedaba pues por resolver el tratamiento y ¿qué hacer en estas circunstancias más, cuando conocemos el pronóstico de estas operaciones? Se exigía un tratamiento, este se imponía y el tratamiento quirúrgico era el único racional y lógico; por este motivo indicamos al enfermo y familiares el peligro de la intervención y agobiado el primero por su ma-

lestar y fuertes dolores, insistió en la operación que se llevó á efecto por mí y los Dres. Vady y Gimenez el día 5 á las ocho de la mañana.

Lo indicado pues, era una laparatomia y ésta, fué llevada á cabo; como el acto quirurjico no llevaba conducta definitiva que seguir, sino que aquella había de surgir de lo que fuese el proceso, la laparatomia era ante todo y sobre todo una operación exploradora: pero, como de lo que se apreciara precisaba deducir la conclusión de abstenerse; era ó podía ser una laparatomia terapéutica.

Se abrió el vientre como es de ritual, por la laparatomia infraumbilical; introduzco la mano en el abdomen y encuentro casi seguido en medio de las asas intestinales delgadas un tumor duro, que después de examinado, confirma nuestro diagnóstico. La extensión de esta masa tumoral como podeis ver me hacía pensar mucho, comprendía el grave peligro que corría mi enfermo si la extirpación de aquel tumor se llevaba á cabo, pero, ¿qué partido tomar en tales circunstancias? ¿qué hacer? Dejar aquella masa en el vientre cuando ya empezaba un proceso de supuración hubiese sido la muerte de mi enfermo en pocos días, sacandola, casi corría el mismo peligro; consulté pues al hermano del paciente que se encontraba en la sala de espera, le manifesté lo encontrado recordándole el peligro, más éste, teniendo en cuenta los padecimientos de su hermano quien decía prefería la muerte á tantos sufrimientos, insistió en la intervención que diese á su hermano algunas probabilidades de vida y siendo esto la ablación del tumor, así se hizo.

Para conseguir esto, hubo que hacer la resección intestinal y mesentérica, quedando el tumor como bien podeis ver en el ángulo mesentérico que se extrajo. La operación relatada en todas sus partes sería larga de describir y al mismo tiempo cansada para vosotros que conoceis muy bien la técnica de estas intervenciones: básteme decir que una vez hecha la laparatomia media inferior y expuesto el tumor este fué sacado del vientre con el intestino que tenía que seccionar, y aislado de los demás por compresas esterilizadas, se incindió, no sin antes haber aplastado entre los dedos la parte que se iba á deliberar para rechazar su contenido para abajo, poniendo después dos compresas en los extremos intestinales para prevenir la salida de materia y realizar la hemostasia provisional. Después de haber limpiado perfectamente el carte, con otras tijeras se cortaron ambos lados del ángulo mesentérico, liberándose de este modo el tumor. Una vez esto conseguido, se hizo la anastomosis de los dos extremos del ilium por medio de un botón de Murphy por creerlo así el método más rápido y seguro, y el mesenterio cuyos labios se encontraban aproximados fué cosido en puntos por encima en toda la extensión de la hendidura.

Concluido ésto, y hecha la hemostasia completa, así como también la toilette del peritoneo, se extendió el epiplon en forma de cubierta sobre la superficie del segmento reunido, cerrando después el vientre en la forma habitual y dando por terminada la operación que duró casi dos horas. Durante la operación una hipodermoclisis de mil gramos de suero le fué puesto á nuestro enfermo habiendo sido repetida la misma dosis tres horas después, pero á pesar de todo esto y de las inyecciones hipodermicas de cafeína y estriocina teniamos al paciente á las ocho horas de operado, con

un pulso pequeño y frecuente (140): se levantaba después de cada inyección de suero pero bien pronto se deprime de nuevo, la temperatura es baja (36) las extremidades están frías, su cara esta muy pálida y cubierta de un sudor frío, la mirada es angustiosa, la respiración corta; se encuentra pues nuestro enfermo en un estado de shock el que no es posible combatir á pesar de nuestros esfuerzos; el aceite alcanforado fué inyectado cada 30 minutos, botellas calientes, eter, digital y la atropina se usaron sin resultado y el suero y adrenalina que tanto nos recomienda Crile demostró ser ineficaz en este caso, y nuestro enfermo murió á las 73 horas de operado á pesar de ser el acto operatorio menos complicado que lo que suelen serlo ciertos tumores ovaricos.

En la autopsia encontré el campo operatorio tal como lo había dejado hallando solamente el principio de las adherencias que ya empezaban á manifestarse en el sitio de la anastomosis. Nuestro enfermo, pues, murió de shock.

Ahora bien; después de esta nueva observación la cual acabo de relatar, surge otra vez la cuestión siguiente: debe practicarse la extirpación de los tumores sólidos y no malignos del mesenterio. Esto que ya ha sido contestado, y que tiene tantos partidarios en pro y en contra, ante el cuadro presentado en esta nueva experiencia, nos hace creer que es una necesidad, y más, cuando al enfermo se le ha hecho insoportable la vida, y que conste que este modo de pensar nos lo sugiere el caso desgraciado operado, sino también tres casos semejantes que ayudé á operar con resultados satisfactorios, á más, las cincuenta y cuatro laparatomias por nosotros practicadas, nos inducen á pensar de esa manera. El único punto capital que tenemos que resolver antes de dar comienzo á la intervención es, á mi juicio, el siguiente: ¿Cuántos pies de intestino pueden researse sin que nuestro enfermo muera por falta de nutrición? y esta pregunta no se ha contestado todavía, pero, sin embargo las muchas observaciones, en esta clase de trabajo, nos han demostrado que la resección de más de 6 pies de intestinos producen trastornos intestinales, y que los niños pueden tolerar mucho mejor la resección de un tamaño mayor; y así vemos que Heyes reporta un caso de un niño de 8 años, en quién extirpó 8 pies y cinco pulgadas con resultados satisfactorios, y Dressman reporta 26 de operaciones, en adultos, en los cuales más de cinco pies fueron seccionados con resultado, Blaney reporta 33, con 9 muertos en todo este total; en nuestro caso solamente 5 pies fueron reseados: así pues, como vereis, si el por ciento de mortandad debido á esta operación es grande, en cambio, ofrece casi un 75 por ciento de probabilidades de vida, y es mi opinión que, en casos verdaderamente desesperados, esta operación está plenamente justificada.

Yo siento no poder informarlos con respecto á la naturaleza del tumor, por no haber podido hacer el exámen patológico del mismo, y estar pendiente de la contestación del Instituto Químico Patológico de Nueva York, á quien mandé un pedazo de su tejido para ser examinado; sin embargo la granulación miliar que podeis ver en esa pieza patológica me hace creer se trata de un tumor de origen tuberculoso.

Ante vosotros quedan los hechos expuestos para que con vues-

tra clara inteligencia y profundos conocimientos podais discutir los puntos de diagnóstico, si así lo creéis conveniente, al mismo tiempo para que me deis vuestra opinión sobre vuestra conducta é intervención en casos parecidos, estando seguro de que esto será una prueba más de la gran necesidad que hoy tenemos de que nuestro espíritu de investigación busque un camino más seguro para el diagnóstico en caso de tumores abdominales. Esto que pide á todo espíritu médico su razón, no es, no puede ser una aspiración, es una necesidad. ¡Y feliz el día que la clínica tenga que agradecerle sus conquistas!

DR. PEDRO PEREA FAJARDO.

## BIOGRAFIA

DR. MANUEL ALONSO PACHECO

Trasladándose á mediados del siglo pasado encontramos la simpática figura del Dr. Alonso Pacheco en sus años de vigor, lozanía y plena actividad. Los que tuvimos la dicha de tratarle ya pintamos abundantes canas y no restan muchos que cultivaron su amistad. Algunos años más tarde, el que estas líneas traza, le conoció ya entrado en edad madura; los médicos que hoy somos justamente calificados de viejos éramos entónces jóvenes, médicos noveles, que contemplábamos con respeto aquella personalidad rodeada de merecido prestigio conquistado por su talento, sus obras imperecederas y sus austeras virtudes. El trato afable y cortés del Dr. Alonso inspiraba sincero afecto y su carácter franco y expansivo infundía una viva é íntima simpatía.

Cierto día, siendo Alonso médico titular de Dorado, fuí llamado para dilatarle un panadizo en un pulgar, que días y noches le habia privado del reposo, previendo con horror el momento de la dolorosa operación. Se convino en que esta se hiciera después del almuerzo que se acercaba. Solo con mi paciente me entretenia en lavarle el pulgar con agua algo caliente, y con el bisturí, pretestando limpiar de pellejitos importunos el tumor, sin parar la conversación, en cama y descuidado mi enfermo, de un rápido golpe le dilaté el panadizo por completo. Un grito de dolor atrajo á los familiares y amigos reunidos en el comedor. "Ya está operado: desde este momento empieza el alivio y la curación", fueron mis palabras, á las que contestó Alonso riéndose, alegre y agradecido, viendo brotar el pus: "Vean como á un hombre viejo lo ha sabido engañar un muchacho". Las palabras de aquel viejo penetraron en el corazón del muchacho cual tierno ósculo que un hijo recibe de un padre.

Pertenecía el Dr. Alonso á aquella brillante constelación que primeros resplandecieron en el cielo de Borinquen disipan-

do las sombras de un luctuoso periodo de crasa ignorancia y de brutal despotismo. ¡Goico, Vasallo, Juan Prudencio Monclova, Nicolás Aguayo, Hernández, Acosta, Pablo Saez, Romero, Pablo Morales, perdonad que invoque vuestra memoria!

Nació el Dr. Manuel Alonso Pacheco en San Juan el 6 de Octubre de 1822. Su padre D. Juan Alonso, veterano de 1808, vino á Puerto Rico en 1816 con el grado de teniente, llegando á coronel y 2º comandante del 6º batallón de milicias disciplinadas en el Departamento de Humacao; fué condecorado con varias cruces de distinción, entre éstas la de Caballero de la Orden de San Hermenegildo. Su madre D<sup>a</sup>. Africa Pacheco de Alonso, era natural de Ceuta.

Las primeras letras las aprendió con su madre, hasta el año 1832 que fué el Dr. Rufo Manuel Fernández á Caguas, donde actualmente vivía la familia de Alonso y allí empezó su educación bajo la dirección de este sabio maestro, y cursó la segunda enseñanza en el Seminario Conciliar de San Juan. El mismo Alonso en la biografía del Padre Rufo dice: “De esta manera comencé á ser amigo de mi sabio, virtuoso y venerado maestro el Dr. D. Manuel Rufo Fernández; amistad jamás interrumpida y que había de serme tan provechosa. Primero fuí su discípulo, después su médico y siempre el más constante y agradecido de sus amigos. En la penosa enfermedad que le llevó al sepulcro le asistí (Agosto de 1855) hasta el último momento.”

Alonso durante sus estudios de bachillerato vivió en unión del Padre Rufo en San Juan, calle de San Justo, esquina á San Sebastián, en la casa que lleva el núm. 38.

En 1836 ingresó en el Seminario fundado por el obispo D. Pedro Gutierrez de Cos, siendo rector de dicho Seminario Fray Angel de la Concepción Vasquez. A los 27 años se graduó de Dr. en Medicina en la Universidad de Barcelona, (España). Estudiaban también por aquel tiempo en la misma Universidad otros puertorriqueños inteligentes, y como Alonso aficionados á la literatura, entre los cuales figuraban D. Juan Bautista y D. Santiago Vidarte, D. Francisco Vasallo y D. Pablo Saez, y entre todos compusieron un libro de prosa y verso, titulado *Album Puertorriqueño*, que fué una de las primeras manifestaciones de la literatura del país.

Después de haber ejercido algún tiempo en la Isla, Caguas y Guayama, asuntos de familia le llevaron á España, viviendo algún tiempo en Galicia, de dónde más tarde se trasladó á Madrid en el periodo más álgido de la Revolución. Aquel viaje fué tan desgraciado, que naufragó frente al puerto de Vigo, perdiendo todo lo que tenia, incluso el equipaje de él y su familia, salvándose milagrosamente. Era médico del general Serrano en los albores de la revolución de 1808; le alcanzó la persecución ejercida contra este ilustre personaje en los últimos días del reinado de Doña Isabel, y fué desterrado á Lisboa.

Luchó en favor del estado político de su país, sin preocuparse en la hora del triunfo quien disfrutaba las ventajas.

En 1849 publicó la primera edición de *El Jibaro* y en 1884 la segunda edición aumentada con una segunda parte y con un prólogo de D. Salvador Brau. Ejerció también el periodismo político y fué director del periódico *El Agente* durante algún tiempo; pero su carácter apacible y regocijado no era el más apropiado para las ardientes luchas de la prensa militante en aquel tiempo.

Al retornar al país, desempeñó la titular de Dorado en 1875; más tarde vino á Rio Nuevo, y en 1877 pasó á desempeñar la titular de Toa-alta. Al siguiente año fué nombrado para la titular de Santurce hasta 1880 que fué nombrado Director del Asilo de Beneficencia y Manicomio, cuyo cargo desempeñó hasta su muerte ocurrida el 3 de Noviembre de 1889, á los 67 años de edad. (1).

---

(1) Obra en poder de la Asociación Médica la partida de defunción del inolvidable Dr. Alonso, que debemos la atención del venerable sacerdote puertorriqueño, Pbro. D. Pedro Berríos, al que desde las columnas de este periódico enviamos el testimonio de nuestro agradecimiento.

## Interpretación de un análisis de Orina

Por el Dr. A. Suarez de Mendoza.

(Continuación.)

Discutir esta interesantísima cuestión nos llevaría demasiado lejos, y después de invertir en el examen de las diversas opiniones, en la valoración de los argumentos mucho tiempo, no sé si, lógicamente pensando, podríamos decirnos en uno ú otro sentido, pues si bien las entidades que defienden una ú otra opinión tienen igual autoridad, ni unos ni otros se apoyan sobre argumentos decisivos.

A mi entender, y esto es fácil de comprobar todos los días, hay muy pocas orinas en que el ácido tricloroacético no acuse la presencia de sustancias albuminoideas, no revele huellas de albúmina; pero si tratáis estas mismas orinas por el ácido acético el cloruro de sodio y el calor combinados, que es la mejor reacción de la serina y globulina, el resultado será negativo en la mayoría de los casos. Clínicamente, pues, no consideraremos como albuminosas sino las orinas en que el reactivo que acabamos de indicar revele la presencia de la albúmina, y admitiendo que pequeñas cantidades de albúmina son compatibles, durante largo tiempo, con todas las apariencias de la salud más perfecta, pues así nos lo ha enseñado la experiencia, tomaremos por base de nuestra conducta el aforismo de Lecorché y Talamon: todo vestigio de albúmina en la orina implica la existencia de una lesión glomerular.— Bien entendido que por vestigio *de albúmina* se entenderá como hace un instante os he dicho, el revelado por los reactivos ordinarios.

¿Cuál es la naturaleza de esta lesión glomerular? Esto es mucho más difícil de definir de un modo preciso, pues no es fácil concebir una lesión que facilite el paso de la albúmina durante la estación vertical, como sucede en las albuminurias ortho-estáticas, y cuya influencia desaparezca durante el decúbito. Aún tenemos mucho que estudiar y aprender en estos asuntos; pero mientras nuevas investigaciones acaban de dilucidarlos, os aconsejo tengais

por patológicas todas estas albuminurias, pues el aparato de filtración urinaria en estado fisiológico no debe dejar paso á la albúmina.

La albuminuria es la manifestación más vulgarmente clásica de las nefritis médicas, y, sin embargo, si bien es verdad que la presencia de la albúmina en la orina plantea siempre un problema patológico interesante, su solución está muy lejos de corresponder á la existencia de aquella entidad morbosa, pues junto á las albuminurias orgánicas, que entrañan una lesión de la glándula, encontramos á cada paso las albuminurias funcionales, albuminurias sin lesión anatómica aún conocida, que deben ser tenidas muy en cuenta al interpretar los resultados del análisis químico.

Teissier de Lyon, en su estudio sobre las albuminurias curables, divide las funcionales en cuatro grupos diferentes:

- 1º Albuminurias intermitentes, de personas aparentemente sanas.
- 2º Albuminurias de los adolescentes, casi siempre cíclicas.
- 3º Albuminurias de origen digestivo ó hepático.
- 4º Albuminurias de origen neuropático.

En la primera categoría encontraréis las albuminurias por abuso de ejercicio, comunes sobre todo en artríticos hereditarios. Después de un ejercicio violento, la orina, escasa y más densa que la normal, contiene albúmina y sales en exceso; en cambio nunca el microscopio os revelará la presencia de cilindros.

La albuminuria cíclica de los adolescentes tiene por carácter peculiar, como su nombre lo indica, su constante aparición á una hora determinada del día; su cantidad, poco abundante, nunca llega al gramo, y presenta los caracteres de la globulina. La observaréis, sobre todo, en adolescentes reumáticos ó con atavismo gotoso muy marcado. Lo que más llama la atención en esta variedad es la regularidad cíclica con que se manifiesta el síntoma.

Por la mañana la orina no contiene albúmina; ni aun sirviéndose del ácido tricloroacético se llega á encontrar vestigios. Hacia la una de la tarde el ácido nítrico comienza revelar la presencia de la albúmina, que aumenta durante dos ó tres horas, disminuyendo después paulatinamente hasta desaparecer entre cinco ó seis de la tarde.

En casos completamente excepcionales el ciclo es doble, apareciendo con regularidad la albúmina después de cada comida.

Si haceis el análisis de las orinas durante las horas de albuminuria encontraréis á menudo un aumento de fosfatos ó de materias azoadas; la oxaluria tampoco es rara.

Las albuminurias digestivas pueden tener por punto de origen el estómago, los intestinos ó el hígado. No es mi objeto entrar en el estudio detallado de la diferenciación de estas albuminurias digestivas, tan minuciosamente estudiadas por Teisser, y solo me limitaré á deciros que estas albuminurias son intermitentes y que llegan al máximo durante la digestión; casi todas están acompañadas de pectonuria. En las albuminurias intestinales la reacción del indol falta pocas veces.

Vienen en último término las albuminurias de origen nervioso, entre las cuales se ha colocado la albuminuria ortho-estática, frecuente sobre todo en los adolescentes. Esta albuminuria tiene por carácter distintivo el de aparecer solamente durante la estación vertical, desapareciendo en cuanto el enfermo se acuesta. Rara vez llega á medio gramo y casi siempre se trata de serina. La orina de estos enfermos es densa por el día, si no están acostados, débilmente ácida y más frecuentemente neutra ó alcalina, cargada de oxalatos y fosfato amónico-magnésico.

He tenido ocasión de observar dos veces la albuminuria ortho-estática acompañando la ptosis renal: en ambos casos, solo la orina del riñón ectópico contenía albúmina. La nefropexia hizo desaparecer por completo la albuminuria. Uno de estos enfermos, alguno de vosotros lo recuerda, sin duda, es el mozo de uno de nuestros primeros centros de bacteriología y sueroterapia.

Todas las albuminurias puramente nerviosas son intermitentes. Llama la atención en el estudio de las albuminurias funcionales la intermitencia como carácter común á casi todas ellas, y quizá se os haya ocurrido considerarla como signo distintivo de estos estados patológicos sin lesión bien determinada, *sine materia*.

No es así, ciertamente, y sobre este punto la apreciación de Lecorché no da lugar á dudas.

“La desaparición —dice— bajo la influencia del descanso en la cama, la reaparición y aumento de la albúmina, causados por el ejercicio ó el cansancio muscular, se han dado como signos distintivos de las albuminurias benignas. Estas mismas variaciones se observan en albúminurias con lesiones graves y extensas del riñón.

“Hemos estudiado en los bríghticos la influencia del descanso, de los ejercicios, de la alimentación, y hemos visto la cantidad de albúmina variar en igual sentido que en las albuminurias consideradas como funcionales.”

La solución del problema, como veis, no es sencilla, y hoy por hoy no poseemos medio alguno de llegar á ella por solo el análisis de las orinas pues la mayor ó menor retractilidad de la albúmina, invocada por algunos, y no de los menos autorizados, como signo distintivo, no ha dado resultado clínico apreciable.

De todos modos, esta rápida reseña os demuestra el incalculable número de errores que pueden acarrear la tradicional costumbre de coger en todos los casos la orina de veinticuatro horas, y enviarla al laboratorio para interpretar después los datos por él suministrados.

La grasa aparece en la orina bajo dos formas diferentes: en emulsión, dando al conjunto el aspecto de una mezcla lechosa algo oscura, parecida á la horchata de chufas, y en substancia en gotas de grasa más ó menos abundantes.

Las orinas quílosas contienen la grasa en la primera forma, siendo la filariosis la enfermedad en que más comúnmente presenta este aspecto la secreción renal. Esta enfermedad, constituida por la presencia de un parásito, la filaria, en la sangre, es peculiar á los países cálidos.

En nuestros climas se observa algunas veces la quiluria no parasitaria ó *quiluria nostras*. Poco ha tuve ocasión de observar en mi clínica un caso de quiluria nostras en obrero que la viene padeciendo hace seis años, presentando la particularidad, ya otras veces señalada, de no ser orinas quílosas sino durante el decúbito; también presentaban las orinas de este enfermo como carácter especial el de no modificarse en absoluto por el reposo. He conservado un frasco durante doce días, sin que su aspecto cambiase en lo más mínimo.

La presencia de la grasa en la orina bajo forma de gotas que nadan en el líquido ó se concretan en su superficie, se ha observado en los obesos, durante el embarazo, en la degeneración grasosa del riñón, etc. Su significación etiológica es aún oscura.

Para concluir el estudio de los elementos anormales, citaré entre los cromatógenos urinarios el escatol y el índol, que representa el rojo y el índigo en la orina; combinaciones ambas en que entran en gran parte el azufre y la potasa, de donde los nombres de escatoxilsulfato ó indoxilsulfato de potasio con que científicamente se les designa. Estos dos cuerpos son el resultado de fermentaciones intestinales pútridas, y se observa con frecuencia en los estreñidos, en los que comen con exceso y en muchas afecciones del tubo digestivo, creyendo algunos autores que el escatol se desarrolla de preferencia en el intestino grueso, mientras que las afecciones del intestino delgado ó del estómago originan el índican. Su presencia en la orina señala alteraciones de la célula hepática, y merece, por lo tanto, la atención del médico.

(Continuará)

# Porto Rico Anemia Commission.

OFFICE OF THE CHAIRMAN.

SAN JUAN, P.-R.

MOVIMIENTO de enfermos habido en las Estaciones de la Comisión de Anemia de Puerto Rico durante el mes de Agosto de 1907.

ESTACIONES.]		SERVICIO DE DISPENSARIO				SERVICIO DE HOSPITAL.			
		Admitidos.	En tratamiento.	Curados.	Fallecidos.	Admitidos.	Altas en curación.	Curados.	Fallecidos.
Adjunta	4 semanas	560	4,366	331					
Aguada	4 "	31	212	44					
Aguadilla	4 "	804	3,024	39					
Aibonito	4 "	330	1,684	136					
Arecibo	4 "	255	1,860	54	1	11	2	7	2
Añasco	2 "	35	365	5					
Barranquitas	4 "	250	223						
Barros	4 "	165	1,423	97	1				
Bayamón	4 "	67	176	37	1	5			
Cabo Rojo	4 "	79	424	53					
Cayey	4 "	203	1,262	98					
Ciales	4 "	831	2,771						
Coamo	4 "	179	1,204	68		8	12	3	
Comerio	4 "	121	744	70					
Corozal	4 "	570	2,789	242					
Fajardo	4 "	191	788						
Guayama	4 "	43	133		1				
Humacao	4 "	240	3,147	328		2	5	6	
Isabela	4 "	211	1,311	147					
Juncos	4 "	276	1,694	166					
Lares	4 "	242	1,245	341		4	4		
Las Marías	4 "	236	1,506	100					
Manatí	4 "	132	1,849	132		2			
Mayagüez	4 "	170	737	48					
Maunabo	4 "	101	275	6					
Ponce	4 "	262	1,208	131	1	1		2	
Quebradillas	4 "	135	580	109	2				
Río Piedras	4 "	234	964	106	1				
San Germán	4 "	719	3,357	350					
San Sebastián	4 "	296	1,092	76					
Vega Baja	4 "	168	1,728	71					
Vieques	4 "	34	340	30					
Yauco	4 "	324	248	98					
Total.....		8,494	44,729	3,513	8	35	23	18	2

## SECCION INFORMATIVA.

### Third annual report of the Henry Phipps Institute for the study, treatment, and prevention of tuberculosis.

Es la tuberculosis una de las enfermedades á la cual se consagra mayor atención por parte del mundo científico y la que más ha logrado, hasta ahora interesar á la sociedad moderna. De aquí que, constantemente se estén creando centros destinados á su estudio; unas veces con carácter puramente científico y otras con carácter ya profiláctico, ya curativo.

El "Instituto Henry Phipps", domiciliado en Philadelphia, abarca estos tres aspectos de tan importante problema médico-social.

El expresado Report comprende estudios muy interesantes tanto bajo el punto de vista clínico como bacteriológico, entre los cuales mencionaremos aquellos que tratan de la "expectoración en los tuberculosos del pulmón", "albuminuria en la tuberculosis pulmonar" y un trabajo concienzudo sobre la impregnación de los centros nerviosos por las toxinas del bacilo de Koch. Llama, así mismo, la atención un estudio estadístico sobre la influencia del Instituto Henry Phipps en la disminución de la mortalidad en Philadelphia á consecuencia de la tuberculosis pulmonar.

Ofrece dicho Instituto una escuela práctica de Nurses para la enseñanza especial en los métodos que hay que emplear para la asistencia de los pacientes atacados de tan cruel enfermedad.

Contiene también el Report hermosos fotograbados que realzan y avaloran los referidos estudios.

Enviamos, pues, desde aquí, nuestra expresión de agradecimiento al editor Mr. Joseph Walsh M. D. por el valioso obsequio con que se ha servido honrarnos al enviarnos tan excelente Report.

\*  
\* \*

En los últimos exámenes verificados por el Board of Medical Examiners, celebrados en los primeros días del presente mes, les fué concedida licencia para ejercer la Medicina en esta Isla, á los jóvenes Dres. Rafael López Nussa, Rafael López Sicardó, Antonio Villeneuve, Alejandro Buitrago, P. Ramos Casellas, José González y Julio E. Luigi, á todos los que enviamos nuestra más sincera felicitación.

\*  
\* \*

Han sido nombrados Médicos del Hospital Tricóche en Ponce, nuestros distinguidos amigos los Dres. Rafael Cesteros y Rafael López Nussa. Reciban nuestra enhorabuena.

\*  
\* \*

Hemos tenido el gusto de recibir la atenta visita de nuestro compañero de Mayagüez, el distinguido Dr. Pedro Perea Fajardo, con quién hemos departido largamente acerca de las indispensables reformas que demanda la Asociación Médica en su constitución, para asegurar la vida de esta Sociedad.

El Dr. Perea nos ha ofrecido su valioso concurso en esta obra patriótica. Así lo esperamos dado el gran entusiasmo que el expresado doctor siente por tan útil Institución, habiendo sido uno de los jóvenes que con más empeño científico ha trabajado por el esplendor de aquella.

# VINO Y JARABE DE DUSART

CON LACTO-FOSFATO DE CAL

Las investigaciones del DR. DUSART, sobre el fosfato de cal han venido á demostrar que lejos de ser inactiva esta sal, como se suponía, está por el contrario, dotada de propiedades fisiológicas y terapéuticas muy notables. Fisiológicamente, se combina con las materias azoadas de los alimentos y los fija transformándolos en tejidos; de aquí resultan el desarrollo del apetito y el aumento del peso del cuerpo. Terapéuticamente., dichas propiedades hacen de él un reconstituyente de primera clase.

El **Jarabe** en la medicación de los niños, el **Vino** en la de los adultos, en las afecciones del estómago y como analépticos, son generalmente admitidos.

INDICACIONES: *Crecimiento, raquitismo, dentición, afecciones de los huesos, llagas y fracturas, debilitamiento general, tisis, dispepsia, convalecencias.* DÓISIS: 2 á 6 cucharadas por día.

Depósito en París, s, rue Vivienne, y en las principales Farmacias.

---

---

## Vino de Peplona de Chapoteaut

La **Peptona Chapoteaut** representa 10 veces su peso de carne digerida y solubilizada con la PEPSINA. Tomada en caldo ó leche permite nutrir á los enfermos más graves sin otra alimentación.

Asociada á un vino generoso, constituye el **Vino de Peptona de Chapoteaut**, de gusto agradable, que se receta en las comidas, en dosis de 1 á 2 copas de Burdeos, á los **Anémicos, Convalecientes, Tísicos, Ancianos** y á las personas desganasadas, ó que no pueden soportar los alimentos.

La **Peptona Chapoteaut** se emplea desde hace siete años, á causa de su pureza, en el Instituto Pasteur y los Laboratorios de Fisiología de Berlín, Viena y San Petersburgo para la cultura de los organismos microscópicos.

DEPÓSITO

S, RUE VIVIENNE, PARIS, y en las principales

FARMACIAS.

# CLIN & C<sup>ie</sup>, F. COMAR & FILS & C<sup>ie</sup> - PARIS

## PREPARACIONES PRINCIPALES

### ADRENALINA CLIN

Solución al 1/1000° (Clorhidrato).  
Frasco de 25 cc. y Frasquito de 5 cc.  
Colirio al 1/5000° (Clorhidrato).  
Gránulos dosados á 1/4 de miligr.  
Supositorios dosados á 1/4 de miligr.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup> Inyecc. hipodérm.  
graduados á 1/2 miligr. por cc.

*Hemostático, vaso-constrictor el más poderoso.*

### CACODILATO de SOSA CLIN

Gotas dosadas á 0 gr. 01 por cada 5 gotas  
Glóbulos dosados á 0 gr. 01.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup> Inyecc. hipodérm.  
dosados á 0 gr. 05 por cc.

### METHARSINATE (Metilarsinato disódico químicamente puro.) CLIN

Gotas dosadas á 0 gr. 01 por cada 5 gotas.  
Glóbulos dosados á 0 gr. 01.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup> Inyecc. hipodérm.  
dosados á 0 gr. 05 por cc.

### MARSYLE CLIN (Cacodilato de protóxido de hierro.)

Gotas dosadas á 0 gr. 025 por cada 5 gotas.  
Glóbulos dosados á 0 gr. 025.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup> Inyecc. hipodérm.  
dosados á 0 gr. 05 por cc.

INDICACIONES de la *Medicación Cacodilica* : **Anemia, Impaludismo, Tuberculosis, Diabetes, Enfermedades de la Piel, etc.**

### LECITINA CLIN

Píldoras dosadas á 0 gr. 01.  
Granulado dosado á 0 gr. 10.  
por cucharada de las de café.  
Tubos esterilizados <sup>para</sup> Inyecc. hipodérm.  
dosados á 0 gr. 05 por cc.

INDICACIONES : Tuberculosis, Neurastenia, Raquitismo, Fatiga por exceso de trabajo, Convalecencias, etc.

### GLYCOGÈNE CLIN

Cápsulas dosadas á 0 gr. 20.  
Solución dosada á 0 gr. 20  
por cucharada de las de café.  
INDICACIONES : Diabetes, Intoxicaciones, Caquexias, Convalecencias de las Enfermedades infecciosas, Afecciones hepáticas

### VINO NOURRY

0 gr. 05 de yodo } por cucharada sopera.  
0 gr. 10 de tanino }

INDICACIONES : Linfatismo, Escrofulosis, Menstruaciones difíciles, Convalecencias de las Enfermedades infecciosas.

# BOLETIN

DE LA

## Asociación Médica de Pto.-Rico.

**DIRECTOR :**

DR. M. QUEVEDO BÁEZ.

**REDACTORES :**

Dr. Agustin Stahl.

" J. N. Carbonell.

" Tomás Vázquez.

" Moret Muñoz.

" F. Goenaga.

Dr. Gonzalez Martinez.

" Pedro Perea Fajardo.

" Guillermo Salazar.

" Eusebio Coronas.

" Velez Lopez.

Corresponsal en Washington, Dr. BAILEY K. ASHFORD.

Corresponsal en Madrid, Dr. A. Suarez de Mendoza.

Corresponsal en Santo Domingo, Dr. Ramón Báez.

Habana, Dr. José Ferrán.

**ACTAS**

de las sesiones celebradas por  
la Asamblea de Médicos,  
efectuada en San Juan, P. R.

los días 9, 10 y 11 de  
Noviembre de 1907, por ini-  
ciativa de la

Asociación Médica de Pto.-Rico.

LA CORRESPONDENCIA Y ANUNCIOS AL DIRECTOR

Published Monthly at San Francisco St. 66. San Juan, P. R.

SAN JUAN, PUERTO RICO.

Establecimiento Tipográfico del Boletín Mercantil.

ALLEN No. 24 y 26.



# BOLETIN

DE LA

## Asociación Médica de Puerto Rico.



### ACTAS

DE LAS

Sesiones celebradas por la Asamblea de  
Médicos, efectuada en San Juan, P. R.  
los días 9, 10 y 11 de Noviembre de 1907,  
por iniciativa de la  
Asociación Médica de Puerto Rico.



SAN JUAN, P. R.

TIP. BOLETIN MERCANTIL.

1907.



## Relación de los Médicos que asistieron á la Asamblea celebrada los días 9, 10 y 11 de Noviembre de 1907.



### Comité organizador.

Dr. TOMÁS VÁZQUEZ. — Dr. P. GUTIERREZ IGARAVIDEZ.  
Dr. MUÑOZ DIAZ. — Dr. JOSÉ CARBONELL.—Dr. F. B. CORDERO.

### Comité directivo.

PRESIDENTE,

Dr. J. E. SALDAÑA.

VICE-PRESIDENTE,

Dr. EUSEBIO CORONAS.

VOCAL,

Dr. G. MUÑOZ DIAZ.

SECRETARIOS,

Dr. GUILLERMO SALAZAR Y Dr. F. B. CORDERO.

---

### ASAMBLEISTAS.

DE SAN JUAN.—Dr. López Antongiorgi.—Dr. Carballeira.—Dr. López Sicardó.—Dr. Avilés.—Dr. Velez López.—Dr. J. M. Cueto.—Dr. G. Carreras.—Dr. Coll y Toste.—Dr. Ruiz Arnau.—Dr. Rafael del Valle.—Dr. Zaratt.—Dr. C. Romero Cantero.—Dr. Matanzo.—Dr. M. Figueroa.—Dr. Lugo Viña.—Dr. Lippitt.—Dr. Fernando González.—Dr. Quevedo Báez. Dr. Francisco Goenaga.—Dr. R. M. Hernández.—Dr. J. Ordoñez.—Dr. Browne.—Dr. J. Marxuach.—Dr. J. Toro.

DE CAGUAS.—Dr. Gutierrez Ortiz.—Dr. Jiménez Cruz.—Dr. Ramos Casella.—Dr. Chacar.

DE MAYAGUEZ.—Dr. Salvador Carbonell.—Dr. González Martínez. Dr. Lange.

DE ARECIBO.—Dr. F. Aleman.—Dr. F. Susoni.—Dr. Martínez Roselló.

DE AGUADILLA.—Dr. A. Torregrosa.—Dr. B. Jiménez.—Dr. J. Monagas.

DE BAYAMON.—Dr. A. Stahl.—Dr. Fernández Nater.—Dr. M. Fossas. Dr. A. Guijarro.—Dr. J. M. Amadeo.—Dr. Lasaleta.

DE GUAYAMA.—Dr. Ruiz Soler.—Dr. A. Lacasa.

DE HUMACAO.—Dr. Isidro Vidal.

DE CAROLINA.—Dr. J. Aubray.

DE SAN GERMAN.—Dr. P. Malaret.—Dr. Aparicio.

DE FAJARDO.—Dr. J. A. Diaz.

DE QUEBRADILLAS.—Dr. Audinot.

DE MANATÍ.—Dr. Vazquez Colón.—Dr. F. Vizcarrondo.

DE LARES.—Dr. J. Benet.

DE RIO GRANDE.—Dr. S. Vizcarrondo.

DE COAMO.—Dr. F. P. Hernández.

DE SABANA GRANDE.—Dr. Tió.

- DE JUNCOS.—Dr. José Barreras.  
DE PEÑUELAS.—Dr. Villeneuve.  
DE CAYEY.—Dr. F. Izquierdo.  
DE VEGA-ALTA.—Dr. Santiago.  
DE LAJAS.—Dr. Hernández Cartajena.  
DE PATILLAS.—Dr. Biamon.  
DE RIO-PIEDRAS.—Dr. J. Marcano.  
DE ARROYO.—Dr. García Lascot.  
DE SAN SEBASTIAN.—Dr. Cancio.  
DE COROZAL.—Dr. A. Bou.  
DE VIEQUES.—Dr. Guillermo Carrera.  
DE HATILLO.—Dr. Daussá.  
DE VEGA-BAJA.—Dr. José H. Amadeo.  
DE GUAYANILLA.—Dr. Zavala.  
DE AÑASCO.—Dr. Moreu.  
DE CABO ROJO.—Dr. A. Gaztambide.  
DE CAMUY.—Dr. Vicente Roure.

## COMITÉ EJECUTIVO.

*Dr. J. E. Saldaña. — Dr. Rafael del Valle. — Dr. Eusebio Coronas.*  
*Dr. Gustavo Muñoz. — Dr. José Barreras.*



**Enviaron delegaciones y fueron presentadas en Secretaría,  
los Sres. siguientes :**

DE PONCE.—Dr. E. Vidal Rios.—Dr. Suarez.—Dr. R. Cestero.—Dr. Gomez Valencia.—Dr. G. Vives.—Dr. A. Paniagua.—Dr. E. Villaronga.—Dr. Santoni.—Dr. A. Ferran. Dr. F. H. Rivero.—Dr. P. Hernandez.

DE MAYAGUEZ.—Dr. Perea Fajardo.—Dr. Gimenez Nussa.—Dr. M. Dueño.—Dr. Font Guillot.—Dr. Martinez Guasp.—Dr. García de la Torre.

DE ARECIBO.—Dr. M. Roses.—Dr. R. Boid.

DE CAGUAS.—Dr. Gimenez Sanjurjo.—Dr. Reguero Feliú.

DE GUAYAMA.—Dr. Buitrago.

DE SAN GERMAN.—Dr. Quiñones Cardona.—Dr. E. Lopez.

DE FAJARDO.—Dr. J. M. Saldaña.

DE MANATI.—Dr. F. Aguirre.—Dr. M. Blasquez.

DE LARES.—Dr. F. Sein.

DE COAMO.—Dr. L. Igaravidez.

DE CIALES.—Dr. P. Rivera.

DE NAGUABO.—Dr. C. G. del Valle.

DE VEGA BAJA.—Dr. A. Marquez.

DE AIBONITO.—Dr. Canino.

DE AÑASCO.—Dr. E. Casalduc.

DE COMERIO.—Dr. M. de la Rosa.—Dr. A. Umpierre.

DE MOROVIS.—Dr. L. Córdova.—Dr. Herrero.

DE LAS MARIAS.—Dr. A. Oms.

DE MAUNABO.—Dr. M. I. Nuñez.

DE SANTA ISABEL.—Dr. Flores Arrieta.

DE AGUAS BUENAS.—Dr. M. Gaudier.

DE ARROYO.—Dr. J. Trujillo.

DE BARRANQUITAS.—Dr. Chas. Gill Ponce de León.

DE BARROS.—Dr. Santo Domingo.

DE GURABO.—Dr. F. Villamil.



# BOLETIN

DE LA

## Asociación Médica de Pto.-Rico.

---

Año V. \*\*\*\*\*

NOVIEMBRE 1907.

\*\*\*\*\* Núm. 60.

---

### ASAMBLEA MEDICA.

---

#### ACTA DE LA SESION PREPARATORIA.

---

Reunidos en el salón de la Cámara de Delegados en la noche del 9 de Noviembre de 1907, presididos por el Comité organizador elegido por la Asociación Médica de Puerto Rico en sesión del 6 de Octubre, los señores médicos que al margen se expresan, fué abierta la sesión por el Dr. Tomás Vázquez quien en nombre del Comité saludó á los concurrentes dándoles las gracias por haber correspondido á la invitación que se les hiciera.

Manifestó que aquella reunión, solo de carácter preparatorio, tendía á cambiar impresiones acerca del orden y marcha que había de seguirse en la Asamblea del siguiente dia y á fin de hacer más expedita la labor, sometió á la consideración de la concurreneia los puntos siguientes:

1.—La designación de una candidatura compuesta de cinco miembros para constituir la mesa que presidiera la Asamblea.

2.—La aprobación de un reglamento de orden interior al que habría de ajustarse el congreso.

Para considerar la primera cuestión, se concedió un receso de diez minutos, terminado el cual y no habiéndose presentado ninguna candidatura y visto la divergencia de opiniones de si procedía ó no elegir en aquel acto la mesa directiva, fué acuerdo después de alguna discusión que en vista de hallarse reunidos 66 asambleistas, podíase, á fin de ganar tiempo, proceder á la votación de la mesa definitiva. Así se acordó, y desde este momento dieron principio los actos de la Asamblea.

Varias candidaturas fueron verbalmente propuestas á la reunión por algunos asambleistas, ya en el sentido de que fuera el Comité organizador el que presidiera la Asamblea, ya que se agregase á este algún compañero residente en la Isla, ya que fuera presidida por el Dr. Stahl, Presidente actual de la Asociación Médica de Puerto Rico. El Dr. Vázquez á nombre del Comité organizador, hizo saber á la Asamblea que había sido acuerdo del mismo no aceptar la dirección de los debates en la Asamblea Magna, pues el Comité daba por terminada su misión al reunir los profesionales médicos en este acto, y que era justo y conveniente que del seno de los congre-

gados surgieran los candidatos que habían de presidir el congreso. El Dr. Stahl, dando las gracias á los asambleístas, declina el honor de presidir la Asamblea, siendo ovacionado por esta en prueba de respeto y consideración.

Procediose á la votación secreta de una candidatura y del escrutinio resultaron electos los siguientes:

Presidente, Dr. J. E. Saldaña.

Vice Presidente, Dr. E. Coronas.

Vocal, Dr. Gustavo Muñoz Díaz.

Secretarios, Dres. Guillermo Salazar y Felipe B. Cordero.

los que fueron aclamados, haciendo uso de la palabra los Dres. Saldaña y Coronas para dar las gracias por la distinción con que se les honraba y aceptar gustosamente los cargos para los que habían sido elegidos. Los Dres. Muñoz y Cordero expusieron, que sosteniendo el criterio del Comité organizador de que formaban parte, suplicaban á la Asamblea les excusasen de los cargos para los que habían sido elegidos, á lo que no accedió aquella, manifestando que era soberana y sus acuerdos debían de ser por todos acatados, en vista de lo cual los Dres. Muñoz y Cordero aceptaron sus cargos dando las gracias.

El Dr. Barreras propone tome posesión la mesa elegida. Discútese esta proposición, acordándose que el Comité organizador siga hasta que haya hecho presentación de sus trabajos y discutido el reglamento interior.

El Dr. Vázquez dá lectura al reglamento, presentando antes como cuestión previa la siguiente: "si las delegaciones conferidas á los médicos concurrentes les autorizan á votar por el número de ellas."

El Dr. Goenaga opina que cada concurrente debe votar nada más que por sí propio. Los Dres. J. A. Díaz y M. Quevedo Báez, secundan esta opinión haciéndola en contrario los Dres. Cordero é Izquierdo, siendo también de opinión el Dr. Saldaña de que cada asambleísta no debe votar por las delegaciones que represente.

Puesta á votación esta cuestión previa, se acuerda que el voto de cada asambleísta sea único.

Procedióse á discutir el reglamento, y fué aprobado en su totalidad con ligeras enmiendas.

Entrando en consideraciones generales acerca del objeto y fin de esta Asamblea fué acuerdo que, terminados los trabajos de ella, se designara un Comité Ejecutivo que redactara un memorial resumen de todos los actos ejecutados por el Comité y la Asamblea, y que dicho Comité representara este movimiento médico en todos aquellos actos relacionados con los poderes públicos.

El Dr. Goenaga propone que la Asociación Médica sea la que represente á la Asamblea después de clausurada.

El Dr. González Martínez opina que sea la mesa elegida, el Comité Ejecutivo de la Asamblea.

Discutido el punto, se acuerda posponer para después de terminados los trabajos, la designación de quienes han de componer el Comité.

Siendo avanzada la hora se acuerda suspender la sesión de-

biendo continuarse á la mañana del siguiente día 10 de Noviembre.  
 Certificamos que el acta que precede es fiel expresión de los acuerdos tomados.

EL COMITÉ ORGANIZADOR:

*Dr. Tomás Vázquez,*                      *Dr. Pedro Gutierrez Igaravidez,*

*Dr. Gustavo Muñoz Díaz,*

*Dr. José Carbonell,*

*Dr. Felipe B. Cordero.*

SESIÓN DEL DIA 10 Á LAS 10 A. M.

Reunidos los asambleístas que al margen se expresan á las 10 de la mañana, el Dr. Vázquez procede á dar posesión á los Sres. elegidos en la sesión anterior para constituir la mesa definitiva.

El Dr. Saldaña, Presidente, da las gracias en nombre de todos los que constituyen la nueva mesa y el Dr. J. M. Cueto solicita un voto de gracias para el Comité organizador, que le es concedido.

Propone seguidamente el Dr. Saldaña el nombramiento de un Comité de resoluciones, que recae en los mismos miembros del Comité organizador. Hizo consideraciones acerca de la trascendencia del acto que se iba á llevar á cabo y de la alteza de miras que debe presidir las cuestiones que se han de debatir en esta Asamblea, terminando con la lectura del reglamento interior aprobado la noche del 9.

Hace uso de la palabra el Dr. Vázquez dando cuenta á la Asamblea de las gestiones del Comité organizador en los siguientes términos:

La Asociación Médica de Puerto Rico en su última Asamblea celebrada el 6 del pasado Octubre respondiendo á excitaciones de algunos de sus miembros, acordó la designación de un comité que estudiara las bases de un Código de Sanidad y considerara á su vez las condiciones en que los médicos prestan sus servicios á las distintas Corporaciones.

La Asociación Médica que siempre ha propendido á la defensa y progreso de la clase, entendió que por circunstancias que no son del caso consignar, debía eximirse de tomar de una manera directa y como tal organismo la gestión de estos asuntos y fió á un comité el desarrollo de sus iniciativas y de sus mejores deseos en pro de los intereses médicos.

A nosotros tocó el honor de recibir este encargo y para conocer la opinión de todos nuestros colegas en los asuntos que por igual á todos y á cada uno interesan, el comité creyó conveniente dirigir una circular comprensiva del cuestionario siguiente:

- 1.—Cree V. que el servicio de Sanidad debe estar separado del de Beneficencia Municipal?
- 2.—En que forma cree V. que deben prestar sus servicios los médicos de la Beneficencia Municipal? Si por contrato ¿qué condiciones deben estipularse, qué garantía debe exigirse para su cumplimiento, y si convendrá establecer el padrón de pobres que han de acogerse á la Beneficencia pública?
- 3.—Deben los servicios del médico á cualquiera institución benéfica ó educativa, ó á un cuerpo armado, ser incluidos en los

contratos ó en las obligaciones del mismo para con la Beneficencia Municipal?

4.—Los servicios médicos prestados por accidentes del trabajo en obras del Pueblo de Puerto Rico ó de empresas particulares, deben ser excluidos de la Beneficencia Municipal y pagados por aquellas Corporaciones ó empresas públicas ó privadas que los soliciten?

5.—No opina V. que el médico cuando auxilia á la administración de justicia, no debe ser considerado como un simple testigo, sino como perito, y debe reglamentarse este peritaje médico, fijando los honorarios equitativos que el profesional haya de percibir en cada caso particular?

La mayoría de los médicos de Puerto Rico, ha respondido á nuestro llamamiento y esta es la prueba evidente de cómo late y se agita en todos la necesidad de una aproximación, la de los elementos de la familia médica, porque todos sienten también que sus prestigios é intereses no están en la actualidad tan garantidos como debieran y como tienen derecho á esperar.

Sobre las opiniones de 143 compañeros hemos formado las bases que á la consideración de la Asamblea presentamos, bases desde luego ajustadas al criterio de la mayoría.

Estas bases por lo demás han recibido del Comité el espíritu conservador que entiende debe informar asuntos tan delicados sin que esto quiera decir que él crea como única solución tales procedimientos, ni estime por tanto como irreductibles las bases que presenta. Los miembros del Comité por otra parte tienen en muchas cuestiones puntos de vista distintos á la mayoría y ellos reclaman su libertad de acción como elementos constituyentes de la Asamblea.

Como labor modesta, ofrecemos á la Asamblea estas bases. Ellas son la materia prima para las deliberaciones y la Asamblea tomará las resoluciones que tenga por conveniente.

Las bases á que nos referimos son las siguientes.

Bases para regular el servicio de Sanidad en Puerto Rico.

Bases para el servicio de Beneficencia pública municipal.

Bases para el servicio de médico forense.

Como resumen de las 143 contestaciones recibidas por el Comité han respondido afirmativamente á la 1.<sup>a</sup> pregunta del Cuestionario todos menos 1 de los 143.

A la 2.<sup>a</sup> pregunta han contestado á favor del contrato 104, emitiendo opiniones diferentes ó contrarias 39.

A la 3.<sup>a</sup> pregunta han respondido de conformidad 131, 11 con opiniones distintas y 1 manifestando su inconformidad con todo.

La 4.<sup>a</sup> pregunta ha sido contestada en sentido afirmativo por 134 compañeros, 8 discrepando de la opinión general y 1 absteniéndose de emitirla.

La 5.<sup>a</sup> pregunta ha sido contestada por todos menos uno.

Terminada la lectura de la información que presenta el Dr. Vázquez y antes de dar lectura á las bases, el Dr. Gutiérrez Igaravidez solicita que no se discuta ninguna de ellas hasta tanto que no se lean y sean conocidas todas.

La Asamblea aprueba esta proposición y el Dr. Cordero como Secretario dá lectura á dichas bases.

Terminada la lectura de las Bases, el Presidente manifiesta que el Comité ha hecho imprimir suficiente número de ejemplares de las bases que van á presentar, deseando repartirlas entre los Asambleístas para que estos las estudien durante las horas de receso que deben anteceder á la discusión de las mismas, y puedan ser discutidas con verdadero conocimiento de ellas.

Se dió cuenta por el Comité organizador de haber sido invitado el Hon. Gobernador á los actos de la Asamblea, habiendo demostrado deseos de concurrir y presentar un mensaje.

La Asamblea acogió con agrado la noticia de que la primera autoridad prestaba su concurso á las gestiones de la clase médica y en consecuencia se propone el nombramiento de una Comisión que pase á reiterar la invitación al Hon. Gobernador y participarle la hora en que la Asamblea se hallará constituida.

El presidente propone que dicha comisión la forme el mismo Comité organizador. El Dr. Quevedo Báez propone se aumente con el Sr. Presidente de la mesa y algunas otros de los concurrentes.

El Dr. Lange propone que la Comisión sea compuesta por el Presidente de la mesa, el presidente del Comité organizador y el presidente de la Asociación Médica. Después de ligera discusión se aprueba la proposición del Dr. Lange, delegando el Dr. Vázquez por imposibilidad física en su compañero de comité el Dr. Muñoz.

Se levanta la sesión fijando la hora de las dos de la tarde para la continuación de la misma.

---

### SESIÓN DEL DIA 10 A LAS 2 P. M.

La Asamblea reanuda sus tareas siendo las 2.15 p. m. Al abrirse la sesión por el presidente se anuncia la llegada del Gobernador, el que fué recibido por la Asamblea en pié.

El Gobernador saludó á la mesa, ocupando el lugar previamente destinado á la derecha de la misma, estando acompañado de su secretario particular Sr. Noble y del intérprete del Consejo Ejecutivo, Sr. P. Castro.

El Presidente dió la bienvenida en nombre de la Asamblea, diciendo:

“Saludo cordialmente á V. H. en nombre de la Asamblea que tengo la honra de presidir, congratulándonos todos de vuestra presencia en este acto, no ya solo porque la asistencia al mismo del Jefe del poder ejecutivo pone de relieve la importancia y transcendencia de los asuntos que ha de deliberar la clase médica, y que si le afectan profesionalmente, atañen más al bienestar del país, sí que también, porque ello demuestra el vivo interés, la parte activa é importante que toma el Gobernador de Puerto Rico en regular más y mejor la administración de la Isla, atendiendo especialmente á las deficiencias que en ella puedan existir.

“Es digno de aplauso ver á gobernante y administrados confundidos en una misma aspiración, procurando solucionar problemas de tanta entidad como los que aquí han de tratarse.

“Esta Asamblea aplaude pues la actitud de V. H. y escuchará con verdadero entusiasmo cualquier manifestación que que-rais hacerle”.

Acto seguido el Gobernador da comienzo á su discurso en inglés interpretado por el Sr. Castro. Dá las gracias por la cortesía de la invitación y considera un privilegio poder estar presente en la Asamblea. Dice; de todas las profesiones, la médica es la que marcha á la cabeza de todas. Por su naturaleza requiere hombres de inteligencia y de responsabilidad, hombres que estén dispuestos á luchar con la vida y la muerte á cualquiera hora, que verdaderamente dediquen su vida al bienestar de sus conciudadanos y á una profesión la más ardua y de más responsabilidad. Cuando conocí que debía celebrarse en San Juan una Asamblea de Médicos me sirvió de más placer no solo la oportuna, sino rara oportunidad que proporciona á un Gobernador el poder saludar á la clase médica. No es mi intención detener por largo tiempo vuestra atención, puesto que tenéis muchos asuntos en los cuales como hombre lego no puedo inmiscuirme, pero vengo á pedir os vuestra ayuda y asistencia para que presteis atención á ciertos asuntos que se relacionan con el Gobierno. Ahora bien, durante los últimos siete años se ha prestado atención á las condiciones políticas y otras, hemos tenido la tarea de constituir un Gobierno que responde á las necesidades de la Isla y fomentar sus recursos económicos y me parece que hemos descuidado por completo las reglas de Sanidad y la manera de conservar la salud. No hay en la Isla ningún hombre bien sea Gobernador, Attorney ó Juez que pueda decirnos cual es la ley de Sanidad. No hay ningún hombre que pueda decir si es que una responsabilidad descansa en el Gobernador, en el Superintendente ó en un médico de Sanidad.

Hemos constituido una estructura mixta de ordenanzas redactadas en forma de hacer frente á una situación repentina y de urgencia. Tenemos un sistema en que el Superintendente es el responsable de la Sanidad y le hemos atado las manos y quitado toda autoridad. Le hemos atado una mano á la Junta Superior de Sanidad y la otra al Consejo Ejecutivo.

Por otra parte, la Junta Superior de Sanidad, por su nombre, debe ser formada por hombres de prestigio y de gran autoridad y hemos invitado á algunos hombres de la Isla para formarla. Le pedimos den su tiempo é interés al Gobierno, dejen su trabajo particular sin compensación y cuando se encuentran reunidos no tienen facultades, pues es una Junta consultiva del Director de Sanidad Beneficencia y Corrección y ambos dependiendo del Consejo Ejecutivo que tiene muy limitadas facultades y no sabe como ejercerlas.

Esta situación es imposible. Tenemos un Gobierno que teóricamente está por encima del Director del Departamento, de la Junta Superior y de los organismos inferiores.

El Gobernador no puede hacer nada. ni la Junta, ni el Superintendente y el Consejo Ejecutivo muy poco.

Ahora, con esa máquina extraña, hay una organización municipal con facultad de hacer sanidad sin complicarse con la ley de sanidad de la Isla, que no sabe lo que tiene en la Isla y sin dinero.

Pregunto, si hay en la tierra una cosa igual que se llame Gobierno. Los profesionales son los que sufren más. Ustedes pueden estudiar mejor que nadie, porque conocen las necesidades del país y de los pueblos.

No haré indicación, pero traigo estadísticas que pueden servirles de diversión.

No creo que tengamos el resultado que debemos obtener. En la actualidad podemos mantener la salud en la Isla, pero si viniese una epidemia, nuestro sistema actual sucumbiría ante esa fuerza. Es fuerte donde no se necesita; es debil donde se necesita. En San Juan población con 50,000 almas se gastan \$80,000 en Sanidad y Beneficencia mientras que en un pueblo de la Isla de 15,000, solamente dispone de \$800.00 al año para esas atenciones. Eso no es culpa del pueblo, pues no tiene dinero.

Ningún médico joven se va á ganar \$600.00 al año en un pueblo, y éste se queda sin médico; valiendo igual el alma y el cuerpo de un habitante del pueblo de Aguas Buenas, que los de uno de San Juan, costando más éste que aquel.

Si se presenta una epidemia en un pueblo, el mal no es local, sino general. Debe practicarse un sistema por el cual cada distrito tenga por lo menos un médico. Si el municipio no puede, que ayude el Gobierno.

No hay hospitales. El médico tiene hoy doble atención: la Sanidad y la Beneficencia. El Gobernador conoce un caso de un médico que tenía que atender á una epidemia en una zona de quince millas y á unas 2.000 almas en el pueblo y hacía un trabajo que correspondía á tres médicos, cuando había allí trabajo para 20 hombres.

Expresó que la Sanidad debiera estar fuera de la política y debía deslindarse lo que pertenecía al Gobierno de lo de los municipios. Que se pague bien á los médicos y que ciertos cargos de policía sanitaria no corresponden á los médicos. ¿Cual debe ser el sistema? La legislatura tiene que resolverlo y yo me ocuparé en sostener lo que Vds. me indiquen.

Después de la Asamblea, una Comisión podrá verse conmigo teniendo sin embargo presente que las resoluciones pertenecen á la Legislatura.

Reitera las gracias é invita á la Asamblea á una recepción familiar en la Fortaleza para el día 11 á las ocho y media de la noche.

Se retira el Hon. Gobernador, acompañándole una comisión de Asambleaistas.

Al iniciarse los debates el Dr. Susoni pide la palabra para leer un artículo publicado en "El Duende" de Arecibo, comentando la celebración de la Asamblea, á fin de que los circunstantes conozcan la opinión de cierta parte de la prensa.

Habiendo nuevos Asambleaistas presentes que no concurrieron á las sesiones anteriores se da lectura de nuevo al reglamento interior aprobado, por el que han de ajustarse los debates, tomándose nota de los nuevos asambleistas.

A propuesta del Dr. Coll y Toste, las enmiendas deberán presentarse por escrito y ser secundadas.

Se pone á discusión la base primera.

Leída por el Secretario, presenta el Dr. F. Vizcarrondo una enmienda referente á que se suprima la cláusula que dice "ningún médico de Sanidad podrá desempeñar al mismo tiempo el cargo de médico cirujano de Beneficencia". Fué defendida la base por

los Dres. Gutierrez Igaravidez, Gutiérrez Ortiz y Coll y Toste, siendo rechazada por mayoría la enmienda del Dr. Vizcarrondo.

El Dr. Coronas presenta otra enmienda siendo sea añadida á la frase "independiente de la Beneficencia pública" las palabras "y del municipio". Siendo combatida y rechazada.

Discutida y puesta á votación la base en su totalidad fué aprobada por mayoría.

Base Segunda. Puesta á discusión se presenta una enmienda por los Dres. Ruiz Arnau y Coll y Toste pidiendo se suprima el apartado que dice. "Siete Juntas de Sanidad de Distrito". La combaten los Dres. Vazquez, Gutiérrez Igaravidez y Barreras, siendo rechazada la enmienda por mayoría.

Presentan otra enmienda los Dres. Torregrosa y Jimenez Serra referente á suprimir el apartado 3.—la que fué retirada por los mismos en vista de no haber sido aprobada la anterior.

El Dr. Coll y Toste secundado por el Dr. Ruiz Arnau presenta enmienda al párrafo primero que dice: "El servicio de Sanidad de la Isla de Puerto Rico estará á cargo de un Director General de Sanidad completamente independiente de los organismos que hoy existen y nombrado por el Gobernador."

Defendieron la enmienda los proponentes y el Dr. Coronas, siendo atacada por los Dres. G. Muñoz, J. A. Diaz y T. Vazquez.

Consumidos los turnos en pro y en contra el Dr. Lange pide se declare la Asamblea en Comisión total en vista de la importancia del asunto, hablando en pró de la enmienda los Dres. Goenaga, Martínez Roselló y Coll y en contra los Dres. Lange, Roure y Vazquez. Rectificando los Dres. Coll, Muñoz, Vazquez y Ruiz Arnau.

Al hacer el resumen de la discusión el Sr. Presidente, el Dr. Coll autor de la enmienda opina que el Sr. Presidente la combatía y pidió retirarla en cuya actitud persistió apesar de las aclaraciones del presidente. Con motivo de este incidente el Dr. Lange pide un voto de confianza á la Asamblea para el presidente, el que fué concedido sin discusión y quedando retirada la enmienda.

Los Dres. Goenaga, y Martínez Roselló presentan nueva enmienda, así formulada. "Que el servicio de Sanidad de la Isla de Puerto Rico estará á cargo de una Junta independiente de todo Centro Oficial de los hasta hoy existentes cuyos funcionarios sean nombrados por el Gobernador de Puerto Rico y aprobación del Consejo Ejecutivo.

Tomaron parte en el debate de esta enmienda los Dres. Goenaga, Martínez Roselló, Coll, Lange, Roure, Vazquez, Barreras, Ruiz Arnau y Figueroa, rectificando los Dres. Lange, Roure, Figueroa y Goenaga. Puesta á votación fué rechazada por la mayoría.

Los Dres. González Martínez, Malaret y Barreras presentan una enmienda al párrafo 6 que dice "en vez de médicos delegados de Sanidad Municipal" diga "Oficiales de Sanidad". Defendida por los que la suscriben fué combatida por los Dres. Lange, Coll y Martínez Roselló.

El Dr. Coll y Toste presenta una enmienda á la enmienda que consiste en añadir la palabra "médico" antepuesta á oficiales de sanidad quedando así aprobada, y dice "médico Oficial de Sanidad."

Siendo hora avanzada se concede un receso para que los Asam-

bleistas puedan retirarse á comer, acordando reanudar los trabajos á las 8.30 de la noche.

### SESIÓN DEL DIA 10 A LAS 8-30 P. M.

A las 8.30 p. m se reunieron los Asambleistas y abierta la sesión por el Sr. Presidente, continuó la discusión de las bases.

Pide la palabra el Dr. Barreras manifestando que en vista del gran trabajo que queda por efectuar y de la premura del tiempo, pide sea reformado el reglamento en el sentido de que en lugar de tres turnos en pro y tres en contra se concedan solamente dos en cada discusión. Es aprobada la proposición.

Se pone á discusión la base 2ª en su totalidad la que fué aprobada con la enmienda ya aceptada.

Base Tercera. Se pone á discusión presentándose una enmienda por los Dres. González Martínez y Barreras que dice "en vez de seis vocales, sean ocho, perteneciendo los dos que se agregan á la categoría de propietarios, debiendo ser propuestos por la Liga de Proprietarios de San Juan. Fué combatida por los Dres. Goenaga y Vazquez y derrotada en votación.

Se presenta enmienda al apartado (c) por los Dres. Ruiz Arnau y Coll y Toste que dice "que el Abogado sea propuesto por el Colegio de Abogados de San Juan. Fué aceptada sin discusión. El Dr. Vidal propone en consonancia con la anterior enmienda que el farmacéutico fuese propuesto por el Board de Farmacia. Fué aceptada sin discusión,

El Dr. Izquierdo propone que el Ingeniero sea propuesto por el Departamento del Interior. También fué aceptada sin discusión.

Puesta á discusión la totalidad de la base fué aprobada por mayoría con las enmiendas aceptadas.

Base Cuarta. Pedida una aclaración por un Asambleista referente á que en la base anterior se expresa por quienes han de ser propuestos los vocales, el Dr. Gutiérrez Igaravidez manifiesta que esas propuestas las harán al Director del Departamento y este los someterá á la aprobación del Gobernador. Se aprueba la base tal y como está redactada.

Base Quinta. Los Dres. Vélez López y Fernandez Náter presentan una enmienda que dice "será nombrado por el Superintendente de Sanidad á propuesta de la Junta Superior de Sanidad". Fué combatida la enmienda por los Dres. Barreras y Martínez Roselló y derrotada por mayoría.

El Dr. Coll propone que el Secretario por la razón de ser un médico, debe tener voz en las sesiones aunque no se le conceda el voto. Fué aprobada la enmienda. Puesta á discusión y votación la base en su totalidad, fué aprobada con las enmiendas aceptadas.

Base Sexta. Leida, fué aprobada sin discusión.

Base Septima. Los Dres. J. A. Diaz y Biamon presentan una enmienda al apartado (a) párrafo 2º que dice "sustituir por el Presidente del Concejo Municipal, al Alcalde de la capital del Distrito.

El Dr. Coll propone que se suprima el etc. y se anteponga á la palabra maestro de obra un "arquitecto". Ambas enmiendas fueron aceptadas.

El Dr. González Martínez presenta una enmienda que dice "el Secretario de esta Junta lo será el Oficial de Administración del Inspector de Distrito, el que no tendrá voz ni voto en las sesiones. Es aceptada la enmienda.

Se pone á discusión la base en su totalidad, la que fué votada; quedando aprobada con las enmiendas introducidas.

Base Octava. Aprobada sin discusión.

Base Novena. Los Dres. Gutiérrez Igaravidez y Muñoz Diaz presentan la enmienda que dice, "el Inspector de Sanidad de cada Distrito etc., será nombrado por el Gobernador con consentimiento del Consejo Ejecutivo y á propuesta del Director de Sanidad Beneficencia y Correcciones. Después de combatida por el Dr. Martínez Roselló fué aceptada por mayoría.

El Dr. Goenaga presenta otra enmienda referente á la supresión de los 5 años de práctica siendo secundado por el Dr. Quevedo Báez y combatida por los Dres. Gutierrez Igaravidez y Vazquez, siendo aceptada por mayoría después de discusión.

El Dr. Chacar propone se suprima la cláusula "buena reputación" siendo secundada por el Dr. Gutierrez Igaravidez y combatida por el Dr. Gutierrez Ortiz, acordándose por mayoría aceptar la enmienda.

Puesta á votación la base en su totalidad después de discutida, fué aprobada con todas las enmiendas.

Base Décima. El Dr. González Martínez propone esta enmienda, después de donde dice: una oficina de Admon., lo siguiente: "con un oficial escribiente nombrado por el Director de Sanidad apropiada del Inspector de Distrito". La enmienda fué aceptada sin discusión.

Se vota la base en su totalidad y es aprobada con la enmienda.

Base once. Aprobada sin discusión.

Base doce. Aprobada sin discusión.

Base Trece. Se declara la Asamblea en comisión total.

El Dr. Barreras habla en favor de la base defendiendo el derecho de los municipios de nombrar sus médicos de sanidad, siendo combatido por el Dr. González Martínez.

En vista de esta discusión el Dr. Gutierrez Igaravidez después de justificar su posición, propone se cambie la base en el sentido de hacer depender del Tesoro Insular los funcionarios de Sanidad. Intervienen en la discusión los Dres. González Martínez, Martínez Roselló, Amadeo, Coronas, Romero Cantero, Figueroa en pro de la enmienda, siendo combatida por los Dres. Lange, Barreras y Saldaña. Aludidos por el Dr. Figueroa los Dres. Lugo Viñas y Cordero, hicieron estos uso de la palabra para explicar las dificultades con que tropiezan los médicos de Sanidad local, en el cumplimiento de sus deberes.

El Presidente Dr. Saldaña entregó el mallette al Dr. Coronas Vice-presidente y se dirigió á la Asamblea en estos ó parecidos términos:

"El cuerpo médico parece decidido á cercenar á los ayuntamientos su autonomía y en tal sentido anula por completo la acción de dichos organismos en toda cuestión sanitaria. Aunque dividida la opinión parece cosa resuelta que la Base 13 valientemente combatida, acabará por suprimirse y con ello habremos nosotros

atentado al principio de la autonomía municipal en uno de los ramos que más la afectan y le es propio.

Yo no sé que suerte cabrá luego al ante-proyecto de ley que formulamos hoy. Nuestra Asamblea Legislativa, representativa en una de sus cámaras de la opinión del país podrá aceptar ó no nuestras miras, pero lo que sí me consta es que la organización actual sanitaria, si bien deficiente, apoyada, en una ley que determinara atribuciones y responsabilidades, colmaría los deseos de todos los médicos como tales, y como puertorriqueños; colmaría los deseos del país. Dudo mucho que el nuevo mecanismo sanitario que construimos, sea capaz de evitar los rozanamientos políticos y de otra naturaleza que se han señalado existían; de ello estoy convencido por que la enfermedad señores no está en la sabana, está en el cuerpo. Los médicos han tenido que luchar y seguirán luchando con la falta de educación, de patriotismo y de civismo que hoy se nota y siendo ello la causa de todas las dificultades enunciadas, cualquiera que sea la organización impartida á la dirección sanitaria subsistirán tropiezos, arbitrariedades é imposiciones. Entretanto, Señores, nos hemos olvidado de que constituyendo una de las clases intelectuales del país, interesadas en el presente y futuro políticos del mismo, obligados á dirigir individual y colectivamente la opinión, impelidos como debíamos estar á guardar lo que nos es propio á trueque de sacrificios profesionales y otros, lo abandonamos todo, lo entregamos á la acción del Gobierno, contribuimos á la centralización administrativa y nos apartamos del Gobierno propio. Los ayuntamientos constituyen la escuela de primeras letras de nuestras aspiraciones políticas y les retiramos al maestro la cartilla de la mano. El deseo ardiente de soluciones que abrigamos en lo relativo á nuestro futuro status político, lo limitamos á punto tal en el camino de la libertad que volvemos hacia atrás diez, veinte, quizás más años. Nos olvidamos del principio americano, mejor dicho sajón, que consiste en limitar las funciones del Gobierno dejando sentir á los gobernados el peso de la responsabilidad, única escuela de progreso. Y este progreso, bienestar de nuestro país, por mucho que lo anhele actualmente el Gobierno, no lo anhela como nosotros los puertorriqueños. Repito señores, que hemos dado un paso cien años atrás en el alcance de las libertades tan deseadas. Y me permito aun cuando ello parezca extravagante afirmar, que preferible sería el que por deficiencias sanitarias pudiesen anualmente mil ó dos mil puertorriqueños más, que contribuir á despojar á nuestro país, á robar á nuestros hijos el legado que los esfuerzos de uno y otro partido han querido abonar.

Puesta á votación fué acuerdo rechazar la base y en su consecuencia se nombró para redactarla según la opinión de la mayoría una comisión compuesta de los Dres. González Martínez, Gutiérrez Igaravidez y Martínez Roselló, concediéndose un receso de cinco minutos.

Reanudada la sesión la Comisión presentó la enmienda redactada en la forma siguiente:

Base Trece. Cada Distrito sanitario se dividirá por el Superintendente de Sanidad en tantas zonas como al mejor servicio convenga, sirviendo de base el número de habitantes, y que para cada zona se nombre por el Director de Sanidad Beneficencia y

Correcciones á propuesta del Superintendente de Sanidad un médico oficial de Sanidad pagado por el Tesoro de Puerto Rico con el haber anual que fije la Asamblea Legislativa; y para su separación se seguirá el mismo procedimiento que con el Inspector de Distrito.

Leida fué aprobada por mayoría.

Base Catorce. En concordancia con la anterior fué suprimida.

Base Quince. Por tratarse de asunto relacionado con la base trece retirada, fué nombrado el mismo comité para que redactara la nueva base, quedando esta en esta forma:

“Para cada pueblo de una zona sanitaria el Director de Sanidad Beneficencia y Correcciones nombrará á propuesta del Superintendente de Sanidad uno ó más policías sanitarios para cada pueblo pagados por fondos del Tesoro de Puerto Rico, y cada municipio nombrará pagado por fondos del mismo, tantas brigadas de desinfección como sean necesarias para el mejor servicio.

Fué aprobada sin discusión pasando á ser Base Catorce en el orden que le corresponde.

### SESIÓN DEL DÍA 11 Á LAS 10 A. M.

Constituida la mesa se hace el recuento de los Asambleístas y habiendo quorum se reanudan los trabajos de la Asamblea abriendo la sesión el Sr. Presidente.

El Dr. Muñoz Diaz presenta una moción debidamente apoyada, pidiendo se reconsideren algunos de los asuntos ya aprobados en las sesiones anteriores. Puesto el punto á discusión se acuerda acceder á lo solicitado y en su consecuencia presenta el Dr. Muñoz una enmienda á la base 9ª que dice “Para ser nombrado médico inspector de distrito deberá serlo un médico con dos años de práctica en la Isla” se abre el punto á discusión el Dr. Gimenez Cruz propone una enmienda á la enmienda del Dr. Muñoz pidiendo que se señalen como indicaba la base al ser presentada por el Comité de resoluciones la cual fué desechada y continua la discusión de la primera enmienda siendo combatida por los Drs. Gutiérrez Ortiz, Lange y Quevedo Báez lo que dá lugar á un incidente surgido entre el Dr. Quevedo Báez y el Dr. Muñoz pidiendo este último retirar la enmienda de que era autor después de haber explicado satisfactoriamente la alteza de mira que le había llevado á formular tal enmienda y manifestar la que había anunciado á aquellos á quienes pudiese perjudicar, para que presentes pudiesen combatirla.

La mesa por medio de su Presidente suplica á la Asamblea no reconsidere ningún otro punto, pues todos los aprobados habían sido suficientemente discutidos y recaído acuerdo sobre ellos por nutrida mayoría lo que demostraba el asentimiento general.

Así lo acuerda la Asamblea pasándose á los asuntos pendientes de discusión dándose lectura á las bases para el servicio de Beneficencia Pública Municipal.

El Dr. Lange pide se añada la palabra “Terrestre” al terminar la base primera después de Sanidad. El Dr. Gutiérrez Igaravidez manifiesta que no pudiendo legislarse sobre Sanidad Marítima por ser competencia exclusiva del Gobierno Federal holgaba dicha palabra pues las leyes que en Puerto Rico se legislen sola-

mente pueden referirse al territorio de esta Isla, por lo que la enmienda fué rechazada.

Puesta á votación la base primera en su totalidad fué aprobada sin enmienda.

Leida la base segunda el Dr. Coll secundado por el Dr. J. M. Cueto, propone la enmienda siguiente: Que se sustituya la palabra "población" por la palabra "jurisdicción" lo cual es aceptada sin discusión.

Los Drs. Gutiérrez Igaravidez y Gutiérrez Ortiz proponen agregar después de donde dice "en la obligación de sostener" las palabras siguientes: "por lo menos", fué aceptada esta enmienda.

El Dr. Vélez López secundado por el Dr. Cueto propone que en lugar de 8,000 habitantes se rebajen á 5,000 para cada médico que se nombre. Es combatida esta enmienda por los Dres. Tió y Biamon, siendo desechada después de discutida.

Discutida la base en su totalidad y puesta á votación es aprobada con las enmiendas que habían sido aceptadas.

Base Tercera. Es aprobada sin discusión.

Base Cuarta. El Dr. Barreras combate la totalidad de la base pretendiendo limitar el máximo de la asignación que el Secretario de Puerto Rico pueda designar al médico que nombre con cargo á los fondos municipales. En la discusión de esta base interviene el Dr. Coll y Toste presentando una enmienda para marcar una base fija al Secretario de Puerto Rico, que consiste en añadir á la terminación de la base lo siguiente: "y en armonía con el apartado (a) de la Base 7ª.—Es aceptada la enmienda y puesta á votación aprobada la Base en su totalidad con la enmienda introducida.

Base Quinta. Fué aprobada en su totalidad después de rechazada una enmienda del Dr. Coronas, limitando á 15 días el plazo del anuncio.

Base Sexta. El Dr. Barreras pide se agregue la palabra "Notarial" después de la palabra "contrato". Es aceptada la enmienda y aprobada la Base en su totalidad.

Base Septima. El apartado 2º del párrafo (b) fué objeto de larga discusión, presentándose varias enmiendas fijando plazos más ó menos largos y otras pidiendo dos plazos uno durante la mañana y otro durante la tarde, y siendo hora avanzada se acuerda suspender los trabajos hasta las 2 P. M. para celebrar la continuación de la sesión en que deberán terminarse las labores de esta Asamblea.

---

## SESIÓN DEL DÍA 11 A LAS 2 P. M.

Habiendo suficiente número de Asambleístas, el Sr. Presidente reanuda los trabajos dandose lectura al párrafo 2º del apartado (b) de la base 7ª cuya discusión había sido suspendida, presentándose la enmienda siguiente: "En Dispensarios, fijando dos horas diarias de servicio á designación del médico, según las condiciones de la localidad y exigencias del servicio". Discutida esta enmienda fué aceptada quedando el apartado 2º redactado en dicha forma.

El apartado 4º mereció amplia discusión en la designación de los casos en que el médico está obligado á prestar asistencia domiciliaria rural, presentándose las enmiendas siguientes: añadir la

palabra "laborioso" después de la palabra "parto" y añadir después de enumerar los casos en particular, el concepto siguiente: "y demás casos graves á juicio del facultativo por los datos adquiridos". Se aceptan las enmiendas presentadas.

Por los Drs. Zavalá, F. Vizcarrondo, Aparicio, Gutiérrez Ortiz, González Martínez, P. Malaret, Calixte Romero, G. Carrera, R. M. Hernández, J. M. Cucto, José A. Diaz, S. Vizcarrondo, A. Stahl, F. Vázquez Colón, José Barreras y Fernando González se presenta una moción pidiendo se agregue á la Base 7ª un párrafo marcado con la letra (f) que diga:

"Que en todo contrato deberá también constar que si en cualquier servicio profesional y con motivo del cumplimiento del mismo, el médico contratado fuese víctima de un accidente que le imposibilite continuar en el desempeño de sus funciones, la Corporación contratante estará obligada á mantener íntegro el sueldo ó asignación del facultativo, durante el tiempo que esté impedido de continuarla, siempre que dicho término no exceda de dos meses."

Es aceptada la proposición sin discusión alguna y acordado agregar un párrafo con la letra (f) dentro de la Base 7ª.

Puesta á discusión la Base 7ª en su totalidad y votada, es aprobada por mayoría con las enmiendas y adiciones aceptadas.

Base Octava. La discusión de esta Base fué laboriosa habiendo tenido ocasión con tal motivo el Sr. Vice-Presidente Dr. Coronas de leer un luminoso trabajo sociológico y explicar las dificultades con que se tropieza en cada una de las localidades, por sus condiciones especiales, para poder formar una pauta que sirviera de medida para aquilatar los grados de riqueza ó pobreza de un individuo.

En vista de las dificultades y de las distintas opiniones en éste punto se acuerda enmendar la Base 8ª en el sentido de dejar á cada municipio en la obligación de formar un padrón de pobres con arreglo á las condiciones locales de cada uno, atendiendo á resolver sus necesidades dentro de la más correcta moralidad. Fué acuerdo suprimir de la redacción de la Base todo lo que queda por debajo de las palabras "beneficencia municipal".

Aprobada esta Base en su totalidad quedó terminada la discusión y aprobación de las bases para el servicio de Beneficencia pública municipal.

Se procedió á la discusión de las Bases para el servicio médico forense.

Leída la Base primera fué aprobada sin discusión.

Base segunda. Se presentó una enmienda en el sentido de que á los expertos se les conceda prelación ante los tribunales de justicia al ser llamados para informar, añadiéndose: "sobre todo en los casos en que el informante resida en otra localidad y siempre que no se oponga á las leyes de Puerto Rico." Esta enmienda fué aceptada suprimiéndose desde donde dice "á fines de evitar" hasta el final de ella.

Puesta á votación la base en su totalidad fué aprobada con la enmienda introducida y la supresión acordada.

Terminada la discusión y aprobación de las bases de peritaje médico esta Asamblea dió término á la labor para la cual había sido convocada.

El Dr. Goenaga pide la palabra y manifiesta á la Asamblea que rumores públicos habían llegado hasta él diciendo que por un incidente surgido en el curso de los debates, se habían lanzado por él ataques contra cierto organismo de Gobierno del cual él dependía, que aquel era el momento de aclarar conceptos, en los cuales él no había tenido intención de criticar y por tanto atacar á los caballeros que hoy se encuentran al frente de aquel Departamento, con el que se encontraba en perfecta armonía.

El Presidente Dr. Saldaña en vista de las manifestaciones del Dr. Goenaga, y abandonando la presidencia, manifestó que allí no se había atacado al Departamento Consolidado, ni á sus jefes y que tal versión envolvía una censura para él que como Presidente hubiese tolerado ataques, lo cual no habría consentido en manera alguna, que, el Dr. Goenaga efectivamente estuvo inoportuno en los conceptos emitidos en una de las sesiones con motivo de la discusión de la base 2ª referente á las bases de Sanidad.

El Dr. Cordero como Secretario y á nombre de su compañero el Dr. Salazar manifestó que habiendo sido aludidos por el Dr. Lange al manifestar se leyese el acta de la sesión celebrada, ó en su defecto las minutas para la redacción de ella, se veía en la necesidad de hacer presente al Dr. Goenaga y á todos los Asambleístas que entre las notas que se hallaban en poder de ambos Secretarios no existía ninguna referente á los incidentes desagradables ó no, surgidos en las discusiones motivadas por las diversas opiniones de cada uno de los Asambleístas, y que en el acta solamente constarían los puntos de discusión, las enmiendas presentadas y las bases aprobadas en la forma en que la Asamblea lo había acordado.

Hace uso de la palabra el Dr. Lange en defensa del Dr. Goenaga haciendo aclaraciones sobre los conceptos emitidos por este, y después de rectificar el Dr. Goenaga se dá por terminado el incidente.

Se procede á la designación del Comité Ejecutivo que ha de dar forma á los proyectos de Ley de Sanidad, de Ley de Beneficencia Municipal y de Ley de Peritaje Médico.

Se conceden diez minutos de receso para la preparación de candidaturas para elegir un Comité de cinco miembros y transcurridos estos, se procede á votación secreta, y practicado su escrutinio dá el resultado siguiente: Dr. J. E. Saldaña, Dr. Rafael del Valle, Dr. Muñoz Díaz, Dr. E. Coronas y Dr. José Barreras, los que habiendo obtenido mayoría, son designados para constituir el Comité Ejecutivo.

El Dr. Saldaña antes de cerrar los trabajos se expresó en frases laudatorias por el feliz resultado obtenido en las discusiones de esta Asamblea, presentando excusas si en el transcurso de los debates se vió obligado como Presidente á sostener con energía el orden en las discusiones y esto pudiese haber molestado á alguno de sus compañeros, y al mismo tiempo dá las gracias por haberle secundado en la realización del cometido con que se le honrara al designarle para presidir aquella Asamblea cuyo fin tenía lugar en aquel momento.

Designó á los Drs. Coll, Romero Cantero y Rafel del Valle para que se acercaren al Hon. Gobernador y en nombre de la

Asamblea le hiciesen presente la terminación de ella y el resultado obtenido.

Certificamos que la anterior acta es fiel reflejo de los hechos tal como han ocurrido en las sesiones celebradas por la Asamblea Médica.

*Dr. José E. Saldaña,*  
Presidente.

*Dr. Eusebio Coronas,*  
Vice-Presidente.

*Dr. Gustavo Muñoz Diaz,*  
Vocal.

*Dr. Guillermo Salazar,*  
Secretario.

*Dr. Felipe B. Cordero,*  
Secretario.

San Juan, P. R. Nbre. 11 de 1907.

---

---

---

Bases aprobadas  
por la  
Asamblea Médica

---

---



## BASES

### PARA REGULAR EL SERVICIO DE SANIDAD EN LA ISLA DE PUERTO RICO.

- Base 1. Que el servicio de Sanidad de la Isla de Puerto Rico en cuanto haya de ser prestado por profesionales médicos será un servicio absolutamente independiente del de Beneficencia pública, y ningún médico de Sanidad podrá desempeñar, al mismo tiempo, el cargo de Médico Cirujano de Beneficencia.
- Base 2. Que el servicio de Sanidad de la Isla de Puerto Rico estará á cargo de la Superintendencia de Sanidad, en el Departamento de Sanidad, Beneficencia y Correcciones, y será prestado por los organismos y funcionarios siguientes:
- 1.—Una Junta Superior de Sanidad.
  - 2.—Siete Juntas de Sanidad de Distrito.
  - 3.—Siete Médicos Inspectores de Sanidad de Distrito.
  - 4.—Cuatro Inspectores Veterinarios.
  - 5.—Dos Inspectores Plomeros.
  - 6.—Médicos Oficiales de Sanidad.
  - 7.—Policía Sanitaria.
- Base 3. Que la Junta Superior de Sanidad será un organismo consultivo y se compondrá de los siguientes miembros:
- 1.—Un Presidente que lo será el Superintendente de Sanidad.
  - 2.—De seis Vocales que serán:
    - (a) Un médico de la Junta de Médicos examinadores elegido por dicha Junta.
    - (b) Un médico elegido por los siete Inspectores de Distrito y propuesto al Director de Sanidad, Beneficencia y Correcciones.
    - (c) Un miembro de la "Asociación Médica de Puerto Rico" propuesto por su Directiva.
    - (d) Un Abogado propuesto por el Colegio de Abogados de San Juan.
    - (e) Un Farmacéutico propuesto por la Junta de Farmacia.
    - (f) Un Ingeniero propuesto por el Departamento del Interior.
- Base 4. Que los Vocales de la Junta Superior de Sanidad serán nombrados por el Gobernador de Puerto Rico á propuesta del Director del Departamento de Sanidad, Beneficencia y Correcciones.

- Base 5. Que la Junta Superior de Sanidad tendrá un Secretario-médico con voz y sin voto que será á su vez el Oficial de estadística sanitaria y será nombrado por el Superintendente de Sanidad con el sueldo anual que le fije la Asamblea Legislativa.
- Base 6. Que la Isla de Puerto Rico sea dividida por el Superintendente de Sanidad en siete Distritos Sanitarios de acuerdo con el número de habitantes, aproximadamente igual en cada Distrito, y con las facilidades de comunicación entre los pueblos y la capitalidad del Distrito.
- Base 7. Que en cada Distrito Sanitario habrá una junta que se llamará Junta de Sanidad de Distrito con residencia en la capitalidad del mismo y que se compondrá del personal siguiente:
- 1.—Un Presidente que lo será el Médico Inspector del Distrito.
  - 2.—Cuatro vocales que serán:
    - (a) El Presidente del Ayuntamiento de la capitalidad del Distrito.
    - (b) Un médico con ejercicio libre residente en la capitalidad del Distrito ó en cualquiera de los pueblos del mismo.
    - (c) Un Farmacéutico.
    - (d) Un Ingeniero, Arquitecto ó maestro de obras.
- El Secretario de esta junta lo será el Oficial de administración del Distrito y no tendrá voz ni voto en las sesiones.
- Base 8. Que los vocales de la Junta de Sanidad de Distrito serán nombrados por el Director del Departamento de Sanidad, Beneficencia y Correcciones á propuesta del Superintendente de Sanidad.
- Base 9. El Inspector de Sanidad de cada Distrito deberá ser un médico nombrado por el Gobernador, con consentimiento del Consejo Ejecutivo y á propuesta del Director de Sanidad, Beneficencia y Correcciones y será un funcionario pagado de fondos del Tesoro Insular, con una asignación fijada por la Asamblea Legislativa, sin que tal funcionario pueda ser separado de su destino sino mediante expediente instruido por el Superintendente de Sanidad y sometido á la resolución de la Junta Superior de Sanidad.
- Base 10. El Inspector de Sanidad de cada Distrito tendrá una oficina de administración con un oficial escribiente nombrado por el Superintendente de Sanidad á propuesta del Inspector de Distrito y un laboratorio químico micrológico para los análisis químico clínicos más inmediatos en el ramo de Sanidad y para cuyo

laboratorio tendrá un auxiliar perito en análisis químicos.

Base 11. Que el servicio de Sanidad veterinaria será llevado á cabo por cuatro veterinarios en los cuatro distritos en que para este fin se dividirá la Isla por el Departamento de Sanidad. El nombramiento de estos funcionarios será hecho por el Director de Sanidad, Beneficencia y Correcciones á propuesta del Superintendente de Sanidad.

Base 12. Que para la inspección de toda obra en que se instalen cañerías, tuberías, & se conservará la división actual en dos Distritos adscribiéndose un Inspector plomero para cada uno y cuyo nombramiento será hecho por el Director de Sanidad Beneficencia y Correcciones á propuesta del Superintendente de Sanidad.

Base 13. Que cada Distrito Sanitario se dividirá por el Superintendente de Sanidad en tantas zonas como al mejor servicio sanitario convenga, sirviendo de base el número de habitantes; y que para cada zona se nombre por el Director de Sanidad, Beneficencia y Correcciones á propuesta del Superintendente de Sanidad un Médico Oficial de Sanidad pagado por el Tesoro de Puerto Rico con el haber anual que fije la Asamblea Legislativa; y para su separación se seguirá el mismo procedimiento que para con el Inspector de Distrito.

Base 14. Que para cada pueblo de una zona sanitaria el Director de Sanidad, Beneficencia y Correcciones nombrará á propuesta del Superintendente de Sanidad tantos policías sanitarios para cada pueblo como sean necesarios, pagándoseles con Fondos del Tesoro de Puerto Rico.

Y cada Municipio nombrará, pagados con fondos del mismo, tantas brigadas de desinfección como sean necesarias para el completo servicio sanitario.

---

## BASES

### PARA EL SERVICIO DE BENEFICENCIA

#### PUBLICA MUNICIPAL.

---

Base 1. El servicio médico de Beneficencia Municipal será prestado por médicos cirujanos con derecho á ejercer la medicina en Puerto Rico y que no desempeñen los cargos de médicos de Sanidad.

- Base 2. Que cada Municipio de la Isla de Puerto Rico cuya jurisdicción sea menor de 8.000 habitantes estará en la obligación de sostener por lo menos un médico cirujano para la asistencia de sus enfermos pobres y que para cada grupo de 8,000 vecinos será requerido el sostenimiento de otro médico cirujano.
- Base 3. Cuando los ingresos de un municipio menor de 8,000 habitantes no sean bastantes á consignar en su presupuesto dotación decorosa para un médico cirujano, podrá asociarse con un pueblo limítrofe para tener juntos los servicios médicos, ó independientemente contratar á un facultativo de las poblaciones vecinas para que preste la asistencia médica á los enfermos pobres, no permitiéndose sin embargo que ningún médico cirujano tenga el servicio de Beneficencia en más de dos pueblos.
- Base 4. Que cuando por tres meses consecutivos un Ayuntamiento no hubiere provisto la plaza de médico de Beneficencia, el Secretario de Puerto Rico nombrará un médico cirujano para tal municipio con el haber que estimare conveniente con cargo á los fondos municipales, y en armonía con el Apartado (a) de la base 7.
- Base 5. Que los Ayuntamientos de Puerto Rico anunciarán durante un mes en los periódicos de mayor circulación de la Isla, las vacantes de las plazas de médicos de Beneficencia, reservándose la Corporación municipal el derecho de elegir entre los solicitantes el candidato que tuviere por conveniente; debiendo preferir siempre á aquellos que sean CIUDADANOS DE PUERTO RICO.
- Base 6. Que el servicio de una plaza de médico de Beneficencia habrá necesariamente de ajustarse á un contrato notarial celebrado entre el Ayuntamiento y el médico.
- Base 7. Que todo contrato entre un Ayuntamiento y un médico para el servicio de Beneficencia no se estipulará por un período menor de cuatro años, y dicho contrato comprenderá como cláusulas fundamentales las siguientes :
- (a) Que la asignación anual no habrá de ser en ningún caso menor de mil dollars, pagaderos por mensualidades vencidas.
- (b) Que los servicios del facultativo á los pobres de la municipalidad serán prestados :
- 1.—En Hospitales.
  - 2.—En Dispensarios fijando dos horas diarias de servicio á designación del médico según las condiciones de localidad y exigencias del servicio.

3.—En asistencia domiciliaria dentro de la zona urbana para aquellos enfermos que el carácter de su dolencia les obligue á permanecer en su domicilio.

4.—En asistencia domiciliaria rural solamente obligatoria en los casos siguientes: heridos graves, hemorragias, partos laboriosos, envenenamientos, asfixias y demás casos graves á juicio del facultativo por los datos adquiridos; debiendo en los demás casos ser trasladados los enfermos al poblado para que reciban asistencia en la misma forma que los de la zona urbana.

(c) Que en ningún contrato para el servicio de Beneficencia se estipulará la asistencia por accidentes del trabajo á los trabajadores de fábricas, talleres, Centrales, obras públicas por administración ó remate, ni tampoco la que se preste en cualquier caso á los institutos armados, á los empleados, asilados en Asociaciones religiosas, benéficas ó educativas que no sean sostenidas por fondos municipales.

(d) Que tampoco sea estipulado en ningún contrato de un médico de beneficencia servicios profesionales prestados en los casos que hubiere de intervenir la administración de justicia.

(e) Que ningún contrato podrá ser anulado sino por mútuo convenio de las partes, concediéndose recíprocamente un plazo de dos meses para la rescisión, salvo el caso de enfermedad ó imposibilidad física del facultativo.

(f) Que en todo contrato deberá también constar que si en cualquier servicio profesional, y con motivo del cumplimiento del mismo, el médico contratado fuese víctima de un accidente que le imposibilite continuar en el desempeño de sus funciones, la Corporación contratante estará obligada á mantener íntegro el sueldo ó asignación del facultativo, durante el tiempo que esté impedido de continuarlas, siempre que dicho término no exceda de dos meses.

Base 8.

Todos los Ayuntamientos de la Isla de Puerto Rico estarán en la obligación de formar un padrón de pobres que hayan de acogerse á la beneficencia municipal.

---

## BASES

### PARA EL SERVICIO MÉDICO-FORENSE.

---

Base 1.

Que los médicos en ejercicio en Puerto Rico,

cualquiera que sea el cargo que desempeñen, cuando sean requeridos por los tribunales de justicia ó sus agentes autorizados, para prestar asistencia en casos de heridas, lesiones, envenenamientos, para practicar autopsias, producir informes, etc., en cualquier circunstancia en que hubiere de intervenir la administración de justicia, serán considerados como expertos, y recibirán del Pueblo de Puerto Rico los honorarios que en un arancel preparado al efecto se fijaren, y percibirán de los fondos del Tesoro de Puerto Rico, en pago de sus gastos de viajes la compensación asignada en casos análogos á los funcionarios oficiales.

- Base 2. Que en toda diligencia, declaración, informe, etc., que sea solicitado como experto un médico en Puerto Rico, le será dada prelación para su comparecencia ante el tribunal que le solicitare, sobre todo en los casos en que el informante resida en otra localidad y siempre que esto no se oponga á las leyes de Puerto Rico.
-

# BOLETIN

DE LA

## Asociación Médica de Pto.-Rico.

**DIRECTOR :**

**DR. A. STAHL**

**REDACTORES :**

“ J. N. Carbonell.  
 “ Tomás Vázquez.  
 “ Moret Muñoz.  
 “ F. Goenaga.

Dr. Gonzalez Martinez.  
 “ Pedro Perea Fajardo.  
 “ Guillermo Salazar.  
 “ Eusebio Coronas.  
 “ Velez Lopez.

Corresponsal en Washington, Dr. BAILEY K. ASHFORD.  
 En Madrid, Dr. A. Suarez de Mendoza.  
 En Santo Domingo, Dr. Ramón Báez.  
 En Habana, Dr. José Ferrán.

### SUMARIO.

Proposición de la Comisión de Ponce, sobre el estudio  
 de la fiebre tifoldea en Puerto Rico.  
 Resultados obtenidos en la moderna exploración del  
 Tifo.  
 Biografía del Dr. Dapena y Cáceres.  
 Porto Rico Anemia Commission.  
 Sección Informativa.

LA CORRESPONDENCIA Y ANUNCIOS AL DIRECTOR

Published Monthly at San Francisco St. 66. San Juan, P. R.

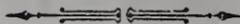
SAN JUAN, PUERTO RICO.

Establecimiento Tipográfico del Boletín Mercantil.

ALLEN No. 24 y 26.

# APIOLINA

CHAPOTEAUT



## Diferente del Apiol.

LA APIOLINA ejerce su acción en el sistema circulatorio, determinando fenómenos de congestión vascular y de excitación, al par que en la contractibilidad de la fibra muscular lisa de la matriz.

Administrada 2 ó 3 días antes de la aparición de las reglas, en dosis de 2 ó 3 capsulas de á 20 centig. diarias, tomadas en las comidas, la APIOLINA provoca y regulariza el flujo mensual.

Depósito en París: 8, Rue Vivienne y en todas las Farmacias.

## LABORATORIO QUIMICO-MICROLOGICO

DEL DR. GUILLERMO SALAZAR.

Calle Cristina 8, bajos, Ponce. Puerto Rico.

Habiendo trabajado como Interno en el Laboratorio de Clínica médica de la Facultad de Medicina de Barcelona y en el Laboratorio de Fisiología de La Sorbonne de París, accediendo á aficiones particulares, he organizado un Laboratorio que puede servir de auxilio á los Sres. Médicos en múltiples ocasiones.

*Análisis químico-clínico completo de Orina, Jugo gástrico, Leche, Exudados & c. & c.*  
*Exámenes microscópicos de Esputos, Sangre Sedimentos, Neoplasias, Pús, Flu-  
jos etc. etc.*

*Pruebas clínicas de Permeabilidad renal y hepática, Reacción diaxoica de Erlich, Toxicidad urinaria y Cito diagnóstico.*

Los análisis cualitativos abonarán \$1 como honorarios, y \$3 los cuantitativos, por cada elemento que se investigue.

Los exámenes microscópicos bacteriológicos abonarán \$3, los histológicos á precios convencionales.

Así, puesto al alcance de todas las fortunas creo prestar un servicio á mis distinguidos colegas y á su respetable clientela.

PONCE, SEPTIEMBRE 1905.

Se facilitan instrucciones para recoger los productos á examinar.

# VINO Y JARABE DE DUSART

CON LACTO-FOSFATO DE CAL

Las investigaciones del DR. DUSART, sobre el fosfato de cal han venido á demostrar que lejos de ser inactiva esta sal, como se suponía, está por el contrario, dotada de propiedades fisiológicas y terapéuticas muy notables. Fisiológicamente, se combina con las materias azoadas de los alimentos y los fija transformándolos en tejidos; de aquí resultan el desarrollo del apetito y el aumento del peso del cuerpo. Terapéuticamente, dichas propiedades hacen de él un reconstituyente de primera clase.

El **Jarabe** en la medicación de los niños, el **Vino** en la de los adultos, en las afecciones del estómago y como analépticos, son generalmente admitidos.

INDICACIONES: *Crecimiento, raquitismo, dentición, afecciones de los huesos, llagas y fracturas, debilitamiento general, tisis, dispepsia, convalecencias.* DÓISIS: 2 á 6 cucharadas por día.

Depósito en París, 8, rue Vivienne, y en las principales Farmacias.

---

## Vino de Peplona de Chapoteaut

La **Peptona Chapoteaut** representa 10 veces su peso de carne digerida y solubilizada con la PEPSINA. Tomada en caldo ó leche permite nutrir á los enfermos más graves sin otra alimentación.

Asociada á un vino generoso, constituye el **Vino de Peptona de Chapoteaut**, de gusto agradable, que se receta en las comidas, en dosis de 1 á 2 copas de Burdeos, á los **Anémicos, Convalecientes, Tísicos, Ancianos** y á las personas desgarradas, ó que no pueden soportar los alimentos.

La **Peptona Chapoteaut** se emplea desde hace siete años, á causa de su pureza, en el Instituto Pasteur y los Laboratorios de Fisiología de Berlín, Viena y San Petersburgo para la cultura de los organismos microscópicos.

DEPÓSITO

8, RUE VIENNE, PARIS, y en las principales

FARMACIAS.

# Jarabe Poliformiatado

Del Dr. CHAPELLE.

---

Heróico estimulante, asociado al Glicógeno y á las sales minerales fisiológicas, sus efectos son mucho más duraderos que los del **Acido Fórmico** solo. Aumenta rápidamente las fuerzas y el vigor, suprime la sensación de cansancio.

Indicaciones: NEURASTENIA, ANEMIA,  
GRIPPE, DIABETES, ALBUMINURIA.

Hace adquirir en breve la energía necesaria para la práctica del sport y toños los ejercicios penosos.

PARIS, 8, RUE VIVIENNE, Y EN TODAS LAS FARMACIAS.

---

## Morrhuel de Chapoteaut

---

El MORRHUOL contiene todos los principios activos del aceite de hígado de bacalao, salvo la parte grasa. Representa 25 veces su peso de aceite y se expende en pequeñas cápsulas redondas que encierran 20 centigramos ó 5 gramos de aceite de bacalao moreno.

*Dosis diaria:* 2 á 3 cápsulas para los niños; 3 á 6 para los adultos, en las comidas.

---

## Morrhuel Creosotado

DE CHAPOTEAUT.

---

Estas cápsulas contienen, cada una, 15 centigramos de MORRHUOL, que corresponden á 4 gramos de aceite de bacalao, y 5 centigramos de Creosota de Haya de la cual se han eliminado el creosol y los productos ácidos, sustancias que se encuentran en las creosotas del comercio y ejercen acción cáustica en el estómago y los intestinos. Dan los mejores resultados en la TISIS y la TUBERCULOSIS PULMONAR en dosis de 4 á 6 cápsulas diarias al comenzar á comer.

Depósito en Paris, 8, Rue Vivienne, y en las principales Farmacias.

# BOLETIN

DE LA

## Asociación Médica de Pto.-Rico.

---

Año V. \*\*\*\*\*

DICIEMBRE 1907.

\*\*\*\*\* Núm. 61.

---

### Proposición de la Comisión de Ponce, sobre el estudio de la Fiebre Tifoidea en Puerto Rico.

Sr. Presidente.

#### SEÑORES:

La idea del Dr. Stahl de promover el estudio de la fiebre tifoidea en Puerto Rico distinguiéndola de aquellos procesos con que pudiera ser confundida, es altamente plausible. Tan plausible, que puede decirse que encierra un estudio de los más trascendentales y por lo tanto de resultados prácticos evidentes.

Empero, nosotros, como individuos de la Comisión de Ponce no nos atrevemos á traer conclusiones de ningún género á esta Asamblea y vamos á exponer porqué.

La tifoidea Eberthiana presenta en su nosología, cierto número de variedades. Desde el tipo clásico fácilmente diagnósticable se pasa á otros en este país, fácilmente confundibles con las afecciones más diversas no solo en patogenia sino hasta en la etiología. Ya sean afecciones biliares, ya maláricas, ya tuberculosas etc., etc, no nos es posible salir de la confusión, sin un estudio no solo clínico concienzudo, sino también y principalmente de Laboratorio.

Y aquí está precisamente el valladar que nos impide cumplir nuestros propósitos. De muy buena gana hubieramos querido llenar nuestro cometido de un modo honroso para la Asociación Médica, pero no queremos comprometer su nombre, presentando un trabajo falto de fundamentos, hecho á la ligera, sin tiempo ni medios para prepararlo.

El Dr. Stahl nos permitirá que le digamos porqué no hemos querido comprometernos.

Véamos un ejemplo:

Uno de nosotros ha tenido en su consulta particular dos casos de fiebre tifoidea en niños diagnosticada clínicamente como tal; que han evolucionado por espacio de tres semanas, sometidos á la balneación y de buenas á primeras cambia el cuadro clínico; se presentan escalofrios, la fiebre sube, se piensa en la malaria, se encuentra el hematozoario, se dan inyecciones de quinina y la fiebre cede sin baños á los pocos días.

Se trataba de una tifoidea en el curso de la cual se ingertó la malaria? Un caso de ellos había tenido anteriormente paludismo y se trató quizás de un estado latente despertado por la infección

intestinal ó la balneación, pero el otro nunca había tenido paludismo. De todos modos, en estos casos no podemos asegurar sin el Laboratorio, si se trataba de la llamada Tifo-malaria, de la malaria-tifoidiforme ó de una enfermedad nueva de marcha cíclica ó acéfica y con gérmen especial.

Si de este caso tifo-malárico pasamos al tifo-biliar, á las numerosas tifoideas, y á las fiebres prolongadas atípicas dígannos si no tenemos razón de temer, presentando una Memoria sin la debida preparación.

Cuál es pues nuestra proposición? Que debemos hacer? Hemos de abandonar la cuestión y seguir en la ignorancia para que mañana alguien en mejores condiciones nos saque de las tinieblas? No, nosotros debemos cumplir nuestro deber. Hemos de hacer llegar nuestra idea hasta donde deba escucharse y si no se nos oye la culpa no será nuestra.

Indudablemente que los países que quieren conocer algo que les interesa, encarga los trabajos á comisiones especiales. Así sucede en nuestra Isla con la Uncinariasis. Pues bien, nosotros propondríamos que se hiciera una cosa análoga con la piretología del país. Una comisión de 4 médicos, dos clínicos y dos bacteriólogos se encargaría de estudiar por un par de años ó más, toda esa cuestión.

Tendrían un Laboratorio central y acudirían á las poblaciones donde esas enfermedades estallasen para hacer las indagaciones del caso. Un crédito de 10 ó 12 mil dollars, quizás fuese suficiente para un año.

En el centro de la Isla ó en Sud de la misma, donde abunda el Paludismo, podría instalarse el Laboratorio. Los médicos estarían dedicados exclusivamente á ese estudio, no pudiendo ejercer, en cuyo caso habría que remunerarles debidamente.

En tanto no se haga eso, no podremos como entidad, hacer lo preciso para conseguir la verdad.

DR. G. SALAZAR.

DR. G. VILLARONGA.

DR. E. CORONAS.

Ponce, 5 Octubre 1907.

## Resultados obtenidos en la moderna exploración del Tif

Y SU SIGNIFICACION EN LA PRACTICA,  
POR DOCTOR A. DASKE

Primer Ayudante en el Instituto higiénico de Greifswal, Alemania.

(Traducido expresamente para el BOLETIN de la A. M.)

Los médicos antiguos calificaban el *Tiphus* de *abdominalis*, con lo que significaban, que se trataba esencialmente de una enfermedad local del intestino; pero de sus causas generadoras, solo poseían ideas oscuras hasta que al fin se descubrió que era una enfermedad infecciosa, generada por un microorganismo específico, el bacilo de Eberth-Gaffky. La mayoría de los médicos sugestionada por

los síntomas más salientes clínicos y anatómo-patológicos, según aferrado al criterio de una afección limitada al trayecto intestinal, y como es consiguiente, aquí buscaban el nido exclusivo del generador de la dolencia.

También se pensaba en una infección general del cuerpo, pero solo admitido en los casos graves. Hoy los resultados de la exploración moderna biológica nos fuerzan á concebir el Tifo, también en su curso leve como una enfermedad general del cuerpo, en realidad una *Bacteriemia*. El bacilo tífico circula en la sangre desde que la enfermedad se inicia y también en la convalecencia. Debemos esta convicción en primer lugar al perfeccionamiento de los métodos de investigación bacteriológica de la sangre con que nos han favorecido primero Schottmüller y Cactellani y posteriormente Conradi y Kayser.

Schottmüller encontró en 101 casos de tifo 84 veces el generador en la sangre, con frecuencia al tercero y cuarto día de la enfermedad; pero especialmente el cultivo de sangre y bilis de Conradi nos ha dado á conocer al tifo como una típica hematopatía.

Kayser obtuvo por medio de este procedimiento la demostración del generador patógeno en la sangre:

47 tifos 1. <sup>a</sup>	semana en	100%
92 „ 2. <sup>a</sup>	„	58%
56 „ 3. <sup>a</sup> y 5. <sup>a</sup>	„	40%

Hasta ahora se ha sostenido la opinión de que los bacilos tíficos solo son demostrables en la sangre durante la fiebre y que la gravedad de la infección depende del número de gérmenes circulantes en la sangre (Schottmüller): pero este criterio ha requerido últimamente una revisión.

Conradi ha logrado comprobar el bacilo tífico en la sangre de una mujer de 52 años que sufrió un tifo leve, 23 días después de iniciada la enfermedad y cuando hacía 14 días que había vuelto á sus ocupaciones de labriega. Además pudo demostrar el bacilo paratífico en la sangre de una niña de 10 años que solo dos días estuvo acostada, habiendo vuelto desde tres semanas á la escuela, 28 días después de pronunciarse las leves manifestaciones de la enfermedad.

Con esto queda probado que el generador del tifo aparece en la sangre, no solamente en los casos leves, sino también en la convalecencia después de una larga temperatura normal.

Esta circulación del bacilo tífico en el torrente sanguíneo facilita su asiento en los distintos órganos del cuerpo y ocasionan allí procesos locales y salir nuevamente al exterior envueltos en las excreciones. De esta manera la bacteria forma á veces focos metastáticos en el riñón y entonces tiene lugar una excreción abundante del bacilo tífico por la orina y regularmente en forma de un cultivo puro. Neufeld encontró en un enfermo 50 millones de bacilos de tifo en 1ccm. de orina. Alcanzando la cantidad de orina diaria á 1 y medio litro, este enfermo hubiese eliminado 1 y medio billones de bacilos en 24 horas. Esta expulsión de bacilos por la orina puede prolongarse por meses después de la curación. Biring informa de un caso parecido. Un sargento de la expedición á

China se dió de alta curado en Taku el 24 de Diciembre 1901. En Abril 1902 se le hizo en Bremen un posterior reconocimiento, comprobándose el bacilo en la orina.

Mas adelante encontramos numerosos ejemplos en la literatura de haberse comprobado el bacilo tífico en la cavidad bucal, en las vías respiratorias superiores, en la secreción pulmonar. Así se habla de una Angina tifosa, de una Neumonía tifosa, etc. Con relativa frecuencia se ha podido demostrar el bacilo del tifo en el pus.

Conradi pudo comprobarlos en el pus de un absceso óseo. Bollack y Bruns lo cultivaron de pus de un absceso del recto que se desarrolló á la altura de la enfermedad. El exponente pudo cultivar el bacilo del tifo una vez de un empiema post-tifoso, otra vez de un absceso del torax en un convaleciente que retornaba de la colonia alemana del Africa occidental. Las siguientes demostraciones hablan también en favor de la ubicuidad del bacilo tífico en el cuerpo del infectado.

Shuetze hizo en dos casos de diagnóstico oscuro la punción lumbar y pudo comprobar el bacilo del tifo en el líquido cerebro-spinal, cuando la reacción de Widal aún no resultaba positiva. Maldagne ha logrado obtener el bacilo de un quiste ovárico que contenía 6 litros de pus. Son interesantes las investigaciones de Drigalski en el cadáver; encontró los gérmenes específicos no solamente en todo el trayecto intestinal, si que también en la lengua, las amígdalas, más ó menos en todos los órganos glandulares, en la musculatura, en todos los humores del cuerpo y especialmente en la bilis.

Ya vemos, pues, que se trata en cada caso de tifo de una infección más ó menos considerable de todo el cuerpo con el específico generador morboso que abre una série de vías á su propagación, de todo lo cual anteriormente apenas se tenía una idea. Apesar de todo, el intestino es el asiento principal en que se aloja el bacilo del tifo. Este es en primer lugar expelido hacia afuera en las excretas no solamente durante la enfermedad, sino á veces también durante semanas, meses y largos años después:

En esto nos ha demostrado la observación un nuevo fenómeno epidemio lógico de extraordinaria importancia: *el portador crónico del bacilo*. Partiendo del hecho de que hay personas que han pasado el tifo sin complicaciones y que regularmente á las 8 ó 10 semanas de iniciada la enfermedad no segregan más bacilos, se ha convenido en calificarlos de *clínicamente sanos*, y de *portadores crónicos de bacilos* á los más, allá de dicho tiempo segregan el bacilo del tifo en sus deyecciones. Según las observaciones de Lentz, estos últimos representan el 4% de todos los enfermos de tifo que han concurrido al reconocimiento bacteriológico.

¿Por cuanto tiempo estas personas en apariencia sanas segregan bacilos? La Liga antitífica nos aporta sobre este punto cifras sorprendentes. Lentz ha mantenido bajo observación constante por un y tres cuartos de años de entre estos individuos algunos cuya enfermedad había ocurrido 12, 13, 15, hasta 42 años atrás, y hemos de admitir que estos han expulsado el bacilo del tifo durante todo este tiempo.

Discurramos ahora que perspectiva se ofrece á la propagación del tifo, supuesto que la expulsión de los gérmenes, como lo demuestra la práctica, en estos casos se sucede de ordinario con regularidad y en grandes masas.

Rosenthal lo ilustra claramente con los casos siguientes por él observados: En el otoño é invierno de 1905-06 enfermaron en Gottinga en una casa y su vecindad 4 personas de tifo uno tras otro. La investigación de las excretas de todos los habitantes de la casa reveló la presencia de un cultivo puro del bacilo del tifo en la señora de la casa, de 72 años de edad, pero por lo demás robusta y dispuesta. Por la anamnesis se sabe que esta señora había pasado en 1878 un tifo grave, pero después no ha vuelto á enfermarse de cuidado. Las denuncias policíacas, que solo datan de 1897, prueban que desde entonces han ocurrido sin interrupción enfermos del tifo en la vecindad de la señora, representando por término medio el 10% del total de casos de tifo anunciados. Con razón Rosenthal expresa la suposición de que seguramente aún no se habian agotado los casos que procedían de aquella señora y que la expulsión de bacilos se había mantenido sin interrupción desde su enfermedad, es decir, desde 30 años atrás.

Esta secreción de bacilos, á veces prolongada por decenas de años, encuentra su explicación en que, según han demostrado las últimas investigaciones de Drigalski, Blumenthal, Forster y Kayser, el generador del tifo puede prolongar más ó menos su existencia saprofítica en la vesícula de hiel; pero estos gérmenes no pasan allá directamente del intestino, como pudiera suponerse, sinó de la vía circulatoria á la vesícula de la bilis, encontrando en esta, al parecer, un terreno muy propicio á su cultivo. Su expulsión puede prolongarse por años, sin por esto molestar en manera alguna á su portador en su estado general. De otra parte está demostrado con certeza que existe cierta relación entre algunas enfermedades de la vesícula de hiel, tales son litiasis etc., y la procedencia de un tifo. Concuere da con esto la circunstancia de que con particular frecuencia son mujeres las que padecen afecciones de la vejiga de hiel, las que aparecen ser portadoras crónicas del bacilo.

Pero no solamente de pasados tifosos se reclutan los portadores del bacilo, pues á estos pertenecen también aquellos que jamás han pasado una afección tifosa, siquiera en la más leve forma y que, sin embargo, llevan el germen con sig o por más ó menos tiempo y lo expulsan sin sentir la más ligera molestia. Parece que aquí se trata de una inmunidad local del trayecto intestinal, como Loeffler la ha producido experimentalmente en el musgáño con respecto al bacilo tifoso-murino, y Wassermann y Cintrón lo han demostrado para ciertos tejidos con respecto al bacilo tífico.

Otros casos de tifo son extraordinariamente peligrosos por las deyecciones intestinales, por que se deslizan bajo la forma de otras enfermedades intestinales, que requieren poca atención respecto á sus deyecciones.

Mühsam informa de tifos que clinicamente ofrecian los síntomas de una Apendicitis aguda. A. Baginsky hace notar que muchas afecciones intestinales de los niños que en su curso parecen

simples dispepsias febriles, en realidad son verdaderos tifos. Estos niños fácilmente se convierten en transmisores de la infección, ensuciándose con frecuencia con excremento y orina.

Y entonces, señores, cual no es la importancia que adquieren para la epidemiología aquellos casos que no se dan á conocer como una enfermedad intestinal, sino que ofrecen los más variados síndromes: una ligera indisposición, una influencia, una malaria, una afección pulmonar ó cardíaca, una sepsis etc., en que á veces es la sección la que aclara el asunto. Cuanta en su principio oscura infección no ha partido de un Tifo larvado.

Penetrado de todos estos hechos hemos de conceder mayor interés al enfermo tífico y con esto al peligro de la trasmisión directa y de la infección por contacto. Uno de los primeros que dirigió la atención á la infección por contacto, como el punto más importante de la epidemiología del tifo, lo ha sido Roberto Koch, estableciendo la siguiente sentencia: *Omnis typhuse typho*. Con la trasmisión directa del germen morbosos de persona á persona no se han agotado las causas generadoras del Tifo.

Anteriormente se le atribuía gran importancia á la tierra (Pettenkofer, teoría telúrica), pero sin razón. Como vehículo de la infección desempeña solo un papel secundario. Acerca de la resistencia vital del bacilo tífico en la tierra en realidad no se tiene aún conocimiento exacto. R. Koch admite que el bacilo puede conservarse en tierra húmeda, llevado con las excretas, tal vez un par de semanas ó meses y bajo condiciones favorables quizá todo un invierno.

En este punto es interesante una observación de Levy y Kayser. Las excretas de un enfermo tífico se vertían sin previa desinfección en una letrina revestida de cemento, en la que permanecieron 5 meses de invierno.

Entonces se condujo á un terreno margoso para abonarlo, donde permanecieron por 15 días á la temperatura de invierno. De esta tierra se pudieron cultivar lejitimos bacilos del tifo.

No es este bacilo muy sensible al cambio de temperatura, como lo comprueban los reconocimientos de Brehme: soporta un frío helado continuado por 140 días; sometido á una temperatura alterada de — 15 á 15° después de 32 horas aún conservaba su vitalidad.

En tierra muy seca no es susceptible de mantenerse por mucho tiempo, tampoco en una rica en gérmenes saprofíticos: estos pronto lo consumen. La tierra cargada de gérmenes tíficos puede facilitar la infección de distintos modos. Es trasportado á las habitaciones en el calzado y expone al peligro especialmente á los niños que juegan en el piso, ó se adhiere á las frutas y verduras que sirven al hombre de alimento; ó llega con el agua del subsuelo en las fuentes y pozos. A pesar de todo esto, no se le ha tenido muy en cuenta en aquellos lugares como portadores de la infección. En cambio, muy distinto lo que ocurre con el *Agua*.

Si bien el Tifo ha disminuido notablemente en las ciudades que disponen de un acueducto bien instalado, en cambio no encontramos en el campo igual retroceso de la calamidad. La provisión de agua aquí generalmente no corresponde en sus condiciones

higiénicas; con frecuencia procede de aguas corrientes ó estancadas y de fuentes deficientemente construidas, que con facilidad pueden ser contaminadas por las deyecciones de tíficos y el agua empleada en la limpieza de estos, su ropa etc. Ejemplos de esta clase son por demás conocidos en la práctica propia de los médicos en ejercicio, por lo que está demás entrar aquí en otras detalladas explicaciones.

Quizá sería oportuno con Doemitz, indicar, que nuestras vías acuáticas siempre siguen tomando parte en la propagación del tifo en proporción nada insignificante. Los marinos conservan su antigua costumbre de tomar el agua de consumo y de uso general del mismo río ó mar en que vierten sus excretas. Es muy natural, que en un continuo círculo vicioso, se contaminan de nuevo y conduzcan á los puntos de arribada los gérmenes tíficos, llevándolos á tierra.

No obstante pueden los gérmenes en estado virulento ser transportados á larga distancia por la corriente del agua. Esto se ha comprobado en el dominio de las fuentes del acueducto de París en el que los gérmenes eran arrastrados hasta 140 Km.

Relativo á la frecuencia de las epidemias por el agua, que de ordinario aparecen repentinamente con numerosos enfermos, debe consignarse que Schüder ha podido referir el 70.8% de entre 650 epidemias de tifo al agua contaminada.

En cuanto á la vitalidad del bacilo tífico en el agua, las opiniones aún son muy discordantes. En agua corriente parece que se mantienen solo un número de dias, en agua estancada cenagosa seguramente más tiempo, al menos se les ha podido observar hasta 4 semanas.

Igual al agua, la leche juega un papel importante en la propagación del tifo. Aquí debemos ante todo significar el hecho epidemiológico importante, que el bacilo del tifo experimenta en la leche, mientras no ha aparecido una notable acidificación, una multiplicación nada insignificante. Debe perseguirse la impureza de la leche, la que se verifica en primer lugar en el sitio de su producción, porque allí es donde experimenta mayor manipulación. Es probable que se verifique especialmente por medio de las personas que manipulan, ó ocasionada por el agua impura empleada en la limpieza de los envases y utensilios. Un peligro no poco apreciable para la salud pública las forman las llamadas Lecherías asociadas que obtienen la leche de muy diversos productores. Schlechtendal y Behla han señalado estos establecimientos por su importancia en la propagación del tifo. Las epidemias por la leche aparecen repentinamente como una explosión, de igual manera que las epidemias por el agua y se distinguen muy particularmente porque afectan con preferencia mujeres y niños, circunstancia que con frecuencia inclina la sospecha de la leche como transmisor de la infección. También en la crema láctea se han encontrado bacilos tíficos con vitalidad; que estos pueden por centrifugación de la leche también pasar á la nata lo ha demostrado Bassenge. De esta manera está dado lo posible de una infección por el consumo de la mantequilla en la que pueden permanecer vivos los bacilos del tifo por espacio de 27 dias (Bruck).

Mientras las epidemias por la leche en la estadística de Schüder componen el 17%, todas las demás sustancias alimenticias toman parte con el 3,5% son, pues, para la propagación del tifo de muy corta importancia. Como es consiguiente, cualquier sustancia alimenticia puede convertirse en vehículo de la infección si se toca con dedos cargados de gérmenes ó se lava con agua contaminada. En primer lugar son sospechosos frutas, legumbres y ensaladas, y Neufeld pretende encontrar en estos al principal trasmisor del tifo para aquellas grandes ciudades cuyo acueducto y alcantarillado son inmejorables. De que en estos casos tenemos que pensar en causas más remotas, lo enseña una observación de Sacquepé que pudo demostrar el bacilo en las ostras de Lorient bacteriológicamente.

Nuevamente nos ha traído Nash la siguiente interesante noticia: trabajadores que llegaron á Southand para emprender obras en el agua enfermaron de tifo después de haber comido ostras. Un operario que un domingo fué á su casa, llevó ostras á sus amigos, y al poco tiempo enfermaron de tifo 10 de estas personas. No puede dudarse por un momento de que en este caso han sido las ostras las trasmisoras de la infección.

Finalmente se señala también á los insertos como transmisores de la infección. Ficker ha encontrado que las moscas, 28 días después de habérselas alimentado con bacilos de tifo, los conservaban aún en plena vitalidad. G. Mayer consiguió, bacteriológicamente comprobado, que hormigas transmitieran entre ratones conservados en su laboratorio el bacilo tífico-murino de Loeffler y de aquí deduce que las enfermedades tifosas pueden propagarse por hormigas. El peligro de la propagación del tifo por insectos es seguramente más espuesto cuando la letrina y la cocina están muy próximas.

Con estas manifestaciones parece que hemos demostrado á grandes rasgos el origen y la propagación del Tifo.

Si hasta aquí solo se ha tratado del Tifo, enfermedad generada por el bacilo de Eberth-Gaffky, aún tenemos ahora que recordar brevemente una enfermedad infecciosa aguda, la que, según Kutscher hace notar con razón, ha sido señalada con el nombre no muy felizmente escogido de "*Paratyphus*" que recuerda á una variedad del tifo abdominal clásico, en tanto que se trata, sin embargo, de una enfermedad en rigor etiologicamente separada del tifo.

En Alemania el paratifo fué por primera vez en 1900 conocido por Schottmüller como una enfermedad infecciosa independiente. Lo genera el *Bacillus paratyphi*, emparentado del *B. typhi*, del que se distinguen dos grupos, tipo A y tipo B. El tipo A que en realidad se acerca tanto al bacilo del tifo, es tan raro, que no hemos de ocuparnos aquí de él. El tipo B es un bastoncillo, regularmente se agita más que el bacilo del tifo; pero por su forma no se les puede distinguir. Por el cultivo pueden distinguirse claramente ambas formas, especialmente por su modo de conducirse en suero tornasolado, en las soluciones verdes de Loeffler y en cultivos azucarados. El bacilo del tifo no fermenta la leche ni el azúcar de uvas, el del paratifo, en cambio, fermenta al último. Además de estas diferencias de cultivo, ambos organismos deben también riguro-

samente separarse por sus condiciones de inmunidad. El bacilo paratífico B es generalmente más resistente contra influencias perniciosas que el bacilo tífico; posee una patogeneidad saliente en animales y produce materias tóxicas muy activas, como también resistentes contra el calor.

Por lo demás el paratifo ofrece extensísimas analogías con el lejítimo tifo abdominal, especialmente en lo relativo á las causas generadoras. También aquí tenemos como fuentes de infección la tierra, aguas contaminadas, leche infectada, alimentos infectos (conservas, carne de animales sacrificados por accidente etc.). El hombre contaminado guarda los gérmenes en el intestino; circulan en la sangre, se les encuentra en los diversos órganos y humores del cuerpo, son expulsados junto con las diferentes secretas y excretas, todo exactamente como en el tifo. Tampoco falta entre los paratifos el portador crónico del bacilo.

En lo referente al curso clínico del Paratifo es de notarse que, apesar de la concordancia en el conjunto sintomático con el del tifo abdominal en muchos casos, también en la sintomatología general, puede, sin embargo, establecerse una separación del tifo lejítimo correspondiente á la diferencia etiológica. Al contrario del tifo, la enfermedad se inicia con frecuencia con un violento escalofrío, á veces con vómitos, frecuentemente con diarrea; la temperatura se eleva derecho á 40° y más. No es raro ver herpes labial. Contrastando con el tifo no la tenemos con una Contínua, sino, según la gravedad de la infección, con un período más ó menos sostenido de remisiones y exacerbaciones, hasta que por fin descendié liticamente la temperatura.

La evacuación es, según comunica Lentz, de ordinario blanda y de color normal, al contrario de la del tifo abdominal, que es de color de guisante. Roseola é infarto lienal existen; pero este último es en el tifo abdominal generalmente mayor y más blando.

Un segundo grupo de infecciones con el bacilo paratífico B, especialmente sus intoxicaciones producidas por carne y alimentos, recorren otra marcha clínica, esta es la del *Cholera nostras*, vómitos y diarreas, colapso agudo, contracciones espasmódicas etc., los que en su curso tempestuoso pueden revestir la forma de un verdadero Cólera. Esta forma ofrece en general un pronóstico nada bueno, en tanto que la del primer gran grupo es muy favorable comparado con el tifo. Estos casos rara vez son mortales, según Lentz, el 3,3%, del tifo el 9%.

En cuanto á las alteraciones anatómico-patológicas del paratifo, no puede darse un cuadro completo, dado el corto número de casos venidos á la sección. En general parece que los órganos linfáticos del intestino no son afectados de la manera que se observa en el tifo, pues en la mayor parte de casos héchase de menos la infiltración ó la formación de costras en los folículos solitarios y las placas de Payer ó alteraciones en los gánglios mesentéricos. Cuando aparecen ulceraciones intestinales, entonces no correspondían al sitio de las placas de Payer y revestían mayormente un carácter disentérico (Kutscher).

Después de haber así adquirido una idea general de los resultados de las modernas investigaciones sobre el tifo, probaremos

ahora demostrar brevemente su importancia para la práctica médica. Al médico práctico se extienden aquí nuevos puntos de vista. Encaminándonos en primer lugar al diagnóstico, el médico, en presencia de un cuadro sindrómico no bien definido, no es raro darse con el dilema de dos enfermedades: el tifo y el paratifo, resolviéndose por una ú otra que etiológicamente deben separarse, y que, ante todo, difieren considerablemente en el pronóstico. Si en estos casos, que siempre despiertan la sospecha de una afección tifosa, se ha colocado el médico, al menos en parte, en la lejítima senda, entonces las dificultades para reconocer la verdadera naturaleza de la enfermedad se vuelven insuperables cuando se trata de un tifo larvado que adopta la forma de una influenza, una malaria, una neumonía ó cardiopatía, una sepsis etc., como ya se ha visto antes, y precisamente son estos casos los que continúan propagando el germen de la enfermedad, porque no han sido diagnosticado como tifo. Aquí no hay otro recurso que el reconocimiento bacteriológico, y dada la perfección de los métodos actuales, envolvería una sensible falta de conciencia médica, si el práctico no se procurase claridad por este magnífico medio diagnóstico.

Ocurre ahora la pregunta, como cumplimos en la práctica este requisito con la mayor regularidad, y lo que mucho importa, sin pérdida de tiempo y sin necesidad de grandes aparatos. No es justo exigir que el médico práctico trabaje á la vez en bacteriología, lo que requiere estudio y sobre todo tiempo. Para el caso de la investigación debe ocurrir al instituto higiénico y á las oficinas de reconocimiento bacteriológico creadas por el gobierno.

Dado lo antedicho, como habríamos de proceder? Ya habíamos visto que hemos de reconocer en la enfermedad tifosa á una lejítima Bacteriemia, cuyo generador circula en la sangre; á la vez nos han enseñado las investigaciones de Kayser y de Conradi que, especialmente en la primera semana de la enfermedad, el cultivo de la sangre ofrece la mejor oportunidad para la demostración del germen. Desde el comienzo de la segunda semana en adelante adquiere el suero del enfermo la conocida propiedad de aglutinar al generador específico de la enfermedad (reacción de Gruber-Widal), un fenómeno que tan pronto desaparece rápidamente, como tan pronto puede observarse por más ó menos tiempo hasta entrada la convalecencia; pero rara vez por más de un año. Allá en la tercera semana se tienen las mejores probabilidades de probar el germen en excretas y urina, por lo cual no puede aconsejarse bastante al práctico de tomar pruebas de sangre para el reconocimiento bacteriológico, con preferencia al comienzo, en los casos sospechosos, larvados etc.

Como método más sencillo y cómodo de la toma de sangre me permitiría recomendar, según propia experiencia clínica, la venopunción en la articulación del codo por medio de la jeringuilla de Pravaz. El que una vez lo ha ensayado, lo preferirá para siempre. Procediendo bajo rigurosa asepsis, para lo cual se presta admirablemente la jeringuilla de Record con émbolo metálico y cánula de iridio-platina, el procedimiento es en absoluto inofensivo. El que lo temiera, que tome la sangre del lóbulo de la oreja ó yema del dedo cuidadosamente limpiado.

Se recomienda no enviar cantidades demasiado cortas, pues cuanto mayor sea, mejores resultados hemos de esperar del reconocimiento. Tomando muestras de sangre de los primeros días ó del primer septenario de la enfermedad, se aconseja verterla esterilizada inmediatamente en un tubito con bilis y enviarse en esta forma. La bilis posee la propiedad de evitar la coagulación de la sangre, de suspender el poder bactericida del suero y á la vez multiplicar los bacilos tifoideos en ella contenidos.

Muestras de sangre del segundo septenario en adelante se envían mejor en tubitos esterilizados sin agregarle nada; el suero que se separa sirve entonces para el ensayo de aglutinación, mientras que el coágulo, que solo contiene las bacterias de la sangre, se utiliza para la comprobación del correspondiente germen moriboso. Por lo demás, este procedimiento basta hasta cierto punto para el envío de muestras de sangre; pero en el primer septenario, en que aún no hay nada que separar de un ensayo de aglutinación, en que no se necesita del suero, aconsejo de todos modos el envío de toda la sangre disuelta en bilis.

Ficker, en su "Dianóstico del Tifo", ha dado recientemente al práctico un método relativamente sencillo é inofensivo para el ensayo del reactivo de Widal, empleando cultivos muertos, que se ha demostrado eficaz en numerosos reconocimientos; pero el procedimiento, tal como lo es en la actualidad, no puede representar una sustitución completa del método originario con cultivos vivos, pues hay suero de enfermos que no aglutinan en concentraciones fuertes, siendo, en cambio, eficaces en diluciones más altas que demuestran las llamadas "Zonas obstructivas", y para estas no sirve el actual procedimiento de Ficker. Además, para un diagnóstico exacto se requiere hacer el ensayo con el germen del Paratifo, especialmente del tifo B. El médico práctico tendría que vérselas, pues, con dos diagnósticos, y así el método originariamente sencillo se convierte en molesto y tardido. El fenómeno de la aglutinación debe juzgarse como un procedimiento tan complicado y nada esquemático, como lo es el ensayo de la albumina, que debe confiarse exclusivamente al experto. Solo así puede esperarse de él utilidad real para el diagnóstico.

Venimos ahora al reconocimiento de la excreta. El tiempo más oportuno para la comprobación bacteriológica del germen es la tercera semana; la probabilidad de encontrarse con el germen antes de este tiempo es poco favorable, pues por desgracia no estamos aún en posesión de un procedimiento de cultivo electivo perfecto para el bacilo del tifo, y sin tal, y dada su distribución desigual en la excreta, más la gran concurrencia de otras bacterias intestinales, especialmente el *bacterium coli*, que facilmente lo inunda, su comprobación no siempre es posible en todos los casos de tifo. Los nuevos terrenos de cultivo de Malaquita verde de Loeffler y el procedimiento de Lentz y Tietz para la vegetación, fundado en aquellos, han aportado progresos en los resultados, especialmente el germen del Paratifo puede representarse de manera admirable por medio de este método.

Según hemos visto, los gérmenes de la enfermedad son expelidos en masa por la urina y con frecuencia en cultivo puro; aquí

la demostración bacteriológica del germen ofrece pocas dificultades; pero la bacteriuria tífica no se manifiesta constante y regular; no es raro que se manifieste tarde y se continúe hasta mucho después de la convalecencia. Lo uno y lo otro, el reconocimiento de excreta y urina, están lejos de tener para el diagnóstico temprano de la enfermedad el valor del cultivo de la sangre, notable en la segunda semana por la reacción Gruber-Widal.

El envío de los materiales para el reconocimiento—20 g. próximamente—debe hacerse en envases que cierren bien, esterilizados, sin emplear desinfectante para la asepsis. Estos envases se dan gratis en oficinas especiales. Según disposiciones oficiales, á cada envío se acompaña un parte que exprese: 1º el nombre, 2º sexo, 3º edad, 4º residencia del enfermo, 5º la enfermedad que se sospecha, 6º día de haberse enfermado, 7º día de la muerte, 8º día y hora de haberse tomado el material, 9º nombre y residencia del médico que ha tomado la prueba é indicación precisa á donde se ha de comunicar el resultado del reconocimiento. Tanto en la toma del material como en el envasado y envío debe evitarse toda pérdida de tiempo, porque de lo contrario el tal resultado del reconocimiento vendría á ser discutible. El paquete debe ser seguro y sólido, rotulándose con la palabra "Cuidado".

Si el médico práctico debe esperar por este medio grandes ventajas para el diagnóstico de la infección tífica, también le coloca en la feliz situación de poder cumplir aquella noble misión mucho mejor que antes, de evitar eficazmente la propagación de la enfermedad.

La profilaxis del Tifo es ahora mucho más eficiente después de las modernas investigaciones de esta enfermedad.

Según hemos visto al principio, la infección tífica es una lejitima Bacteriemia; el generador circula con la sangre por todo el cuerpo, así es que podemos encontrarlo en cada órgano, en todos los humores, en todas las secreciones y excreciones (excretas, urina, pus, esputos etc).

¡Admirables perspectivas surjen aquí para la propagación de la enfermedad! Representándonos las diversas vías por las que el germen del tifo puede abandonar el cuerpo, hemos de persuadirnos más que nunca, de que el hombre enfermo de tifo constituye un peligro inminente, no solo para sus inmediatos vecinos, sino también para la comunidad. Nos lo demuestra claramente el caso arriba citado de Neufeld que expelia á diario con su urina próximamente un y medio millón de bacilos. ¡Y que descuidado se es con frecuencia precisamente con la urina de tales enfermos! No hay duda: el tífico es la primera y principal fuente de infección y por lo tanto se debe exigir que se obstruya el torrente de la infección aquí en su origen y con toda energía.

El médico práctico está llamado el primero á intervenir en este caso de manera eficiente y bien meditada. El tratamiento racional clínico del enfermo solo cumple una parte del problema; no menos importante es aquella de adoptar todas las medidas conducentes á destruir el germen de la enfermedad precisamente en su origen.

En primer lugar cumplir rigurosamente el deber legal que le

está ordenado de denunciar el enfermo, no solo en casos evidentes de tifo, sino también aquellos sospechosos de una infección tifosa, que se ocultan bajo la forma de otras enfermedades (angina, influenza, dispepsia especial de los niños etc.). Solamente llegando muchos casos á conocimiento de las autoridades es posible contener la corriente de infección de más en más, poniendo en práctica medidas enérgicas. Hasta ahora por desgracia solo una tercera parte proximamente de todos los casos de tifo han sido denunciados. Así ha sucedido que R. Koch pudo señalar en un distrito tifoso, en el que regia el precepto obligatorio de la denuncia y se habían denunciado solo 8 casos, practicando un detenido reconocimiento, nada menos que 72.

El cumplimiento de la denuncia obligatoria debe verse más seriamente, porque es indispensable para combatir eficazmente el tifo, pues nos señala la dirección en que hemos de perseguir al enemigo.

La medida más eficaz para contener la propagación del tifo es, al igual de todas las enfermedades infecciosas, el aislamiento del enfermo. Ha conseguido el médico cumplirla, entonces una gran parte del peligro de infección se ha removido. Conviene que el enfermo tenga un enfermero particular, y á este se reduce también en lo posible á la incomunicación con los familiares y con los de afuera. Este enfermero vestirá, mientras esté on servicio en la habitación del enfermo, una blusa que pueda lavarse; comer y beber en dicha habitación le debe estar prohibido y se le obligará á una escrupulosa desinfección de sus manos cada vez que abandone el sitio del servicio. Si existen en la familia del enfermo niños de escuela ó personas que frecuenten parecidos establecimientos, se les debe retirar de estos mientras el enfermo permanezca en la casa ó hasta que haya curado.

De no poderse observar rigurosamente el aislamiento del enfermo en la habitación, como no pocas veces sucede en hacinados cuarteles de alquiler, en establecimientos públicos, colegios de internos, fondas y posadas, ventorrillos y depósitos de comestibles y bebidas, entonces el médico está en el deber de reclamar la traslación del enfermo á un hospital adecuado, y en caso necesario de mandar el auxilio de las autoridades. La traslación debe verificarse en una ambulancia, evitándose el empleo de los vehículos destinados al servicio público (coches de alquiler).

El aislamiento del enfermo no debe suspenderse, si posible, sino, dado el caso de curación, que las excretas resulten libres de bacilos tíficos en reconocimientos practicos dos veces por semana. Pero el aislamiento por regla general no suele durar más de 10 semanas, contando desde el comienzo de la enfermedad.

De continuar expeliendo bacilos el enfermo que fué, entonces se le considera de "Portador de bacilos"; ha curado clinicamente, pero no bacteriologicamente. Muy meritorio sería para el médico si no perdiera de vista á tales Expulsadores crónicos de bacilos de tifo que haya tratado, pues estos son, según ya hemos visto, los más temibles propagadores de la enfermedad. Además de la continuada desinfección, sobre la que hemos de volver, habría de explicarle repetidas veces á esta gente la necesidad de nuevos

reconocimientos de sus excretas é imponiéndosele como un deber de conciencia hacia sus prójimos.

Recientemente ha recomendado Kayser acometer estos reconocimientos de excreta y urina, lo mejor dos ó tres semanas después de la apiréxia. En los casos de resultados negativos, debiera, pasados algunos meses, volverse á un tercer reconocimiento; más si alguno de estos tres reconocimientos diese un resultado positivo, enonces se deben continuar practicando en intervalos semanales hasta que, lo menos por tres semanas consecutivas, no hayan aparecido bacilos. Como la experiencia ha enseñado que, apesar de esto, suelen observarse portadores de bacilos del tifo en reconocimientos posteriores, porque la secreción de gérmenes (de la vesícula biliar) á veces es intermitente con períodos libres, Kayser ha aconsejado practicar un reconocimiento bacteriológico á los portadores de bacilos, más ó menos durante un año en intervalos de dos ó tres meses.

Los portadores de bacilos en el tifo tienen precisamente, como ya se ha expresado repetidamente con insistencia, una significación importantísima epidemiológica. El médico práctico tiene la mejor oportunidad de descubrirlos y prevenir muchas nuevas infecciones; él está bien enterado de las condiciones locales, hasta donde su clientela le conduce, y apenas habrá uno que no conozca por experiencia propia una "Casa de Tifo" ó un "Cortijo de Tifo" en los que no aparezcan nuevos enfermos, con preferencia al ocuparlos nuevos inquilinos, sin que hasta ha poco se hubiese podido explicar satisfactoriamente la causa.

La investigación moderna del tifo ha proyectado un rayo de luz en lo oscuro de estas circunstancias. No es raro encontrar portadores crónicos del bacilo que pasaron el tifo tiempo atrás y expelen el germen de la enfermedad de la vesícula biliar. Es sensible que estos casos sean refractarios del todo á un tratamiento racional, al menos, ninguno de los innumerables remedios que han sido ensayados se ha demostrado apropiado para hacer desaparecer por-siempre los bacilos tíficos de la excreta y desde luego de la vesícula biliar. En cuanto al tratamiento de la Bacteriuria tífica se ha demostrado eficaz. Tenemos en la *Urotropina* un desinfectante de la urina admirable, casi específico. De aquí que Goldschlich reclama en interés de la profilaxis que cada caso de tifo sin distinción alguna, desde 14 días después de la apirexia, sea tratado con urotropina, pero con mayor razón en el campo, en que el peligro de la propagación del bacilo por la urina es mucho mayor.

Tan importante como el aislamiento del enfermo lo es la severa observancia de la *desinfección*, y desde el principio la desinfección persistente en el lecho del enfermo. Desde luego entiende la necesidad de la limpieza diaria y ventilación de la habitación del enfermo, el aseo de este, de sus utensilios, etc. Con el mayor cuidado deben ser tratados las excreciones del enfermo (excreta, urina, esputos, pus, sangre). Estas deben recojerse en un envase ó inmediatamente se cubrirá con igual cantidad de un líquido desinfectante y no se botarán sino después de transcurrido 2 horas. Las manos y demás partes del cuerpo que han estado en contacto con las excreciones, deben ser sepilladas con solución de subli-

mado, de creosol ó ácido fénico y 5 minutos después lavadas con jabón y agua tibia. Al efecto habrá siempre dispuesto en la habitación del enfermo una escudilla con solución desinfectante. La ropa de vestir y de cama del enfermo se debe, seguidamente de quitada, poner dentro de un líquido desinfectante por 2 horas, para entonces proceder á lavarla.

Las disposiciones legales prescriben los siguientes agentes desinfectantes:

1.<sup>o</sup>—Solución de creosol. 50 cm. jabón de creosol ó medio litro de agua creolólica disuelto en un litro de agua.

2.<sup>o</sup>—Agua fenicada al 3%. 40 cm. ácido carbólico licuefacto disuelto en un litro agua.

3.<sup>o</sup>—Solución de sublimado al 1 por mil. Un comprimido de sublimado de un gramo disuelto en un litro de agua.

4.<sup>o</sup>—Lechada de cal. Cal viva recién apagada, un litro para 3 litros agua.

5.<sup>o</sup>—Lechada de cloruro de calcio. Para un litro cloruro de calcio 3 de agua. Al agregar el agua se mezcla bien. Ambas lechadas solo sirven siendo frescas.

Solución de formaldeído. 30 g. solución formaldeído comercial en un litro agua. Mézclase bien.

Aguas sucias y del baño deben desinfectarse con lechada de cal ó de cloruro de calcio. De esta se toma una cantidad que comunique á la mezcla fuerte olor á cloro; de aquella lo suficiente para que la mezcla tiña de azul el papel de tornasol rojo. La mezcla no se separa sino después de dos horas.

Poncheras, escupidores, uriniales, latones de baños pequeños y grandes etc., después de la desinfección de su contenido, deben ser perfectamente lavados con solución diluida de creosol, carbol ó sublimado y finalmente enjugadas en agua.

El servicio de mesa, como tazas y cucharitas, se hierven por 15 minutos en agua, al que se agrega, si se quiere, soda y se enjuga. Cuchillo tenedores y análogos que no soportan hervor, se colocan por una hora en solución de formaldeído al 1%, después se secan y frotan bien. Con igual solución se desinfectan toda clase de cepillos.

Objetos de cuero ó goma, pieles, terciopelo, cubremuebles, etc. deben frotarse con paños humedecidos con solución diluida de creosol, carbol ó sublimado.

Para la desinfección de letrinas, cubos y pozos negros entran en primer término la lechada de cal, después soluciones diluidas como las acabadas de enumerar. Todo objeto sin valor, como basura, debe quemarse.

Así hemos recorrido la desinfección persistente en todo su trayecto; naturalmente que en la práctica han de surgir en cada caso una serie de particularidades que no se han señalado aquí y quieren especial atención según las circunstancias; pero á grandes rasgos hemos dado á conocer la dirección que se ha de tomar para el cumplimiento eficaz de la desinfección. El médico práctico hará bien de inspeccionarla de vez en cuando y requerir á los que rodean al enfermo á su cumplimiento, porque la experiencia enseña que el público se cansa precisamente en la ejecución de la des-

infección persistente, si no se le recuerda de nuevo y en estos casos el trabajo á medias de nada sirve.

Los portadores de bacilos requieren también en este punto muy especial atención. Se les debe obligar en lo posible á que continúen desinfectando sus excretas y particularmente no verter la urina en sitios concurridos en los que la propagación del germen de la enfermedad puede temerse por médios de niños que juegan en el suelo. Para evitar precisamente el peligro á que se exponen los portadores de bacilos, sería de desear que á estos se les dieran desinfectantes gratis por las autoridades.

Ha sanado un enfermo ó ha muerto, entonces procede la llamada Desinfección final. Esta se extiende á la habitación, dedicando preferente atención á la ropa blanca de lavado y vestir y los utensilios del enfermo. En este caso se aconseja, donde se dispone de una instalación de desinfección al vapor, emplear la corriente de vapor para todos los objetos que á ello se presten. Esta se lleva á cabo por un personal oficial técnico probado ofreciendo las mejores garantías para la destrucción de los gérmenes morbosos.

Al igual que el diagnóstico, el tratamiento y la profilaxis de la infección tifosa relaman no pocos conocimientos técnicos y suficiencia médica y la investigación de las causas determinantes de esta enfermedad demandan no pocas veces gran penetración y perfecto conocimiento de las circunstancias epidemiológicas.

En todo caso el médico no se conformará con la comprobación de un tifo, pues además habrá de preguntarse: donde ha de encontrar el origen de la infección? Aquí surgen no rara vez grandes dificultades cuando se trata del primer caso. El origen de toda infección es, como ya lo hemos conocido, en primer término el hombre tífico. Por esto el médico debe atraer al círculo de sus investigaciones, como mas inmediato, algún caso anterior, pues es este el camino que en realidad conduce más prontamente al fin. No aparece la fuente de infección en la inmediata proximidad del enfermo,—debiendo para ello contar también con visitas extrañas, entradas de empleados y sirvientes—entonces se debe extender cada vez más el círculo de la investigación. En esto se ha de poner atención no solamente á un caso de enfermedad indubitable, sinó también á los sospechosos. En primer término debemos atender aquí á las infecciones gastro-intestinales, especialmente de los niños, en los que la infección no pocas veces se manifiesta por una inflamación de garganta ó pulmones. En los adultos suele recorrer bajo la forma de los más variados síndromas; pero también sin notables molestias, solo bajo una sensación de cansancio y estropeo se pasa el tifo. Entonces hay que pensar en los tan peligrosos "portadores del bacilo."

Para la investigación de tales casos se recomienda indagar en todas direcciones, por ejemplo, la lista de la falta de asistencia á la escuela, la de las sociedades de beneficencia, además en los hospitales y donde aquellas personas que constituyen el centro del movimiento general. Se debe averiguar por todas partes. Además se aconseja indagar el movimiento de tránsito (pasajeros negociantes, alojamiento etc.). Por este medio se puede llegar al conocimiento de algún caso que contribuya al esclarecimiento del proble-

ma. Mas no hemos de olvidar, que el generador de la enfermedad también puede transmitirse de manera directa, particularmente de afuera por medio de envíos de ropa usada, ropa blanca y otros análogos, también procediendo del campo por medio de frutas, verduras etc.; pero más que otra cosa, por medio de la leche. En cada caso debe ponerse especial cuidado, y muy particularmente en el campo, de reconocer las condiciones de la provisión de agua.

La transmisión directa del generador patógeno constituye un problema planteado en masas de enfermos y con mayor razón cuando estas adoptan una marcha progresiva y lenta. En este caso, al inquirir el camino que ha llevado la infección de caso en caso, es que se requiere el empleo de aquella gran penetración, aunque no sea menos dificultoso; pero no debe olvidarse que á veces cooperan el contacto directo y el intermediario, pues la enfermedad puede transmitirse por los eslabones de la cadena el tifo conducida por los alimentos, objetos de uso, insectos etc.

En epidemias intensas y explosivas de carácter, la sospecha recae inmediatamente sobre una causa originaria central. Aquí en primera línea es el agua la sospechosa, pues la experiencia nos enseña que también los modernos acueductos de las ciudades pueden transmitir el tifo, y entonces la zona de la enfermedad corresponde generalmente en un todo con la zona que provee el acueducto.

Las epidemias más pequeñas, en particular las del campo, hacen sospechosas en primer lugar las fuentes; luego hemos de dirigir la atención á los ríos, riachuelos etc. eventualmente contaminados. En estos casos debe extenderse la investigación á las lecherías y quoserías á las tiendas de comestibles y bebidas (verdura, frutass, cerveza, gaseosas etc.)

Pero si el médico práctico se halla repentinamente en presencia de afecciones de varias ó de múltiples personas acometidas de un síntoma de *Cholera nostras*, entonces debe pensar en una infección con el generador del grupo del *Bacillus enteritidis* Gaertner y buscar la causa en el consumo de carne, longaniza, conservas, alimentos amiláceos y sus similares. En tales casos el reconocimiento inmediato de las excretas y de todo material sospechoso aclara prontamente el asunto.

Reconocemos, pues, que las causas generadoras de la infección tifosa están contenidas en una suma de probabilidades de las que antes apenas se tenía idea alguna, y bajo ciertas circunstancias hemos de aproximar también las más remotas á la investigación, y por esta razón es de un valor inapreciable el conocimiento perfecto de todas las circunstancias que aquí suelen concurrir.

---

## Biografía del Dr. Dapena y Cáceres.

---

El médico puertorriqueño más antiguo, del que aun conservan recuerdos los contemporáneos de más avanzada edad, lo fué sin duda el Dr. Ramón Dapena y Cáceres, cuya biografía, hasta donde hemos podido obtener notas verídicas, suministradas por sus hijos

y nietos, nos complacemos en publicar en las columnas de nuestro órgano oficial.

Nació el Dr. Dapena al final del siglo XVIII, ejerció su noble profesión por más de medio siglo, en la Isla, en el siglo XIX, y ahora, en el siglo XX, es que se viene á dar á conocer los rasgos más salientes de su vida.

No podemos precisar la fecha exacta de su nacimiento; pero sabemos que éste tuvo lugar en San Juan de Puerto Rico el año 1798, y á juzgar por su título de Médico expedido en la Habana en 1824, en que se expresa tener 26 años, tenemos el dato del año en que naciera.

Fueron sus padres, según consta en la partida de defunción, Don Tomás Dapena y Doña María Cáceres.

Es de suponerse que recibiera la instrucción primaria en esta Capital, mas no podemos decir donde cursó la secundaria que le confirió el título de Bachiller, pues en la Isla aun no existían planteles de enseñanza secundaria que hubiese podido frecuentar nuestro biografiado. El que estas líneas traza fué íntimo amigo del Dr. Dapena, y en sus conversaciones con él recuerda haberle oído referir que pasó parte de su juventud en la Ciudad de Santo Domingo, donde por aquella época ya existían Centros de instrucción superior creados por el Gobierno, que aun se desconocían en Puerto Rico, y es muy probable que sus padres le hubiesen enviado á aquella Isla con el propósito de darle una carrera profesional. Los estudios de medicina los hizo en la Universidad de la Habana, que le confirió el grado. De este título poseemos una copia que más adelante reproduciremos.

Los vastos conocimientos que demostraba poseer el Dr. Dapena, cual muy pocos puertorriqueños en su época podían ostentar, sus modales corteses que revelaban una exquisita educación, y su carácter en ciertas circunstancias altivo y poco dispuesto á tolerar los desplantes del despotismo imperante en el elemento oficial español, daban pruebas de un origen distinguido. Poseía el latín á perfección y con frecuencia contestaba, en sus conversaciones con personas cultas, con una sentencia en esta extinguida lengua, no para hacer gala de sus conocimientos literarios, sino más bien por haber adquirido esta costumbre. No desdeñaba los consejos y las opiniones de otros comprofesores venidos á la Isla más tarde procedentes de Universidades tenidas en alta fama. Los largos años que ejerció la profesión en la Capital de la Isla, y la ilimitada confianza que depositaban en él las señoras en sus dolencias especiales y en la asistencia de sus niños de corta edad, son testimonio evidente de sus nada comunes conocimientos y gran práctica en estas especialidades.

No solamente era un médico de conciencia y valimiento, sino también un correcto caballero que estimaba la dignidad personal en toda la grandeza de su valer. Poseía sentimientos religiosos en alto grado y era fiel cumplidor de los preceptos que éstos le señalaban. Para su trato social escogía á los hombres que consideraba más capaces y más dignos.

No queremos dejar en silencio una interesante anécdota que pone de manifiesto el carácter altivo del Dr. Dapena. Solicitado por el Alcalde de la Ciudad para reconocer una res en el mata-

dero, se excusó expresando honradamente no poseer conocimientos de veterinaria necesarios para cumplimentar la orden del Alcalde. Este dirigió su queja al Gobernador Don Juan de la Pezuela, mandarán déspota, como la mayor parte de sus compañeros, pero hombre dotado de poco común instrucción. Llamado Dapena á presencia de Pezuela, se dirigió inmediatamente á Palacio, encontrando al Gobernador en la escalera que bajaba. Allí le expuso el objeto de su venida, y como le interrumpiese Pezuela con uno de sus usuales desplantes, respondióle Dapena en latín con toda energía. Se entabló un diálogo en esta lengua, que ambos poseían bien, y reconociendo el Gobernador su falta, le dió sus excusas, convertidos desde aquel momento ambos caballeros en buenos amigos.

Curioso es el documento del título conferido al Dr. Dapena por la Universidad de la Habana, único tal vez en su clase conocido en el país, por lo que vamos á reproducirlo íntegramente.

“Nos los D. D. D. Lorenzo Hernández médico consultor honorario y Protomédico Regente del Real Tribunal del Protomedicato de esta siempre fiel Ciudad de la Habana é Isla de Cuba, y Don Juan Perez Delgado que lo es segundo: Socios de la Sociedad Patriótica de esta dicha Ciudad: examinadores y visitadores de todos los Médicos, Cirujanos, Boticarios, Flebotomianos, Hernistas, Algebristas, Oculistas, Destiladores, Parteras, Leprosos, y de todo cuanto comprenda la Facultad Médica por S. M. y de sus Reales Extos. y Armada etc.—Por cuanto en nuestra Audiencia y Juzgado pareció presente el Bachiller Don Ramón Dapena natural de la Ciudad de Puerto Rico y residente en esta; su estatura cinco pies, cuatro pulgadas; color blanco rosado, pelo y cejas castaños; ojos pardos; nariz regular, boca proporcionada; cerrado de barba; con dos cicatrices en el brazo derecho, de edad de 26 años y de Religión Católica Apostólica Romana; y nos hizo relación haber practicado la facultad de Medicina con Maestro examinado el tiempo prevenido por Ley de que dió información bastante con documentos auténticos, con la correspondiente de su legitimidad y limpieza de sangre; buena vida, y costumbres arregladas; concluyendo en que le admitiésemos á examen, y por nos visto le admitimos á él y le examinamos en teoría y práctica en dos tardes sucesivas haciéndole varias y diferentes preguntas sobre el conocimiento del pulso, fiebre, urina, *nusione sanguines, & si genusio, inectodo medicini* y demás que se tuvo por conveniente en que se gastó más tiempo de dos horas á que respondió bien y cumplidamente y habiendo prestado el juramento acostumbrado de defender en cuanto le sea posible la Purísima Concepción de Nuestra Señora la Virgen María; usar bien y fielmente su facultad; hacer limosnas á los pobres en el llevar de su trabajo, guardando así las Leyes Reales Pracmáticas de Nuestro Soberano, como los preceptos lícitos honestos de este Real Protomedicato, adjurando todo Regicidio y tiranicidio, le aprobamos y manda-

mos despachar este título y licencia para que en todas las Ciudades, Villas, y lugares de los Receptos y Señoríos de S. M. Católica, pueda ejercer y ejerza dicha facultad de Medicina, curando todo género de enfermedades correspondientes á ello; visitando á enfermos, enseñando discípulos, y practicando cuanto los Médicos aprobados puedan y deben ejecutar guardándoseles todas las gracias, mercedes, privilegios, exenciones, inmunidades y prerrogativas que le son debidas como á tal médico; sin que se le falte en cosa alguna. En cuya virtud mandamos librar el presente firmado de nuestra mano, y refrendado de nuestro infrascrito Secretario; con prevención que ha de satisfacer el Real derecho de medicacinato sin cuyo requisito quedará sin efecto este título. Dado en la Habana á 20 de Febrero de 1824 años. Dr. Lorenzo Hernandez.—Dr. Juan Perez Delgado.—Por mandato de su Señoría Cayetano Pontón.—Habana 24 de Febrero de 1824.”

En el libro de Actas de la Municipalidad de San Juan, No. 24, folio 84, está consignada la siguiente nota:

En cabildo ordinario celebrado el día 16 de Octubre de 1826, fué nombrado el Ldo. Don Ramón Dapena para desempeñar la plaza de Médico titular del barrio de San Francisco.”

Existían entonces dos plazas de Médicos titulares, en San Juan, dividida la Ciudad en dos distritos: Catedral y San Francisco, Desempeñó aquel cargo hasta su jubilación, salvo un pequeño intervalo. Con motivo de una epidemia que azotaba al pueblo de Guayama por el año de 1837, el Gobierno dispuso su traslación allí, volviendo á ocupar la titular de San Juan tan pronto como cesó la epidemia y se le permitió regresar. Largos años vivió en San Juan en la calle de la Luna, casa No. 70, que era de su propiedad.

Sirvió el cargo de Secretario de la Subdelegación de Medicina y Cirujía en época que no recordamos, siendo Presidente de ella el Dr. Martorell.

Abrumado por el peso de los años y no permitiéndole la decadencia de fuerzas físicas continuar en el desempeño de la titular, solicitó su jubilación que le fué concedida con la dotación de 600 pesos anuales, que percibió hasta su muerte, acaecida el 6 de Febrero de 1888, á las once de la noche, á la edad avanzada de noventa años, en una casa de Puerta de Tierra que habitaba en unión de su yerno Don Nicolás Carreras y familia.

# Porto Rico Anemia Commission.

OFFICE OF THE CHAIRMAN.

SAN JUAN, P.-R.

MOVIMIENTO de enfermos habido en las Estaciones de la Comisión de Anemia de Puerto Rico durante el mes de Septiembre de 1907.

ESTACIONES		SERVICIO DE DISPENSARIO				SERVICIO DE HOSPITAL			
		Admitidos.	En tratamiento.	Curados.	Fallecidos.	Admitidos.	Altas en curación.	Curados.	Fallecidos.
Adjuntas	4 semanas	316	3,708	334					
Aguada	4 "	61	222	10					
Aguadilla	4 "	418	3,742	54	2				
Aibonito	4 "	181	1,600	109					
Arecibo	4 "	230	1,940	15		8	4	1	
Barranquitas	4 "	429	979						
Barros	4 "	177	1,380	86	1				
Bayamón	4 "	33	90	45		7			
Cabo Rojo	4 "	52	246	32					
Cayey	4 "	206	1,094	104					
Ciales	4 "	343	2,013	19					
Coamo	4 "	141	1,280	65		3	6	1	1
Comerio	4 "	175	1,032	12					
Corozal	4 "	659	3,972	422					
Fajardo	4 "	255	1,240	21	3	1			
Guayama	4 "	85	129	6	1				
Humacao	4 "	202	2,504	175					
Isabela	4 "	180	1,557	157					
Juncos	4 "	305	1,841	210	1				
Lares	4 "	199	1,211	134					
Las Marías	4 "	272	1,362	144	1				
Manatí	4 "	110	1,548	145	1	1			
Mayagüez	4 "	78	523	26					
Maunabo	4 "	93	737	34					
Patillas	2 "	247	205						
Ponce	4 "	181	901	123		2	1	2	
Quebradillas	4 "	149	455	73					
Río Piedras	4 "	262	1,000	87					
San Germán	4 "	402	2,920	315	1				
San Sebastián	4 "	407	2,853	90					
Vega Baja	4 "	156	1,674	100	1				
Vicques	4 "	41	339	17					
Yauco	4 "	185	232	125					
Total.....		7,230	45,662	3,289	12	22	11	4	1

## SECCION INFORMATIVA.

CONVOCATORIA. Accediendo á los deseos de los compañeros de Mayagüez, la Junta de Gobierno ha acordado que la próxima Sesión Científica se celebre en aquella ciudad el día 12 de Enero próximo á las dos de la tarde en el local que oportunamente señalará el señor Delegado de la Asociación Dr. Eliseo Font y Guillot, encargado de la organización de esa Asamblea y á quien deben dirigirse los señores que deseen obtener informes. La Junta de Gobierno se complace en invitar á todos los compañeros, sean socios ó nó, exitándoles para que lleven á ese concurso trabajos originales interesantes, como los que dieron esplendor á la Sesión celebrada también en Mayagüez el 8 de Julio 1906. Los compañeros están autorizados para llevar á la sesión en calidad de visitantes á sus amigos intelectuales que demuestran interes por el progreso intelectual de nuestra querida patria.

\* \* \*

Se ha publicado el informe anual de la Comisión de Anemia que produce sus trabajos durante el pasado año fiscal. De que esta obra encierra nuevas y valiosas enseñanzas de experiencias y conocimientos acumulados en año de labor concienzuda y consejos muy acertados para el porvenir, está en la conciencia de todo el que siquiera haya fojeado el libro. No solo recomendamos su lectura á los compañeros, sino que también juzgamos sería de inmensa utilidad facilitarla á todos los hombres pensadores del país, como medio eficaz de propaganda salvadora contra una calamidad pública fácil de vencer si las clases directoras del país, siquiera una pequeña parte, coadyuvaran traduciendo en la práctica los sabios consejos de la meritísima Comisión de Anemia.

# VINO Y JARABE DE DUSART

CON LACTO-FOSFATO DE CAL

Las investigaciones del Dr. DUSART, sobre el fosfato de cal han venido á demostrar que lejos de ser inactiva esta sal, como se suponía, está por el contrario, dotada de propiedades fisiológicas y terapéuticas muy notables. Fisiológicamente, se combina con las materias azoadas de los alimentos y los fija transformándolos en tejidos; de aquí resultan el desarrollo del apetito y el aumento del peso del cuerpo. Terapéuticamente, dichas propiedades hacen de él un reconstituyente de primera clase.

El Jarabe en la medicación de los niños, el vino en la de los adultos, en las afecciones del estómago y como análepico, son generalmente admitidos.

INDICACIONES: *Uremia, rapalismo, debilidad, afecciones de los huesos, llagas y fracturas, debilitamiento general, tisis, dispepsia, anorexia.* Dosis: 2 á 6 cucharadas por día.

Depósito en París, 8, rue Uloienne, y en las principales Farmacias.

---

## Vino de Peptona de Chapoteaut

La **Peptona Chapoteaut** representa 10 veces su peso de carne digerida y solubilizada con la PEPSINA. Tomada en caldo ó leche permite nutrir á los enfermos más graves sin otra alimentación.

Asociada á un vino generoso, constituye el **Vino de Peptona de Chapoteaut**, de gusto agradable, que se receta en las comidas, en dosis de 1 á 2 copas de Burdeos, á los Anémicos, Convalescentes, Cínicos, Anclados y á las personas debilitadas, á que no pueden aportar los alimentos.

La **Peptona Chapoteaut** se emplea desde hace siete años, á causa de su pureza, en el Instituto Pasteur y los Laboratorios de Fisiología de Berlín, Viena y San Petersburgo para la cultura de los organismos microscópicos.

DEPÓSITO

8, RUE VIEILLE NE, PARIS, y en las principales

FARMACIAS.

# EL GENESIS DE LA SANGRE

LA formación de un rico nutriente **dentro** circulante. La sangre que contiene una abundancia de glóbulos rojos de la necesaria integridad estructural psico-química. Para "formar" una sangre semejante es un problema terapéutico tanto que corresponde al médico resolver. El

## Pepto-Mangan ("Gude")

es un agente de formación de sangre **dentro**; induce la generación de hemoglobina, el constituyente que codifica el oxígeno de la sangre, en un legítimo hemoglobino-sintético. Entre los glóbulos rojos con hierro orgánico y Manganésico los cuales son prontos y completamente absorbidos en las causas de

Anemia de cualquiera causa, Distrofia, Amenorrea,  
Dismenorrea, Orea, Enfermedad de Bright, etc.

Para tener la seguridad de que las tabletas se pegan debidamente, prescribáse el Pepto-Mangan de "Gude" en botellas originales de 5 cts.

*Nunca se vende al granel.*

M. J. BREITENBACH COMPANY,

59 WARREN ST., NUEVA YORK, E. O. A.

De venta en las Droguerías y Farmacias.





41032

B. J. L. Sundry.  
JUL 2 1--



COUNTWAY LIBRARY



3 2044 114 996 341