



GACETA MEDICA DE COSTA RICA

AMERICA CENTRAL

REVISTA CIENTIFICA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUJIA, HIGIENE Y PUERICULTURA

ORGANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA REPUBLICA

DIRECTOR Y ADMINISTRADOR: DR. TEODORO PICADO

Dirigir la correspondencia
al Director y Administrador
San José, Costa Rica



La Gaceta Médica se publica cada mes.
No se admiten suscripciones por menos
de seis meses, pago adelantado.

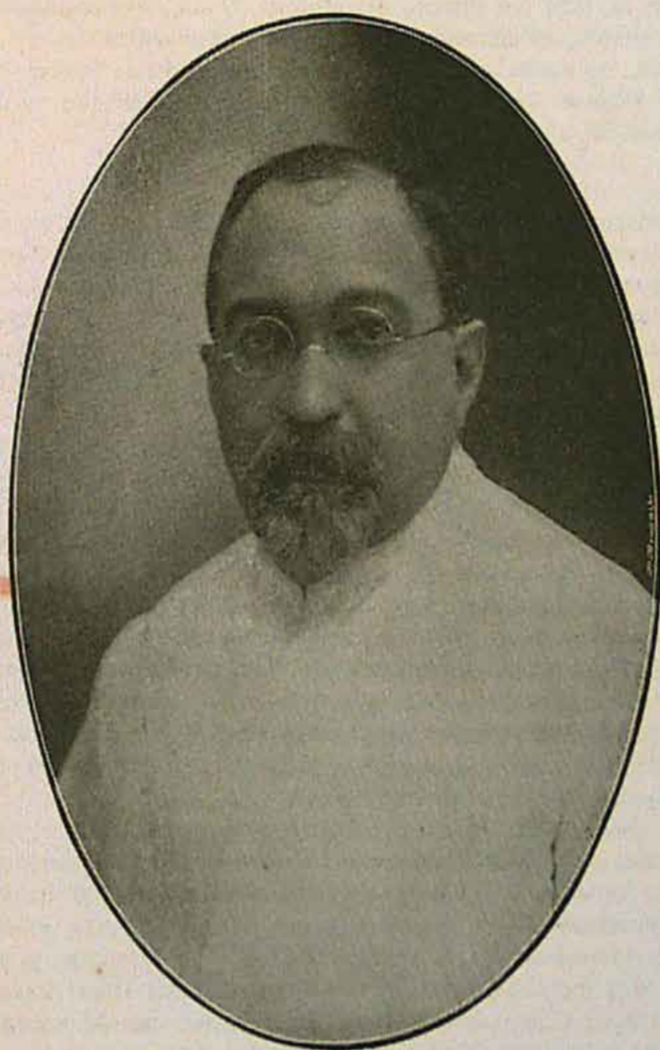
Precio de suscripción por un año ₡ 6-00

Precio de suscripción por seis meses ₡ 3-00



Precio de un número suelto ₡ 0-50

Precio de avisos Convencional.



Dr. EMILIO ECHEVERRÍA

Presidente de la Facultad de Medicina de Costa Rica para el año 1915

El nuevo Presidente de la Facultad de Medicina

El Doctor don Emilio Echeverría fué favorecido por el voto de sus compañeros, para ejercer en el presente año el delicado cargo de Presidente de la Facultad de Medicina.

En pleno vigor, el Doctor Echeverría, nacido en 1862, ha acumulado en el curso de sus estudios y del ejercicio de su profesión, la experiencia necesaria, para poder abordar los diferentes y delicados problemas que referentes a Salubridad Pública, Medicina Legal, etc., se presentan a la consideración de la Facultad de Medicina.

Coronó sus estudios de Medicina en el Physicians and Surgeons Columbia College, hoy Universidad de Columbia (Nueva York) en 1889, y de regreso a su patria en 1890, fué incorporado al entonces Protomedicato de la República de Costa Rica. Habiéndole inspirado particular interés el estudio de las enfermedades de la piel, estudio cuyas minuciosas investigaciones científicas exigen un vasto campo seleccionado, se trasladó a la ciudad de Hamburgo, donde en 1894 fué Interno del profesor Unna, cuya reputación mundial en estas afecciones, es conocida de todos los profesionales.

En 1895, de vuelta a Costa Rica, fué encargado de fundar el Instituto Nacional de Higiene, del que fué Director hasta 1902, en que un decreto del Ejecutivo puso fin a este importante centro científico.

* *

Sus conocimientos adquiridos durante los años de práctica en esta región tropical y el deseo de ampliarlos en el vasto campo de la Patología Tropical, que señala en estas regiones cada día nuevos y desconocidos horizontes al investigador, le indujeron a ingresar en 1904 en la *Tropical School of Medicine* de Londres, donde se dedicó a esta clase de estudios, pasando a su vuelta por la Habana, importantísimo centro donde se dan cita los casos más variados de nuestras enfermedades tropicales.

Por una rara coincidencia, los conocimientos en enfermedades e higiene tropicales, adquiridos por nuestro distinguido compañero en su viaje de estudios, tuvieron su aplicación inmediata cuando en 1906, en asocio de nuestro malogrado colega el doctor Benjamín de Céspedes (de la Habana), combatió una epidemia de fiebre amarilla en Limón, con tanto acierto, gracias a sus esfuerzos e indicaciones científicas, que se logró desterrar hasta hoy de nuestro hermoso puerto, el terrible flagelo. Este solo triunfo a no dudarlo, reviste uno de los hechos más importantes de la vida profesional del Doctor Echeverría. El haber alejado por completo el fantasma de la terrible enfermedad, ha influido de manera poderosa en el desarrollo de nuestro litoral del Atlántico, rica y lujuriosa región que tarde o temprano constituirá uno de los emporios de riqueza más codiciados de nuestro país.

No se concretó el Doctor Echeverría sólo a conseguir el saneamiento del puerto, obra de suyo indispensable, sino que llevó a cabo importantes gestiones con la Junta de Sanidad de la Luisiana. Su manera de proceder franca y honrada, durante la citada epidemia, reconocida por aquella Junta, abrieron de nuevo las puertas de Nueva Orleans al tráfico de pasajeros de Limón.

Hasta 1912 fué el Doctor Echeverría, Director del Departamento Médico de la United Fruit Company en Costa Rica, puesto que desempeñó a satisfacción de sus superiores, dejando gratos recuerdos en los que por uno u otro motivo tuvieron que relacionarse con el caballero y amigo a quien consagramos estas líneas.

Por el hecho de haber vivido largos años en la zona atlántica de Limón, ha adquirido el Doctor Echeverría un precioso caudal de conocimientos referentes a las enfermedades comunes en aquella región, especialmente en lo relativo a las variadas formas del paludismo, cuyo capítulo, el día que se escriba en este país, tendrá que contarle como uno de sus más necesarios colaboradores.

Tal es el bagaje científico de nuestro actual Presidente, bagaje rico en experiencia, que le autoriza a ocupar el digno puesto que le fué señalado por la gran mayoría de sus colegas.

TEODORO PICADO

Tratamiento de las colitis disintéricas

Por el Doctor Alberto Mathieu, Médico de los Hospitales de París

No hay una disenteria sino disenterias, *colitis disintéricas* de naturaleza diversa. Al lado de la disenteria epidémica de los países cálidos, que es lo más general de origen amebico, existe una serie de disenterias *no amebicas*. Las principales y las mejor determinadas de entre ellas son atribuidas a la acción patológica de una familia de bacilos cuyas ramas son muy vecinas, por lo que llevan el nombre de *disenterias bacilares*. Fuera de estos dos grandes grupos, existen todavía colitis disintéricas de causas variadas, las unas conocidas, las otras desconocidas. Contra las disenterias amebicas y las disenterias bacilares, poseemos tratamientos especificos, de los que vamos rápidamente a recordar las reglas.

DISENTERIA AMEBICA.—Las repetidas publicaciones del profesor A. Chauffard y de sus alumnos, han demostrado, de una manera neta, la eficacia de las inyecciones del clorhidrato de emetina, inauguradas por L. Rogers en las Indias. Esas inyecciones hipodérmicas se hacen, en general, a la dosis de 4 centigramos durante varios días. Las dosis pueden elevarse, caso necesario, a 6 centigramos el segundo o tercer día. A menudo, 4 o 5 centigramos bastan y es lo más frecuente que sean soportadas sin ningún inconveniente. Sin embargo hemos visto en una mujer, sobrevenir después de una inyección de 4 centigramos, síntomas inquietantes de intoxicación: palidez, estado lipotímico, vértigos, malestar general extremo. Lo más frecuente, sobre todo en los casos recientes, es ver rápidamente atenuarse las manifestaciones dolorosas y las heces perder su carácter disintérico, llegando a ser normales al cabo de algunos días.

Las recidivas son por desgracia frecuentes; y de ahí el consejo del Profesor Chauffard, de hacer de nuevo una serie de algunas inyecciones de emetina después de tres o cuatro semanas.

DISENTERIA BACILAR.—Varios autores han llegado a preparar un suero inmunizante, de caballo. En Francia, se sirven del suero preparado en el Instituto Pasteur, según el método de MM. Vaillard y Dopter.

En los casos de disenteria de media intensidad (15 a 30 deposiciones por día), se inyectan 20 ctm. cúbicos bajo la piel en la faz interna de la perna. Esta inyección es necesario renovarla a veces, el día siguiente o dos después. En las formas más graves, 60 a 100 deposiciones por día, conviene inyectar 40 a 60 cm. cúb. el primer día y dosis decrecientes los siguientes.

En las formas muy graves hay que llegar a 80 y 100 ctm. cúb. en dos dosis con intervalos, el primer día, y dar dosis más débiles decrecientes, los días siguientes.

El ensayo del suero será justificado en los enfermos que presentan signos de disentería, cuando no han vivido en las colonias, ni estado en relación con coloniales.

En la práctica corriente, se tendrá más rara vez la posibilidad de establecer más completamente el diagnóstico por el examen microbiológico o el sero-diagnóstico.

Se podrá siempre sin ningún inconveniente serio, hacer de manera empírica el ensayo del suero.

En este caso, como con la emetina, como con el nitrato de plata, y el Kho-Sam, la acción bienhechora del suero es notable, sobre todo, cuando el tratamiento se ha hecho con precocidad, desde la aparición de los primeros síntomas de disentería: cólicos, evacuaciones repetidas, tenesmo, deposiciones mucosas más o menos sanguinolentas.

TRATAMIENTO NO ESPECÍFICO DEL SINDROMA SANGUINOLENTO.—Fuera de esos dos tratamientos específicos, aplicados a la disentería variedad amibiana y variedad bacilar, se pueden emplear las medicaciones adjuvantes aun en los casos de disentería específica. Pueden bastar para contener al principio, las formas de intensidad media. He aquí lo de que nos servimos lo más corrientemente.

LAVADOS AL NITRATO DE PLATA.—Desde que las evacuaciones son muco-sanguinolentas con tenesmo, se hacen varios de los lavados siguientes, precedidos de uno evacuador de agua hervida tibia:

Nitrato de plata. 0 grm. 25 a 0 grms. 30

Agua destilada 1 litro.

(Entibiar al baño-maría.)

La inyección rectal se hará conforme a las reglas ordinarias, lentamente, con un *bock* a presión débil, el enfermo acostado de espaldas, con una cánula en caucho rojo, que se introduce 10 centímetros. Dese el primer día un lavado de nitrato de plata mañana y tarde, uno la mañana del segundo y del tercer día (si es necesario un lavado mañana y tarde del segundo día), enseguida se alargarán, suspenderán o se harán de nuevo, según parezca conveniente.

KHO-SAM.—El Kho-Sam o Khossam, ensayado contra la disentería con éxito por el Dr. Mougeot, de Saigon, es un excelente medicamento del síndrome disentérico, cualquiera que sea su naturaleza. Si tiene probablemente una acción específica contra la disentería amébrica, puede decirse que es un medicamento síndrome disentérico de una manera general, en las colitis agudas o sub-agudas de diferentes órdenes, o también contra las recaídas paroxísticas de colitis disentéricas crónicas.

Si se emplean los granos de Kho-Sam al natural, como lo hacen los Annamitas, se darán 8 a 12 quebrados, en la mañana, en ayunas. Se utiliza también el Kho-Sam, en la forma de comprimidos de Collin, una de las más usadas.

Actualmente, úsanse los comprimidos de dos a dos en el corriente del día y dosis de ocho a doce comprimidos pueden usarse sin inconveniente, según los ensayos del señor Médico Inspector Lemoine.

En un gran número de casos se ve primero disminuir la sangre, para

después desaparecer en las deposiciones, que se hacen menos numerosas, menos urgentes, menos dolorosas. En los casos felices al cabo de algunos días las heces se vuelven normales, o a lo sumo apenas se observa la constipación pura: es el momento de hacer intervenir el sulfato de soda, de que enseguida hablamos. Lo más frecuente es emplear con el Kho-Sam el nitrato de plata, aunque aislados esos dos medicamentos dan muy a menudo resultados no sólo satisfactorios sino también brillantes. ¿Por qué hay a veces fracasos, resultados incompletos o recidivas? Nadie, a la hora actual, ha podido averiguarlo.

SULFATO DE SODA.—Ha sido empleado desde hace largo tiempo contra la disentería, seguramente en virtud de su acción laxante y modificadora.

Muchos disentéricos son estílicos sin embargo y las apariencias. A pesar de las heces muco-sanguinolentas numerosas, no hay más que una pequeña cantidad de evacuaciones realmente fecales, muy a menudo bajo la forma redonda y dura. De ahí la utilidad del sulfato de soda, dado a dosis laxantes (5 grms. a 10 grms. en la mañana, en agua tibia.)

En los casos en que hay diarrea real, si se administra a dosis débiles, no laxantes, tiende a disminuir la diarrea y se puede ventajosamente asociar su acción a la de una pequeña cantidad de opio (0,02 a 0,03) o de laudanum (XV a XX gotas en tres veces distanciadas).

Cuando los fenómenos disentéricos han desaparecido, queda muy a menudo la colitis crónica, sea con constipación, sea con tendencia diarreica (colitis mucosas con tres o cuatro deposiciones blandas y brillantes, por día). En esos casos, pequeñas cantidades de sulfato de soda o de aguas sulfatadas sódicas, pueden ser muy útiles.

Sucede también que la disentería pasa al estado crónico o que le sucede una colitis permanente rebelde no sanguinolenta. El tratamiento de esos estados crónicos pide un tratamiento que no podemos exponer aquí por falta de espacio.

* * *

ALIMENTACIÓN.—Inútil detenernos a propósito de la ventaja del reposo y de las aplicaciones calientes y permanentes sobre el abdomen. Por el contrario, urge exponer netamente la cuestión de la alimentación en el tratamiento de la colitis disintérica. En las formas agudas urge aplicar del adulto las prácticas observadas en el mismo caso con respecto al niño. Lo mejor es, en los casos un poco severos, someter al enfermo desde el principio a la dieta hídrica.

Se puede también emplear el agua azucarada, o la limonada láctica azucarada a 5 por 1,000, y hacer tomar un medio litro al principio y más tarde un litro. El azúcar tiene sin inconveniente la ventaja de alimentar al enfermo, y se pueden dar 50, después 100, 150 grms. por día. Después de la dieta hídrica azucarada vendrán los caldos de legumbres, que se irán haciendo más y más espesos progresivamente, sea moliendo las legumbres secas, sea agregándoles harinas de diferentes órdenes. A esos potajes, progresivamente espesos, se les podrá agregar, sin inconvenientes, cierta cantidad de leche: $\frac{1}{3}$ y más tarde $\frac{1}{2}$ litro. Se usan enseguida, las pastas, purées muy cocidas, comenzando por la de patatas. Más tarde se permitirá un poco de jamón o de pollo asado, y se vendrá así por etapas vigiladas, a un régimen vegetariano mitigado por la adición de cierta cantidad de leche, $\frac{1}{2}$ a $\frac{2}{3}$ de litro), de 100 grms. de jamón o de agua.

Nos hemos contentado con exponer las grandes líneas de esta progresión en pocas palabras.—(*La Presse Médicale.*)—T. P.

A un leproso internado en el Asilo de las Mercedes durante seis años, se le pone en libertad

Señor Director de LA GACETA MÉDICA,

Pte.

En el número correspondiente al jueves 7 de los corrientes de *La Prensa Libre*, se hace la relación sensacional de cómo el joven don Rodolfo Rohrmoser, después de haber estado recluido, como leproso, en el Asilo de las Mercedes durante más de seis años, acaba de salir de ese establecimiento, por considerar, tanto el nuevo Director Dr. don José María Barrionuevo, como don Clodomiro Picado, Jefe del Laboratorio Bacteriológico del Hospital de San Juan de Dios, que los médicos que examinamos a dicho joven cometimos un lamentable error al declararlo enfermo de lepra, puesto que se dice no estarlo.

Como ex-Director del Asilo de las Mercedes, sobre mí recae el gravísimo cargo y me veo en el caso muy penoso, pero imprescindible, de dar una aclaración al público.

Entiendo que la salida del joven Rohrmoser, del expresado Asilo, se basa, especialmente, en trabajos de laboratorio hechos por don Clodomiro Picado y don Carlos Viquez, jóvenes que se dedican a los estudios de Bacteriología en el Hospital de San Juan de Dios, y cuya competencia no discuto. Estos señores han buscado en el joven Rohrmoser el bacilo de Hansen (que produce la lepra) y no lo han encontrado: igualmente han practicado otros experimentos «de laboratorio», que también han dado resultados negativos; y de ahí su conclusión de que el referido Rohrmoser no es leproso. Pero esta conclusión, en el terreno científico, es falsa. Conviene saber que los trabajos de laboratorio son de gran auxilio para el médico solamente cuando dan resultados positivos, pero carecen de todo valor si dan resultados negativos. El médico debe atenerse, ante todo, a la clínica, esto es, al estudio, de los síntomas visibles, palpables y positivos que presenta el paciente a su observación.

«En la ciencia médica los HECHOS NEGATIVOS, sea cual fuere su número y valor, NO PUEDEN PREVALECER CONTRA LOS HECHOS POSITIVOS.» (Profesor Besnier. Congreso de leprologistas de Berlín, 1904). Este axioma tan claro y preciso tiene aplicación en el caso presente. Los señores Picado y Viquez dicen que no han encontrado el bacilo de Hansen en el joven Rohrmoser, y que también han sido negativos otros ensayos biológicos suyos; pero esto no los autoriza en manera alguna para asegurar que el caso no es lepra. Pasa con esta enfermedad lo que con otras microbianas. El bacteriólogo puede encontrar el bacilo correspondiente y entonces el diagnóstico es firme; o bien puede no encontrarlo y entonces ha terminado su misión; pues en este caso no tiene autoridad para afirmar que la enfermedad cuyo bacilo ha buscado no existe. Eso corresponde al médico, al clínico, quien falla en definitiva.

Con relativa frecuencia observamos los médicos que en individuos atacados de tuberculosis pulmonar no se encuentra el bacilo de Kock, que es el productor de la enfermedad, y sin embargo, ese resultado negativo de los trabajos del laboratorio no nos hace cruzarnos de brazos, si los síntomas clínicos nos demuestran la existencia de la tuberculosis. Así ha ocurrido repetidas veces en el Hospital de San Juan de Dios con pacientes evidentemente tuberculosos y en cuyos esputos, examinados por los mismos señores Picado y Viquez, no ha sido encontrado el bacilo de Kock.

No es, pues, el resultado negativo de un examen bacteriológico el que decide el diagnóstico de una enfermedad microbiana.

Por otra parte, y en relación con el caso presente, cabe observar que las conclusiones negativas a que han llegado los señores Picado y Viquez,—que son bacteriólogos y no médicos,—no están en contradicción con lo que hoy dice la ciencia acerca de la lepra. Todos los médicos sabemos que hay dos formas de esa enfermedad: la lepra tuberculosa y la lepra anestésica. La primera es la que está en actividad y en ella se encuentra casi siempre el bacilo de Hansen y resulta positiva la reacción de Wassermann. En la segunda,—que es la forma de que está atacado el joven Rohrmoser,—no se encuentra casi nunca el bacilo y la reacción de Wassermann es negativa. De manera que, a priori, habría podido cualquier médico afirmar en este caso, que el resultado de los experimentos de laboratorio serían negativos.

Los hechos positivos,—que son los que ante la ciencia tienen valor,—son los siguientes:

PRIMERO.—Cuando el joven Rohrmoser me consultó por primera vez, hace más de seis años, hice en él un examen clínico minucioso, y presentaba todos los síntomas clásicos de la lepra anestésica, y en aquel entonces, al verificar el examen microscópico de la mucosidad nasal, ENCONTRÉ EL BACILO DE HANSEN. Después, ciertamente que no lo he vuelto a encontrar, lo cual, repito, no es de extrañarse, dada la forma de lepra de que padece el joven Rohrmoser, y con tanta mayor razón cuanto que la ciencia ha demostrado (trabajos de Hallopeau Jeanselme) que el bacilo de Hansen puede desaparecer por completo del organismo después de haber producido estragos espantosos.

SEGUNDO.—Antes de admitir al joven Rohrmoser en el Asilo, yo tenía la muy autorizada opinión del malogrado Dr. Guerra, quien lo reconoció por primera vez en Puntarenas, y me manifestó que se trataba de un caso típico de lepra. Además, hizo igual diagnóstico el Dr. don Carlos Durán, que es sin disputa la primera autoridad médica en Costa Rica, y con su parecer coincidió el de los distinguidos doctores don Luis P. Jiménez, don Vicente Castro Cervantes y don E. Uribe R.

TERCERO.—Durante los seis años que el joven Rohrmoser estuvo en el Asilo, bajo mi dirección, tuve la oportunidad de seguir paso a paso la evolución de la enfermedad y en ningún momento abrigué la menor duda acerca de su naturaleza; más aún, el resultado del tratamiento ha confirmado el diagnóstico, pues las inyecciones que le puse en el último año y medio, después de mi viaje de estudios a París, lo han mejorado notablemente, y esto no podría haber sucedido si el caso no fuera de lepra.

Concretando: la salida del joven Rohrmoser del Asilo de Las Mercedes, fundado en que no se ha encontrado el bacilo de Hansen, no puede menos de ser un error muy lamentable, cuyas consecuencias no se pueden calcular. Con igual criterio sería preciso sacar del Asilo a muchos otros, atacados de lepra anestésica y en quienes, por lo mismo, muy rara vez se encuentra el bacilo.

Séame permitido, para concluir, dar a conocer al público las siguientes cartas:

San José, 8 de enero de 1915.

Señor Doctor don Carlos Durán,

Pte.

Muy señor mío:

Suplico a Ud. se sirva decirme al pie de la presente cuál fué el diag-

nóstico que hizo Ud. de la enfermedad del señor don Rodolfo Rohrmoser y para la que Ud. fué consultado antes de entrar este joven al Asilo de las Mercedes.

Doy a Ud. de antemano mis expresivas gracias, y rogándole me autorice para hacer de esta contestación el uso que me convenga, me es muy grato suscribirme de Ud. atto. y S. S.,

ELÍAS ROJAS

Señor don Elías Rojas,

Pte.

Estimado Doctor:

Mi diagnóstico de la enfermedad del señor Rohrmoser fué Lepra anestésica.

Puede Ud. hacer el uso que le convenga de esta contestación.

Su atto. S. S.,

CARLOS DURÁN

El Doctor don Eduardo Uribe contestando la misma pregunta, dice:

San José, 8 de enero de 1915.

Señor Doctor don Elías Rojas,

Pte.

El diagnóstico que hice de la enfermedad del joven Rohrmoser antes de entrar al Asilo de las Mercedes fué «lepra anestésica.»

Soy su atto. S. S.,

EDUARDO URIBE R.

El Doctor don Vicente Castro C. contesta así:

Señor Doctor don Elías Rojas,

Pte.

Muy estimado Doctor:

Contestando su atenta del día de hoy tengo el deber de manifestarle que conservo el recuerdo neto del examen clínico practicado por mí al señor Rodolfo Rohrmoser y que mi diagnóstico fué de lepra anestésica.

Puede Ud. hacer de ésta el uso que a bien tenga.

De Ud. muy atto. servidor,

VICENTE CASTRO

El Doctor don Luis P. Jiménez dice:

Señor Doctor don Elías Rojas,

Pte.

Muy señor mío:

Apesar de no encontrar el bacilo de Hansen, el cual busqué repetidas veces en el caso del señor don Rodolfo Rohrmoser, por los síntomas clínicos y el curso de la enfermedad, mi diagnóstico fué de lepra anestésica.

De Ud. atto. y S. S.,

LUIS P. JIMÉNEZ

Además, mi estimado compañero, el Dr. don Francisco Rucavado, que me sustituyó en la Dirección del Asilo durante mi ausencia del país, hace dos años, declara igualmente que el joven Rohrmoser sufría de lepra.

Cuando se tienen atestados de tanto valor como los anteriores, puesto que proceden de médicos tan distinguidos, creo que tengo el derecho de afirmar que no hubo ligereza de mi parte al hacer ingresar al joven Rohrmoser en el Asilo de las Mercedes y el cargo grave de que hubo «un error lamentable al declararlo leproso» queda desvanecido ante la gente de sentido común. Por lo demás mi conciencia está tranquila y eso me basta.

ELÍAS ROJAS

Noticias Científicas

¿Sirve para algo esa teórica ilusión que se llama "Reacción de Wassermann"?

Los doctores Nicolás y Gate han buscado la reacción de Wassermann en cuarenta sífilíticos: la han encontrado positiva en el 66 por 100 de los casos de chancro, en el 90 por 100 de los casos de sífilis secundaria, en el 88 por 100 de los casos de sífilis terciaria y en el 30 por 100 de los casos de parálisis. La reactivación de la reacción de Wassermann fué irregular; se la encontró positiva en el 60 por 100 de los casos.

Los autores han buscado, también, el Wassermann en setenta y un enfermos no sífilíticos, afectados de una enfermedad cualquiera, cutánea o no.

En el 39 por 100 de los casos se encontró positiva la reacción. En estos enfermos el tratamiento apropiado a su enfermedad bastó para conducir a la curación, no lográndose la menor mejoría con el tratamiento específico, en los casos en que se instituyó, por haber sido positivo el Wassermann.

Inducen los autores de sus investigaciones, que una reacción de Wassermann negativa no permite afirmar la ausencia de sífilis.

La reacción no es forzosamente influenciada por el tratamiento. Este debe ser sistemático y prolongado, cualquiera que sea el resultado de la reacción.

Una reacción de Wassermann positiva no indica forzosamente sífilis. En esta restricción no están solamente incluídas algunas enfermedades raras, fáciles de encontrar en los antecedentes, como la escarlatina, la enfermedad del sueño, el paludismo y la lepra, que hace mucho tiempo se sabe son susceptibles de dar reacciones positivas; los autores creen que *un enfermo afecto de cualquier dolencia, y aun un individuo sano, puede dar, sin sífilis, una reacción de Wassermann positiva.*

De todos modos, la reacción es más constante en los sífilíticos. Un Wassermann hecho dos veces y con un gran intervalo de tiempo, es de rigor en los casos sospechosos. Una reacción constantemente positiva debe hacer inclinarse hacia el lado de la sífilis, sin que, no obstante, se pueda afirmar. — (*Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 20 abril 1914).



Profilaxia de la lepra

Consultada por el Gobierno francés respecto a las medidas de profilaxia que deben tomarse contra la lepra, la Academia de Medicina de París encargó el correspondiente informe al doctor Netter, y después de una larga discusión, ha emitido el dictamen siguiente:

1.º La lepra será inscrita en el número de las enfermedades, cuya declaración es obligatoria.

2.º Los leprosos serán sometidos, según los casos, ya a una vigilancia especial, ya al aislamiento.

3.º Podrá ser prohibida a los leprosos su estancia en el territorio francés.

4.º Una comisión especial ordenará sobre cada caso.

5.º La Academia, al ocuparse de la profilaxia de la lepra en Francia, debe insistir cerca de los Poderes públicos, sobre la necesidad de tomar medidas rigurosas indispensables para detener la difusión de la lepra en las colonias y los países de protectorado, muchísimo más amenazados que la Metrópoli.

Bueno sería que el gobierno español imitara en este asunto al francés; seguramente sería aplaudido por tirios y troyanos. — (ROVIRA Y OLIVER).



Clase de balas usadas por el ejército francés

En la *Münchener Medizinische Wocheuschrift*, del 25 de agosto, el Profesor Walther Fraube, manifiesta que los soldados alemanes tienen mucho temor a las balas francesas, por creerlas envenenadas, y que durante las acciones que tuvieron efecto en Mülhausen, le fueron llevados numerosos casquillos franceses para que él los examinase. En la unión de la bala y del casquillo, había una banda negra que era vista con temor por los alemanes; pero Fraube encontró que se debía a un borde inofensivo de laca. La bala está compuesta de cobre, zinc y níquel y el análisis químico no determinó la presencia de arsénico, fósforo, ni antimonio, siendo, por tanto, en opinión de Fraube, una bala humanitaria, pues la cubierta de cobre de la bala, era tan fina que parecía galvanizada, no pudiéndose, por lo tanto, cortarla para ser convertida en bala *dum-dum*.

Muchos cirujanos militares alemanes han confirmado lo expuesto por Fraube, pues han encontrado que las heridas causadas por los fusiles franceses, son de poca gravedad, a no ser que interesen algún órgano importante. Los efectos de las balas francesas, asegura Fraube, aun en casos de heridas del pulmón, son mucho más humanitarias que las balas inglesas y alemanas.

Parece que los franceses no pueden decir otro tanto de las balas alemanas.



Entusiasmo médico en Inglaterra

Aumenta el entusiasmo que en favor de los heridos ingleses existe en Londres y del cual dimos cuenta en nuestro número anterior. Todos los hospitales de aquella ciudad, así como los del resto del país, se han puesto a disposición del Gobierno y van alojando los heridos que llegan del campo de operaciones. El «London Hospital», tiene 300; el «Herbert Hospital», 300; el de «Plymouth» ha recibido 100 y los demás hospitales del Reino, van recibiendo contingentes parecidos.

(De la *Crónica Médico-Quirúrgica de La Habana*)

El Banquete Médico del 10 de enero de 1915

La tendencia que al acercamiento y a la unión deben tener todas las agrupaciones sociales; el deseo vehemente de que se vieran reunidos en el mayor número los profesionales que vivimos consagrados a mitigar el dolor, sugirió la idea de este banquete. Hechos los preparativos por nuestros distinguidos compañeros los doctores Rojas, Fonseca, Alvarado y Barrionuevo, treinta y cuatro colegas nos sentamos a la mesa el 10 de enero del presente.

Por demás está decir el esmero con que los encargados desempeñaron su cometido, haciendo con largueza de gusto el adorno de la mesa en que lucían sus pétalos multicolores las más variadas flores, confundiendo sus delicados perfumes.

De tiempo en tiempo conviene a los que de continuo vivimos en medio del dolor, distraer la imaginación, sacarla a hurtadillas aunque sea, a vivir un poco la vida de estudiante, la vida aquella de la juventud radiante, en que los pesares no habían aún reflejado siquiera sus sombras en nuestra imaginación.

No fué pues menor nuestra satisfacción al ver congregados en fraternal comunión los veteranos de nuestro arte, todavía alertas a pesar de sus cuarenta y más años de práctica. Exquisito placer fué para nosotros el ver ahí en primera fila siempre en guardia, a los primeros soldados de nuestro batallón, que en vez de buscar la destrucción, ayudan a crear, a conservar la especie humana, a libertarla de los enemigos con que la acecha la enfermedad. No nos importa que en la hora trágica porque pasa la civilización, todo ese esfuerzo hecho por la conservación de la raza sea destruído por el poder de la pólvora; poco nos importa que la voz del cañón haya ahogado todos los sentimientos humanitarios; nosotros seguiremos en nuestra lucha, salvaremos al niño expósito o débil, lucharemos por la higiene—que es vida—y condenando la guerra absurda batallaremos por la vida, hasta donde nuestras facultades y conocimientos nos lo permitan.

Tal es la labor que nos han enseñado nuestros mayores, que ahí presentes en las personas de los Doctores Durán, Núñez y López Godines están dando magno ejemplo de energía y abnegación a los que seguimos sus huellas. Es por eso, por lo que era necesario el banquete, era necesario revivir el pasado profesional de nuestros predecesores para quienes la lucha ya de suyo difícil hoy, fué mucho mayor hace cuarenta años, cuando la superstición y la ignorancia más robustas, oponían tenaz resistencia a todo lo que es progreso. Porque la misión social del médico, no es sólo recetar drogas. Ya lo dijo uno de nuestros colegas en el mismo banquete: nuestra misión es civilizadora.

Nosotros pasamos de la buardilla miserable al suntuoso cuarto del rico. Nuestras observaciones psicológicas son superiores a las de todos los demás profesionales: nosotros sondeamos el alma, se nos confían los secretos más íntimos, somos testigos de las miserias más espantosas. Y por eso el banquete era y será necesario. Ahí se cambian ideas, se forman conceptos, se formulan proyectos que a todos se nos ocurren, pero que falta una ocasión para exponerlos. De ahí que todos los discursos de nuestros colegas doctores Rojas, Pupo, Zumbado, Espinosa, Barrionuevo, Fonseca Calvo, Delgado, Masbou, tuvieran para nosotros la importancia que tuvieron. Cada uno de ellos sugirió sus ideas que todos abrazamos con efusión, para procurar cristalizarlas en hechos efectivos, de los que se pueda derivar el provecho que con ello se busca.

Notas

Banquete al Doctor don Elías Rojas.—El Doctor don Elías Rojas, ex-Presidente de la Facultad Médica, fué obsequiado por sus colegas, miembros de la misma Facultad, con un banquete que se verificó en uno de los salones del Club Internacional. El Doctor Barrionuevo hizo uso de la palabra para expresar al Doctor Rojas las simpatías y el reconocimiento que en aquel acto le manifestaban los presentes, por las atenciones que había sabido dispensarles durante el período del desempeño de la Presidencia de la Facultad. El Doctor Rojas contestó en sentidas frases expresando la satisfacción que experimentaba por tan espontánea manifestación de sus colegas.



El establecimiento de la Maternidad será trasladado a la casa obsequiada por el Doctor Carit.—Tan luego como se hagan las reparaciones indispensables a la casa legada por el Doctor Carit para la Maternidad capitolina, será trasladado el servicio al nuevo edificio, «Maternidad Carit,» donde ya no carecerán las enfermas de las comodidades necesarias a su estado, cosa que no se puede conseguir actualmente, debido a las incomodidades del local ocupado. Quedan todavía esperando en la bondad de un nuevo benefactor, los tuberculosos del Hospital, que constituyen un peligro para los demás enfermos de aquél y no tienen tampoco el local adecuado a sus dolencias. No serían menos dichosos que las futuras desamparadas madres, el día que tuvieran el soñado Sanatorio, que es el ideal para esa clase de enfermos.



Nuevas Obstétricas graduadas.—Después de haber pasado los exámenes reglamentarios, han obtenido el título de Obstétricas las señoras Liduvina Soto de Madrigal, Adelina Campos de Gámez y Engracia Palavicini de Soto. Al recibir su diploma, se les encargó mucho la estricta observación de sus deberes de moral profesional, que tan a menudo suelen olvidarse, invadiendo los campos vedados a la simple, aunque útil profesión de comadronas.



El antiguo Lazareto.—El Doctor don Daniel Núñez, Presidente de la comisión constructora del Palacio que se proyecta construir para Su Señoría el Nuncio Apostólico en el lugar donde existió el antiguo lazareto, por un escrúpulo explicable, se ha dirigido a la Facultad de Medicina para recabar su opinión respecto del peligro que aún pudiera existir. Ya en otras ocasiones la Facultad había resuelto sobre el particular, de manera favorable. Oportunamente publicaremos el examen que de aquella tierra se ha hecho.



Banquete médico del 10 de enero actual.—En el próximo número publicaremos los interesantes discursos pronunciados en aquel acto, por relacionarse muy especialmente algunos de ellos con intereses y asuntos de orden profesional cuya realización se hace cada día más necesaria a los intereses materiales y morales del médico.