

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

Director - Propietario: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

Directores honorarios: D. RAMON SERRET Y COMIN y Excmo. Sr. D. ÁNGEL PULIDO

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO | Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL | Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ

J. BLANC Y FORTACÍN
Del Hospital de la Princesa.
L. CARDENAL
Catedrático de Cirugía de Madrid.
Cirujano del Hospital de la Princesa.
J. CODINA CASTELLVÍ
Académico. Médico de los Hospitales.
Director de los Sanatorios Antituberculosos.
V. CORTEZO
Jefe del Parque Sanitario de Madrid.
Del Instituto de Alfonso XIII.
L. ELIZAGARAY
Del Hospital General de Madrid.
A. ESPINA Y CAPO
Académico de la Real de Medicina.
A. FERNÁNDEZ
Ex-interno de la Facultad y Hospitales.
F. LÓPEZ PRIETO
Ex-Médico Titular.

A. GARCÍA TAPIA
Laringólogo. Académico de la Real de Medicina.
F. GONZÁLEZ AGUILAR
Director-Médico del Instituto Cervantes.*
J. GOYANES
Cirujano del Hospital General de Madrid.
B. HERNÁNDEZ BRIZ
Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.
T. HERNANDO
Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.
F. HUERTAS
Del Hospital General.
Académico de la de Medicina.
C. JUARROS
Profesor de Psiquiatría del Instituto Criminológico.

G. MARAÑÓN
Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.
M. MARÍN AMAT
Oftalmólogo. Académico C. de la Real de Medicina.
J. MOURIZ RIESGO
Jefe del Laboratorio del Hospital General.
B. NAVARRO CÁNOVAS
Médico-Director del Gabinete de radiografía y radioterapia del Hospital de la Princesa.
S. PASCUAL Y RÍOS
Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
A. PULIDO MARTÍN
Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.

J. y S. RATERA
De las Beneficencias Provincial y Municipal de Madrid. Radiólogos del Hospital General y de San Juan de Dios.
G. RODRÍGUEZ LAFORA
Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
J. SARABIA PARDO
Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina.
F. TELLO
Director del Instituto Alfonso XIII.
L. URRUTIA
Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).
J. M. DE VILLAVEVERDE
Del Real Hospital del Buen Suceso. Del Instituto Cajal.
R. DEL VALLE Y ALDABALDE
Del Hospital General.

Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES

Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA, Académico de la Real de Medicina.

PROGRAMA CIENTIFICO:

Ciencia española. — Archivo é Inventario del Tesoro Clínico, de los trabajos de Investigación y de los Laboratorios nacionales. — Crítica, análisis y aceptación de los progresos extranjeros. — Fomento de la enseñanza. — Todos los Hospitales y Asilos serán Clínicas de enseñanza. — Edificios decorosos y suficientes. — Independencia del Profesorado y purificación en su ingreso. — Fomento, premios y auxilios á los estudios y su ampliación dentro y fuera de España.

SUMARIO: Sección científica: Sobre el tratamiento de las aguas potables por los derivados del cloro, por *Victor María Cortezo*. — Locura inducida, por el *Dr. Valle y Aldabalde*. — Extasis intestinal crónico, por el *Prof. Victor Zauchet*. — Tratamiento de la diabetes, Conferencia por el *Dr. Escudero*. — *Bibliografía* por *Emilio Luengo Arroyo*. — *Periódicos médicos*.

Sobre el tratamiento de las aguas potables por los derivados del cloro ⁽¹⁾

POR

VÍCTOR MARÍA CORTEZO

Ahora bien: si estudiamos el modo de obrar sobre los elementos celulares del agua, vemos que los hipocloritos alcalinos, por razón de su inestabilidad, ejercen dos acciones separadas: la correspondiente al ácido hipocloroso, por una parte, y la correspondiente á la base alcalina, por otra. El ácido obra sobre la albúmina como el cloro, coagulándola, suspendiendo la vida celular; el álcali, por el contrario, tiende á disolver las células, dando lugar á una verdadera bacteriolisis. Mas no se crea por esto que estas dos acciones, antagónicas, se aniquilan, pues la acción del álcali de los hipocloritos es mucho más enérgica sobre las albúminas que han sufrido la acción del cloro que pudiera serlo sobre las albúminas iniciales.

Parece ser, según esto, que la destrucción de las células por el álcali, aporta una gran ventaja á la esterilización; pero también pudiera ocurrir que

esta solubilización de la materia orgánica perjudicase al sabor de las aguas, y hasta las comunicase, una vez pasada la acción del cloro, cierta mayor aptitud para el desarrollo de las especies microbianas.

Aparte de la materia orgánica viva, las aguas contienen otros cuerpos sobre los cuales ejercen su acción los hipocloritos; tales son: las albúminas, el amoníaco, los nitratos, los nitritos, el ácido carbónico disuelto, etc., etc.; y los hipocloritos, como muy oxidantes (dos veces más que el cloro), en soluciones muy diluídas (javelización) sufren una descomposición parcial en iones; los iones Na^+ alcalinizan dando la sosa; los iones OCl^- dan el ácido hipocloroso. La parte de hipoclorito no disociada constituye una especie de reserva, que se patentizará ante la menor influencia, tal, por ejemplo, la del ácido carbónico disuelto.

De cuanto va expuesto sobre la composición, preparación, modo de obrar, poca estabilidad de las soluciones, etc., etc., de hipoclorito, se deduce que su aplicación práctica á la depuración de las aguas potables, no puede obedecer á una norma determinada, y mucho menos á datos fijos, prejuzgados y más ó menos convencionales.

(1) Véase el número anterior.

La práctica de la depuración de las aguas por los derivados del cloro debe de ser presidida siempre por persona competente, pues así como en la clínica jamás se encuentran dos enfermos iguales aun cuando padezcan el mismo mal, y los tratamientos han de ajustarse á las especialísimas condiciones de cada caso particular, así en el tratamiento de las aguas sospechosas ó infectadas, no se puede proceder sin tener en cuenta determinados factores cuyo conocimiento es absolutamente indispensable.

IV

Si no queremos comprometer el éxito que debe siempre acompañar á nuestras operaciones de javelización de las aguas, no podemos olvidar que ésta es tanto más enérgica cuanto mayor es la cifra de cloro empleada, pero que el mayor inconveniente, alegado por los detractores del procedimiento, está fundado en el mal sabor, y olor, que los compuestos clorados comunican al agua; que si la dosis del cloro, para un agua determinada, debe de ser fija, la inestabilidad de las soluciones de hipocloritos es notable por influencia de la luz, aire, tiempo, etc., etc.; que las aguas deben de presentar el mayor grado de transparencia posible; que su calidad y valoración en materia orgánica no pueden descuidarse, si no queremos ir á un fracaso cierto; que el cloro, sea cualquiera su procedencia, ataca á la mayoría de los materiales de que están contruidos vasijas, depósitos, canalizaciones, etc.; que el contacto entre el ingrediente depurador (cloro) y el medio (agua), tiene sus exigencias de tiempo, que pueden ser modificadas por operaciones auxiliares; y, finalmente, que á pesar de haber realizado escrupulosamente la investigación de los datos mencionados, no debe prescindirse de investigar el cloro libre del agua, para decidir, si precisa ó no, la neutralización ulterior.

La urgencia y la falta de medios de comprobación, hacen que en la práctica se abandonen ó menosprecien algunos de los datos citados, y á ello sin duda se debe que el procedimiento haya sido postergado durante años, por haber obtenido javelizaciones insuficientes (en el menor número de casos), ó lo que es más frecuente, recargadas en cloro, y produciendo aguas de olor y sabor enojosos.

Resulta, pues, que los factores que debemos tener presentes al emprender nuestro cometido, se refieren:

Al compuesto clorado: Preparación.—Valoración en cloro.—Estabilidad de la solución.—Dosis.

Al agua en tratamiento: Transparencia.—Calidad.—Materia orgánica.

Al contacto: Tiempo.—Medios mecánicos auxiliares.—Naturaleza de los recipientes.

Dato final: Investigación del cloro libre en el agua tratada, para determinar si precisa ó no la neutralización.

De la obtención de los hipocloritos y de la preparación de sus soluciones, nos hemos ocupado en páginas anteriores, y es asunto sobre el que, por sobrado conocido, no debemos insistir.

En cambio la valoración del cloro en las soluciones es muy interesante si se tiene en cuenta que la inestabilidad aumenta en razón directa del grado clorométrico, y que de éste ha de depender, forzosamente, la dosis empleada; y como, por otra parte, dadas las condiciones en que por lo general se realizan estas javelizaciones, sólo como excepción encontrará el práctico un laboratorio disponible, hay que recurrir á procedimientos sencillos, quizás algo empíricos, pero que la práctica ha sancionado. Entre ellos proponemos el de Compte, derivado de los clásicos de dosificación de los hipocloritos, y adaptado á las circunstancias anteriormente mencionadas:

Reactivos necesarios:

1.º Solución decinormal de hiposulfito de sosa.

Hiposulfito de sosa 24,80 gramos.
Agua destilada C. s. para 1 litro.

2.º Acido acético ó clorhídrico, diluído al 1/10.

3.º Solución de yoduro potásico al 1/10.

4.º Engrudo de almidón semisiroposo.

Como instrumental es suficiente una pipeta graduada en centímetros cúbicos, un vaso y un agitador.

Para hacer la titulación clorométrica del cloruro de cal ordinario, se elige una muestra media, se pesan 10 gramos, que se diluyen en $\frac{1}{2}$ litro de agua destilada, se agita durante unos minutos, y completa el agua hasta el litro agitando; se deja reposar y se decanta.

Se colocan en un vaso los reactivos siguientes observando rigurosamente el orden:

1.º Yoduro potásico al 1/10, 10 c. c.

2.º Acido acético ó clorhídrico al 1/10, 10 c. c.

3.º Solución del hipoclorito cuya titulación se busca, 10 c. c.

4.º Con una pipeta graduada, se vierte la solución de hiposulfito hasta que el tinte amarillo se atenúe; se añaden algunas gotas de engrudo de almidón, y entonces el líquido tomará una coloración azul oscura, se continúa agregando hiposulfito y agitando hasta su completa decoloración.

Para obtener el grado clorométrico francés, se multiplica el factor 11,20, por el número de centímetros cúbicos de solución de hiposulfito empleada. El grado francés corresponde al número de litros de cloro activo, por kilogramo de cloruro de cal.

El grado inglés se obtiene multiplicando el francés por el coeficiente 0,318.

De la misma manera se determina el grado clorométrico del extracto de Javel comercial; operando sobre 10 c. c. de este extracto diluído al 1/10, correspondiente á 1 c. c. de extracto puro, se calcula el título clorométrico en gramos, y por litro de extracto concentrado, multiplicando el factor 3,55 por el número de centímetros cúbicos de solución decinormal de hiposulfito empleada.

Penot nos proporciona otro método basado en la oxidación del ácido arsenioso, por el cloro; 1 c. c. de cloro ó 3.168 miligramos de cloro oxidan 4.425 de ácido arsenioso.

Solución valorada: 4.425 gramos de ácido arsenioso puro y anhidro, y 13 gramos de carbonato de sosa, cristalizado puro, se disuelven en caliente en 600 c. c. de agua destilada, y una vez bien disueltos, se completa el volumen hasta un litro. 1 c. c. de esta solución es igual á 4.425 miligramos de ácido arsenioso; igual á 3.168 miligramos de cloro, igual á 1 c. c. de cloro.

Indicador: Papel de yoduro de almidón (disolución de almidón al 1 por 100 adicionada de un volumen igual de una solución, conteniendo 1 por 100 de yoduro potásico, y 1 por 100 de carbonato sódico, puro y cristalizado. Se impregnan tiras de papel de filtro con esta solución y se dejan secar).

Para practicar la valoración se toman 10 c. c. de agua de Javel, se completan hasta 100 c. c. con agua destilada, y se agita obteniendo una disolución al 10 por 100. Se miden 50 c. c. de esta solución, y se añade gota á gota la disolución valorada de ácido arsenioso, hasta que una gota del producto depositada sobre el papel de yoduro de almidón no le coloree de azul.

El número de centímetros cúbicos gastados, multiplicados por 100 nos dará los litros de cloro activo, contenido en uno de agua de Javel; es decir, su grado clorométrico, y si esta cifra se multiplica por 3,168, tendremos el peso del cloro activo por litro de solución de hipoclorito.

ESTABILIDAD DE LAS DISOLUCIONES DE HIPOCLORITO

Según Lucien Fallery, en soluciones grandes correspondientes á una titulación ponderal en cloro activo de orden millonésima, los hipocloritos sufren fenómenos de descomposición lenta, limitada ó no por un equilibrio, según el título inicial, pero cuya limitación, cuando existe, es considerablemente influenciada por las variaciones del medio.

En esta descomposición hay que distinguir: una acción puramente catalítica, positiva ó negativa, y una acción química debida á la presencia en el me-

dio de cuerpos susceptibles de reaccionar, bien sea con la molécula de hipoclorito, bien con los productos de la descomposición.

Esto reviste una gran importancia en la aplicación de los hipocloritos á la depuración bacteriológica de las aguas, tanto desde el punto de vista de la eficacia del método (puesto que la acción depuradora de los hipocloritos á las dosis á que se emplean se ejercen, durante bastante tiempo), como desde el punto de vista de la abstención de dar aguas para el consumo hasta que no contengan sino cantidades insignificantes de cloro activo, que siempre deben ser inferiores al límite de perceptibilidad de los sentidos.

DOSIS DE HIPOCLORITO

Sobre este punto existen grandes divergencias; unos higienistas dan preferencia al empleo de pequeñas cantidades (menos de un miligramo de cloro libre por litro), apoyándose en que el agua así tratada, carece de olor y en la economía del procedimiento; otros, prefieren emplear dosis más elevadas (superiores á un miligramo por litro) y fundan su preferencia en que la depuración es más completa y más segura.

No faltan quienes tratan de fijar esta dosis en un miligramo para las aguas claras, 2 miligramos para las turbias (con tara en materia orgánica, inferior á 2 miligramos), y 3 miligramos para las aguas turbias y ricas en materia orgánica (aguas de río).

No está mal esta pauta, teniendo en cuenta que las aguas de manantial claras son fácilmente depurables, con un miligramo de antiséptico, y un contacto prudencial; pero que con las aguas de río no se obtiene tan buenos resultados bacteriológicos, por encerrar ciertos gérmenes rebeldes á la acción de los hipocloritos, haciéndose preciso el empleo de cifras más elevadas de cloro.

Efectivamente, aparte de los gérmenes de la superficie, que raramente se encuentran en las aguas de manantial, existen las materias en suspensión que entorpeciendo la depuración de las aguas por este procedimiento, obligan, en muchas ocasiones, á reforzar la dosis del hipoclorito, teniendo en cuenta que es preferible é inofensivo, pecar por carta de más y hacerlo en el sentido contrario.

Así, las dosis oscilan de uno á cinco miligramos de cloro libre por litro de agua, aun cuando en los casos de empleo de cifras más elevadas se haga precisa una ulterior operación neutralizante.

Para obtener una buena depuración de agua, se hace preciso el empleo de una cantidad de desinfectante capaz de mantener, en dicha agua y durante bastante tiempo, un exceso de cloro activo, pu-

diendo considerarse como excepcional, en el saneamiento de aguas contaminadas, el empleo de dosis inferiores á un miligramo de cloro por litro. Las cantidades de hipoclorito que deben emplearse en la depuración de aguas clarificadas, en lo posible, son siempre muy débiles.

TRANSPARENCIA

La transparencia de las aguas es un interesante factor de su javelización, y clorinación, puesto que las facilita grandemente, rebajando la dosis de cloro empleado. Se comprende que en aquellos lugares en los que no se disponga de aguas transparentes, la filtración debe ser una operación preliminarmente aneja al tratamiento del agua por los clorados, siendo suficiente una filtración grosera puesto que no pretendemos un fin depurador (punto menos que imposible de lograr por la filtración más fina y escrupulosa), sino únicamente devolver al agua la transparencia alterada accidentalmente por las materias en suspensión.

Las estaciones de javelización en París, donde tropiezan con el inconveniente de las aguas turbias, han tenido que instalar grandes depósitos filtrantes (á base de arena y grava) y una perfecta y complicada instalación elevadora.

En Londres, donde se emplea la clorinación, se trata de salvar este conflicto de la filtración, reforzando la dosis de cloro, y utilizando las estaciones neutralizantes, por anhídrido sulfuroso líquido.

Al escribir estas líneas después de visitar las estaciones depuradoras de París y Londres, no podemos por menos que lamentar que nuestras autoridades sanitarias no se decidan á montar el servicio en Madrid, donde la instalación se simplificaría mucho, puesto que mecanismos elevadores no hacen falta, y en cuanto á filtros, también podría prescindirse de ellos, ya que á nuestro Lozoya le basta la sedimentación en sus depósitos para recuperar la transparencia. Y buena prueba de ello es la rareza con que en la actualidad se presentan las, anteriormente tan frecuentes, turbias. La instalación se reduciría á la javelizadora propiamente dicha, cuyo coste es insignificante, cuyo entretenimiento sumamente económico, y cuya manipulación es sencillísima.

CALIDAD DE LAS AGUAS

La naturaleza de las sales que el agua lleva en suspensión, ejerce cierta influencia sobre los resultados de su tratamiento por los clorados. Se ha observado, en efecto, que las aguas duras son más susceptibles al cloro que las dulces, y que la saturación mineral favorece el fenómeno de la oxidación.

El método generalmente empleado para el reco-

nocimiento rápido de la calidad de un agua, es el hidrotimétrico, pero no deja de presentar algunos inconvenientes para su utilización en nuestras campañas sanitarias, por exigir un material delicado de transporte, ciertos conocimientos preparatorios que no están al alcance de las personas á quienes hay que confiar estos asuntos, una experiencia sin la cual confundiríase la espuma que se desarrolla, y persiste, en un cuarto, ó en la mitad de un grado real con la espuma final (en aguas muy cargadas de sales), y finalmente, porque la operación requiere un tiempo mínimo de media hora.

Guilbert y Doublement proponen un procedimiento más sencillo, más rápido, y que presenta, además, las ventajas siguientes:

El arsenal puede transportarse en un bolsillo; la operación puede realizarla cualquiera, pues no requiere preparación alguna, y es casi instantánea.

A pesar de estas ventajas, los autores no pretenden sustituir al método hidrotimétrico, sino únicamente reemplazarlo en determinados casos. Este nos consiente la dosificación del extracto, y con la adición de determinado reactivo, nos permite tener muy aproximadamente el análisis completo de un agua. El procedimiento de Guilbert y Doublement nos permite únicamente clasificar las aguas en el sentido de si requieren ó no análisis completo.

Está basado en el principio de que las aguas contienen grupos ácidos: sulfúrico, clorhídrico carbónico, y grupos básicos (sosa, cal, magnesia); siendo suficiente en la mayoría de los casos para apreciar la dureza de un agua, conocer la totalidad de uno de estos grupos, los ácidos, por ejemplo. Entre estos elementos, el ácido carbónico puede ser despreciado, el carbonato de sosa no se encuentra sino muy raramente, y los bicarbonatos de sosa y de magnesia son fáciles de eliminar. Quedan, pues, por investigar el cloro y el ácido sulfúrico.

Para ello se emplean como reactivos: el nitrato de plata para la precipitación de los cloruros, y el nitrato de plomo para la precipitación de los sulfatos. Estos reactivos se encierran en ampollas de vidrio (15 á 20 milímetros de longitud), donde se practica el vacío, cerrándolas á la lámpara.

La operación consiste en sumergir en el agua que se ensaya, una ampolla de nitrato de plata, y una vez sumergida, romper uno de sus extremos, evaluando, por medio de una escala de comparación, el trastorno producido en el interior de la ampolla en el momento en que se llena de agua.

La valoración del anhídrido sulfúrico, contenido en el agua, se realiza en idéntica forma, utilizando las ampollas de nitrato de plomo, y comparando la reacción en la escala correspondiente.

(Se continuará.)

LOCURA INDUCIDA (1)

POR EL

DR. VALLE Y ALDABALDE

Voy á dar cuenta á esta Real Academia de un caso de mi práctica particular, que empecé á tratar en el mes de Septiembre del año próximo pasado, de la llamada locura inducida, ó locura de dos.

En todo tiempo se ha creído que el trato con locos tiene cierto peligro de contagio psíquico, y en el vulgo mismo, el refrán de que «un loco hace ciento», viene á confirmar esta idea. Pero la viene á confirmar, al decir la palabra «ciento», más bien en el sentido de que los enajenados de la mente son capaces de contagiar á muchos, que no en el de que son más peligrosos para las pocas personas de su mayor intimidad.

Se funda, sin duda, esta creencia en los hechos, tan conocidos en la historia de la Medicina y que por su gran notoriedad han tenido que llegar á transcender al vulgo profano, de epidemias psíquicas, las cuales, así como en la Edad Media tenían carácter religioso generalmente, en nuestros modernos tiempos lo tienen más bien político, social y, en ocasiones, hasta médico, cuando curanderos ó charlatanes crean escuela, no sólo teórica sino práctica, con sus extravagancias, médicas y terapéuticas, en ocasiones de poca monta ó peligro, pero en otras de grave transcendencia para la salud y, á veces, hasta para la misma vida de los secuaces de la nueva doctrina.

Como ejemplos de la locura epidémica, he de recordar tan sólo las epidemias de demonolatria, que hubo en el siglo XIV, en Alemania, y las de Lombardía, las de Languedoc en 1577, citadas éstas dos últimas, sobre todo, por Calmeil, las observadas durante el siglo XVII en los Bajos Pirineos y la del convento de Ursulinas de Loudun, habiendo comarcas, como la Mayenne en Francia, cuyos habitantes tienen sin duda alguna cierta predisposición á esta clase de contagio, puesto que no sólo en la Edad Media, sino también en la Moderna, se han observado en la mencionada región. Conocidas son también las epidemias del llamado histerismo escolar.

Como hace notar A. Marie, al hablar de este asunto, en el tercer tomo del «Tratado internacional de Psicología patológica», entre los locos son los querellantes y los reformadores los que con más facilidad y frecuencia arrastran á otros en pos de sí, citando como ejemplo el más notable de nuestra época, el del famoso Antonio Marcel Conselleiro, del Brasil, por los años de 1880 á 1890, enfermo atacado de delirio sistematizado, ó paranoia, con ilusiones sensoriales é ideas religiosas y de persecución. Titulándose «enviado de Dios», predicaba un ascetismo muy severo y la lucha contra el lujo, la francmasonería y el Gobierno, llegando á reunir á su alrededor tal número de partidarios y tan fanáticos, que fué necesario emplear las tropas para combatir los efectos de su proselitismo. Un gran número

(1) Comunicación presentada á la Real Academia Nacional de Medicina el 19 de Enero de 1924.

de casos análogos se han presentado en Rusia, habiendo sido estudiados muy principalmente por Jolly.

Son, sin embargo, bastante diferentes, por más de un concepto, aquellos en que la locura se contagia, no por el ascendiente adquirido sobre las muchedumbres con ciertas predicaciones y doctrinas, sino por la inducción psíquica ejercida sobre pocas personas, generalmente una sola, por el hecho de vivir con ella ó ellas en trato íntimo y prolongado, acabando por perturbarse éstas también en su razón y desarrollándose una psicosis que *generalmente* tiene los mismos caracteres que la del loco inductor ó primitivo.

Lasegue y Falret han sido los autores que primero han estudiado detenidamente este punto. Ball, que es también uno de los que le han prestado más atención, establece á este respecto varias clases ó categorías de locura inducida.

Es una de ellas la de hermanos gemelos que, viviendo en común, se vuelven locos en cierta época de su vida, pero no siempre simultáneamente, sino uno de ellos primero, y el otro al cabo de cierto tiempo, casos que también ha estudiado Marandon de Montyel. Si se considera que los mellizos es lo más frecuente que tengan gran semejanza física y psíquica entre sí, es evidente que estos casos apenas pueden calificarse de locura inducida, puesto que, sobre la base de un parentesco consanguíneo que debe reputarse como máximo, y de una consiguiente gran semejanza psíquica y física, es seguro que los hermanos gemelos predispuestos á la locura, aunque hubieran vivido separados, habrían llegado igualmente á enloquecer. Todo lo más que puede suceder es que con la vida en común, la aparición de la vesania en uno de los hermanos haya obrado como concausa provocadora ó apresuradora en el desarrollo de la misma afección psíquica en el otro mellizo.

Cuando el grado de consanguinidad no es tan grande, v. gr., entre hermanos no gemelos, ó bien entre padre ó madre, é hijo ó hija, con todas las combinaciones posibles, y hasta entre primos, ó tío y sobrino, cabe otorgar mucha mayor importancia á la vida en común, y menos, en cambio, á la predisposición hereditaria. Menos digo, pero no ninguna, porque si bien no todos los descendientes de locos heredan la predisposición vesánica ostensiblemente, pueden, esto no obstante, heredarla con el carácter que, desde las notables investigaciones del monje agustino Mendel, se viene calificando en la ciencia de *recesivo*, y que explica los hechos de herencia, ya de muy antiguo conocidos, que se califican con la denominación de «saltos atrás». De aquí que entre los descendientes de los locos sean muchos, por desgracia, los que vienen al mundo con herencia vesánica, aunque no en todos se llegue á declarar ésta bajo la forma de locura manifiesta, ni siquiera en forma leve.

Algunos autores, como el americano Kiernan, á quien cita también Ball, refieren casos de la llamada locura transformada, ó sea de una locura que, siendo primitivamente de determinado tipo, cambia éste bajo la influencia de la vida en común con otro enajenado que

venía padeciendo de diversa variedad de perturbación mental. Con razón hace notar el autor francés que estos casos deben de ser excepcionales, ya que es un hecho bien sabido que los locos, generalmente, no se influyen entre sí, ni se entienden, ni se confabulan. Y con este motivo, he de hacer mérito de un caso notable, citado por Petrén, de Estocolmo, en su interesante «Estudio sobre la curación tardía de las psicosis», y relatado por el mentalista holandés v. Deventer, referente á una paranoica con delirio de interpretación y de persecución, la cual, después de unos quince años de enfermedad, y cuando se iniciaba el delirio de grandezas, al cabo de un año de permanencia en el manicomio, empezó á darse cuenta de que estaba viviendo en una casa de locas, al ir comprendiendo que no tenían fundamento real las alucinaciones é ilusiones de muchas compañeras, lo cual la hizo ir dudando también de las suyas y la ayudó á recobrar su razón... Caso tan raro y excepcional, sin duda alguna, como, ó quizá más, que los que refiere de modificaciones en la forma vesánica el autor americano á que antes he hecho alusión.

Mas ya no lo son tanto los de contagio psicopático de un sujeto loco á otro de mente sana y no ligado con él por vinculos de consanguinidad, ni tampoco sobrecargado con antecedentes vesánicos, personales ni de familia.

Tal era el muy interesante que relata Ball en su obra, del marido de una enferma de manía persecutoria que se hallaba en la edad de la menopausia, el cual acabó al fin padeciendo la misma enfermedad de su consorte, no obstante, y es ésta una particularidad también poco común, de ser más inteligente y de más carácter que ella, presentando su perturbación mental los mismos síntomas que los de su mujer. Con la circunstancia, que venía á confirmar la poca ó nula importancia del factor predisponente, de que con la separación se iba amortiguando el delirio persecutorio en el marido hasta desaparecer completamente. Hecho que se repitió hasta tres veces; de tal suerte, que el interesado, siguiendo consejo médico, aun para él mismo fácilmente comprensible, decidió al fin separarse de su cónyuge, reclusiéndola en un manicomio, y lográndose con ello la curación completa del primero.

De todas las variedades de locura inducida, la más frecuente es la paranoica en sus formas interpretativa, querellante ó persecutoria, con todas sus transiciones y combinaciones; pero sobre todo la última, como en el caso á que acabo de hacer alusión. Ya son mucho menos frecuentes los ejemplos de locura inducida de tipo melancólico, si bien en este grupo lo son más á su vez los de locura suicida.

La locura inducida de forma querellante presenta cierta afinidad con la locura contagiosa epidémica, por cuanto no es nada raro que los afectos de esta psicosis consigan conquistar partidarios de sus infundadas reclamaciones jurídicas, no sólo entre las personas que viven con ellos en alguna intimidad, sino hasta entre otras cuyos vinculos sociales no les ligan á ellas de un modo tan directo,

Antes de referir el caso objeto de esta comunicación, séame permitido dar muy breve noticia de algunos análogos que he encontrado en la literatura médica.

El Dr. Leibowitz, de Stuttgart, refiere la historia de una mujer que, padeciendo demencia hebefrénica de tipo paranoide, indujo igual forma vesánica á su padre, que tenía ochenta años.

El Dr. Feige, de Hayerswerde, narra el caso de una muchacha soltera cuyos padre y abuelo eran bebedores, y en la que se fueron desarrollando gradualmente ideas delirantes, cada vez más claras, de persecución y de grandeza, hasta presentar el cuadro completo de una paranoia crónica, sucediendo al mismo tiempo que una tía de la paciente, que venía viviendo con ella casi exclusivamente desde hacía siete años, como aislada del resto del mundo, presentó signos claros de ideas delirantes, mas con la particularidad singular de que la tía tenía en parte las ideas falsas de su sobrina; pero, respecto á otras ideas delirantes de ésta, decía que eran «fantasías».

El Dr. Schönhals, en la reunión anual de la Sociedad de médicos y naturalistas de Jena celebrada en 1912, refirió el caso de una madre y tres hijos que han sido tratados al mismo tiempo en la clínica á causa de una psicosis de tipo igual.

Según Lasegue y Falret, todos estos casos de locura de dos ó inducida suelen presentar las siguientes particularidades:

- 1.^a Origen doméstico.
- 2.^a Diferencia de nivel intelectual
- 3.^a Que el delirio del loco primitivo tenga alguna verosimilitud.
- 4.^a Cierta debilidad ó inferioridad psíquica, por más de que el caso relatado por Ball parece demostrar que puede suceder lo contrario.

En el caso que motiva la presente comunicación, se trata de una joven soltera, con manía persecutoria de forma leve; y de la madre que, al cabo de poco tiempo de iniciarse la vesania de la hija, presentó también una paranoia igualmente leve, aunque de un tipo un tanto diferente.

La hija tiene veintitrés años, pertenece á una familia muy bien acomodada, goza de buena salud habitual, es de talento natural, más bien algo superior al tipo medio, posee la cultura propia de su clase y posición social y es de un carácter nada reconcentrado, si bien según manifestación de los suyos, un tanto raro.

La madre, que tiene cincuenta y cuatro años, es también mujer sana que, á pesar de su edad, se halla aún en la época de la menopausia, puesto que, en Junio último, todavía tuvo una menstruación de tipo normal y en Octubre otra, si bien ésta sumamente escasa. Todo ello precedido, como es frecuente en estas circunstancias, de adelantos y, más comúnmente, de atrasos en la aparición del flujo catamenial.

Comparando desde el punto de vista psíquico la madre con la hija, es notoria algo de inferioridad en la primera, tanto en lo que se refiere á despejo mental, como, y más principalmente, en el grado de cultura, resultando de esta diferencia, que en realidad no es

excesiva, un cierto predominio ó ascendiente de la hija sobre la madre.

Tal predominio es lo más probable que se ha ido haciendo mayor, como suele suceder en muchos de estos casos y aun en la vida ordinaria, á causa del mismo cariño materno, por naturaleza con tendencia á complacer y á condescender. Particularidad que, dicho sea de paso, quizá explique los casos de locura inducida en los que, no obstante la superioridad mental y de carácter del contagiado, son más que compensadas estas cualidades por el cariño excesivo que subyuga muchas veces una persona de talento claro á otra inferior á ella, desde el punto de vista intelectual.

La afección psíquica se inició en la hija con motivo, al parecer, de que empezó á seguirla un joven. Hago nada extraño, dada su edad y demás circunstancias, pero que en vez de ser punto de partida de una de sus dos naturales consecuencias, ó sea, bien la complacencia mostrada de un modo más ó menos ostensible, por parte de la interesada, si le era simpático el pretendiente, ó bien la repulsa, el desvío, ó la indiferencia, en el caso contrario, vino á ser origen de un delirio, mezcla de interpretación y de persecución, dado que mientras, por una parte, se figuraba la enferma que todos se ocupaban de ella, por otra creía que algunas de estas personas trataban de perseguirla, si bien no concretaba de qué clase de persecución se trataba, ó, dicho con más claridad, á qué móviles obedecía.

Cuando tanto la madre como el padre y los hermanos se percataron del estado de ánimo de la interesada se preocuparon de él como era natural. Pero la madre fué en su preocupación más allá ó, por mejor decir, por vía extraviada del cauce natural, ya que no sólo daba algún crédito á las sospechas infundadas de su hija, sino que además se apoderó de su mente la idea de que ésta se hallaba encinta, sin que hubiera ni remotamente el menor motivo en que apoyar semejante sospecha. El estado afectivo de la madre era, á todo esto, depresivo ó melancólico, á diferencia del de la hija, que era más bien de exaltación, presentando, además, la primera insomnio. Y sucedió, además, lo que pasa siempre en estos casos, y fué que la convivencia de las dos perturbadas determinó la mutua y, cada vez más acentuada, exaltación de la psicosis en ambas, hasta que, por mi consejo, hubo que proceder á su separación, recluyendo á la hija en un Sanatorio, en tanto que la madre continuaba viviendo con el resto de la familia, y prolongando esta separación hasta que se viera claramente que las dos enfermas podían volver á vivir juntas sin perjuicio alguno para ninguna de las dos.

Creí, sin embargo, que en la madre, además de su alejamiento de la hija, había que proceder á calmar el estado de exaltación angustiosa en que se hallaba por virtud de las ideas molestas que tanto la preocupaban y atormentaban, por lo que prescribí una fórmula de lactato cálcico.

Dispuse también que, alternando con una fórmula de veronal que venía usando, para combatir el insom-

nio, tomase algunas noches el dial, ordenando, además, un baño general templado de un minimum de quince minutos de duración al irse la enferma á la cama.

Con este tratamiento, asociado á la distracción que podían proporcionarle simples salidas á la calle y á los paseos públicos, para cambiar de ambiente, y, sobre todo, con la interrupción de relaciones entre ella y la hija, se fué logrando que, poco á poco, la enferma fuese abandonando la idea que más la molestaba, ó sea la del supuesto embarazo de su hija y que, con la desaparición de dicha idea, fueran borrándose asimismo todas las demás de persecución y de interpretación que también la acosaban.

La hija, á su vez, después de una crisis un tanto violenta de excitación y de protesta que hubiese presenciado en el momento de su ingreso en el Sanatorio, se fué tranquilizando y, á la par, se iban disipando las ideas propias de su manía persecutoria.

Con todo esto, tanto la madre como la hija, y con ellas el resto de la familia, empezaron á hablar de si no habría llegado ya el momento de que la segunda pudiera volver á su hogar, accediendo al fin á mi propuesta de que se comenzara dicha reanudación de trato recíproco mediante visitas hechas por la madre á la hija, las cuales, si tenían el inconveniente de la influencia de la segunda sobre la primera, tenían, en cambio, la ventaja de que la madre, no solamente por medio de inspección ocular, sino por pesquisas de todo género, se fuese convenciendo de que sus sospechas respecto al supuesto estado de gestación de su hija carecían de todo fundamento.

Una vez convencidos todos, y yo el primero, de que tales visitas no perjudicaban á ninguna de las dos interesadas, consentí en que la hija volviera á vivir en compañía de los suyos, si bien con la precaución de que salieran á la calle *cada cual por su lado*; la hija con su hermano, y la madre con su marido, recomendando, además, á los de la casa que no hicieran alusión alguna á lo pasado, siempre que hablasen lo mismo con la una que con la otra.

El caso que acabo de referir se presta á algunas consideraciones.

La primera es de carácter etiológico. Aparece como cosa indudable que en las dos enfermas existe predisposición psicopática; pero es asimismo evidente que tal predisposición debe ser más intensa en la hija que en la madre, ya que en la primera bastó para revelarla bajo la forma de una manía persecutoria, un hecho tan trivial como el de que la siguiera un joven, y, en cambio, en la madre fué necesaria la influencia persistente de la compañía de su hija, la cual por su superioridad mental y de cultura, ya en condiciones normales ejercía sobre la madre influencia de ascendiente y de predominio. Pero además de esto, la madre ya hemos visto que, á pesar de sus cincuenta y cuatro años, se halla todavía en la época de la menopausia, que sabemos es una de aquéllas que en la vida de la mujer más predisponen al desarrollo de trastornos psíquicos. Verdad es que es más bien la melancolía que la paranoia la forma de locura que con mayor frecuencia observa-

mos en estas circunstancias; pero si se reflexiona sobre la causa inductora ó provocadora de la vesania en el caso de nuestra menopáusica, no ha de sorprendernos el tipo adoptado. Sin olvidar que, si bien la afección era de tipo paranoico, presentaba un matiz de melancolía que no se observaba en la hija. No eran, por lo tanto, ambas psicosis idénticas, aunque sí muy semejantes, puesto que en la hija predominaba el delirio de persecución sin tinte melancólico, y en la madre el de interpretación con algo de delirio de persecución y una idea falsa fundamental, la del supuesto embarazo de la hija, acompañada de humor depresivo.

Esta interpretación de la génesis mixta de la psicosis de la madre tiene que trascender asimismo al pronóstico comparado de las dos psicosis, materna y filial. En efecto, juzgo que no es tan favorable, sin ser decididamente pesimista, en la de la hija, ya que en ésta se ve que se ha desarrollado con poca causa ocasional y, por tanto, con mucha predisposición, circunstancias que hacen temer una recalda, mientras que en la segunda, además de la inducción de la hija, causa que está en nuestra mano hacer desaparecer, y la predisposición, que sin duda existe, contamos con otro factor, el del climaterio que, generalmente, una vez traspuesto, es lo más común que desaparezcan, á la vez que él, las psicosis ó psiconeurosis que sobre su base, exclusiva ó no, se han desarrollado.

En apoyo de estas apreciaciones he de aducir la evolución que han seguido ambas dolencias psíquicas hasta la fecha en que he tenido que dar por terminado este trabajo. Se ha visto, en efecto, que mientras con la separación la madre ya está curada por completo, pues sólo conserva «algún temor de volverse loca» habiendo desaparecido en absoluto la idea del embarazo de su hija con todas las demás ideas derivadas de ésta ó concomitantes con ella, así como el humor deprimido; en cambio, la hija continúa, según manifestación de su padre y hermano, más rara que antes de la enfermedad, observándose en ella una cierta reserva en su manera de conducirse, como si en el fondo de su psiquismo persistiese de un modo latente ó disimulada la manía persecutoria ó, por lo menos, el recuerdo molesto de ella.

Y voy á terminar dedicando alguna atención al tratamiento empleado ó, por mejor decir, á su justificación.

En lo que atañe á la conducta adoptada respecto á la hija, no creo necesario detenerme mucho en su explicación. La paranoia, en realidad, no tiene tratamiento, tanto que Bleuler, en la última edición de su obra, le dedica tan sólo nueve renglones, en los que comienza diciendo esto mismo. Era evidente la necesidad de que dejara de vivir con su familia, más aún que por ella misma, por alejarla de su madre, con el objeto de que ésta, dejando de hallarse sometida á la influencia inductora de su descendiente, pudiera curarse de su perturbación psíquica. Esto no obstante, juzgué que no bastaba con tal separación y que hacía falta apelar además á otros medios, comenzando por el lactato cálcico que, siguiendo en esto á muchos autores moder-

nos, vengo usando desde algunos años en todo caso de perturbación psíquica acompañada de excitación, maníaca ó melancólica, no ciertamente con pretensiones curativas, pero sí con el propósito, que en bastantes ocasiones se consigue, de calmar dicha excitación. Resultado que se alcanzó plenamente en nuestra enferma, aunque hubo necesidad de acortar la dosis del medicamento, reduciéndola de 6 á 8 gramos diarios á 3 ó 4, porque la primera alteraba algo la digestión.

A pesar de este éxito del lactato cálcico, no creí oportuno el prescindir en absoluto de los hipnóticos á que venía estando habituada la paciente, por lo que, por de pronto, no suprimí el veronal que tomaba á primera hora de la noche, si bien consideré conveniente alternar su administración con el del dial, teniendo presente para proceder así el hecho, tan conocido, del hábito que llega á establecerse muchas veces con el uso muy prolongado de un mismo hipnótico.

Por esto mismo, pero, sobre todo, porque es opinión común y bien fundada la preferencia que se debe de dar á los medios higiénicos sobre los farmacológicos para combatir el insomnio y, en particular, el que se presenta en psicosis y psiconeurosis, es por lo que prescribí también el baño general templado para el momento de acostarse la enferma, logrando con ello que se pudiera ir emancipando gradualmente del veronal y del dial; que poco después se pudiese ir prescindiendo también del lactato cálcico y que, en el momento de estar escribiendo estos renglones, se haya llegado á la satisfactoria situación á que he aludido antes, de que la enferma duerma perfectamente sin necesidad de ninguna intervención terapéutica, haciendo en todo su vida habitual y hasta pudiendo vivir en compañía de su hija, sin que esta convivencia haya hecho reaparecer sus ideas delirantes.

En resumen, el caso que ha motivado la presente comunicación es uno más de los tan interesantes que han referido diversos autores de locura inducida ó locura de dos, permitiéndonos su estudio establecer las conclusiones siguientes:

1.^a La locura inducida se desarrolla, generalmente, por la convivencia íntima y prolongada de un loco con otra persona de mente sana, pero muy predisposta, por lo común, á padecer también afección vesánica.

2.^a En la inmensa mayoría de los casos se trata de parientes consanguíneos en grado muy próximo, pero se puede observar también la inducción ó contagio psicopático sin que se realice esta condición, aunque el hecho sea mucho más excepcional.

3.^a Influye considerablemente en la génesis de la locura inducida la circunstancia de que el enfermo primitivo goce de ascendiente ó predominio psíquico por su mayor grado de inteligencia, de cultura, ó de condiciones de carácter, sobre la persona que vive en su compañía.

4.^a El tratamiento de estos casos consiste en la separación de las dos personas, inductora é inducida, afectadas por la psicosis. En ocasiones es suficiente para que el loco por inducción se cure; pero casos hay en los que es necesario ó, por lo menos, muy conveniente tratar

la locura inducida como si nos las hubiéramos con un caso de psicosis primitiva, ya por la gran importancia que en su producción ha tenido el factor predisponente, ya por la circunstancia de coincidir el desarrollo del mal con ciertas fases de la vida, tales como la edad de la involución.

5.ª De todos modos, el loco por inducción no habrá de vivir en compañía del loco inductor mientras su locura no esté completamente curada y, en el caso de que la experiencia demuestre que esta medida de precaución no es suficiente, será necesario prolongar indefinidamente la separación.

26 de Diciembre de 1928.

EXTASIS INTESTINAL CRÓNICO

(Enfermedad de Lane)

CONDICIONES DEL ÉXITO TERAPÉUTICO

POR EL

PROFESOR VÍCTOR PAUCHET

Cirujano del Hospital Saint-Michel (París).

Hace unos veinte años que practiqué mis primeras operaciones para el tratamiento del éxtasis intestinal crónico. Llevo vistos miles de enfermos afectados de este proceso y he operado varios centenares de ellos, que luego he seguido viendo y tenido sometidos á observación. Por tanto, tengo una opinión bastante precisa sobre esta enfermedad.

Al comienzo de mi carrera no conocía á sir Arbuthnot Lane, á quien visité en Londres hace unos quince años. El día que trabé conocimiento con mi distinguido colega inglés éste aclaró mis ideas sobre este particular tan complicado, y á él debo mis conocimientos actuales y los éxitos que he obtenido.

La práctica me ha enseñado los medios de prever aproximadamente los casos en que el tratamiento quirúrgico fracasará, aquellos en que conviene el tratamiento médico exclusivo y aquellos otros más numerosos en los que es conveniente el empleo simultáneo de los tratamientos médico y quirúrgico. La experiencia me ha demostrado que si bien la enfermedad de Lane es siempre una enfermedad médica que debe tratar siempre el médico, hay ciertos casos destinados al cirujano, quien obtiene buenos resultados operatorios inmediatos y distantes, á condición de que se continúen durante mucho tiempo los tratamientos médico y físico.

Hay gran número de fracasos, porque no siempre se asocia el cirujano al médico para hacer el tratamiento; por esta misma razón hay muchos médicos y muchos cirujanos poco propicios al tratamiento quirúrgico.

Para diagnosticar el retraso en el tránsito del contenido intestinal se puede hacer la prueba del carbón: dar tres cucharadas grandes de carbón. Si no se ha eliminado al cabo de veinticuatro ó de treinta y seis horas, se puede deducir la existencia de estreñimiento; pero el estreñimiento no es el éxtasis; se puede tener la sospecha de que se trata del éxtasis, pero la prueba no es suficiente para adquirir la convicción. Es preciso recurrir al examen por los rayos X, que es el único que demuestra la existencia del e. i. c., estreñimiento derecho, iliocolo. Si el retraso del tránsito fecal está limitado al recto y al colon sigmoideo, ya no es éxtasis intestinal, sino simplemente disquecia, enfermedad que se cura siempre por procedimientos médicos.

Se recomendará al radiólogo que haga una serie de radioscopias. Una ó dos radiografías no sirven para nada. No basta decir: «á tal hora la comida opaca estaba en el intestino delgado ó en el recto»; hay que decir cuánto tiempo ha permanecido la comida opaca en el ciego, en el fleon, en el colon transversal y en todo el intestino grueso. Si se demuestra la existencia de la comida opaca en el fleon durante ocho diez, doce ó quince horas, si se detiene en el ciego, veinticuatro ó cuarenta y ocho horas, si se estanca en el colon, cuarenta y ocho, setenta y dos ó noventa y seis horas, se puede afirmar que hay e. i. c.

Los dos tipos de vientres.—Sir Arbuthnot Lane divide los éxtásicos en *vientres fuertes* y *vientres endebles*. Hay que añadir los vientres mixtos, es decir, los que participan á la vez de los caracteres anatómicos de los vientres fuertes y de los vientres endebles.

a) *Vientres fuertes.*—Estos vientres se caracterizan por una musculatura abdominal muy buena. El intestino grueso está colgado de sus ligamentos serofibrosos como un tubo de caucho que cuelga de un clavo y el punto de inserción de esos ligamentos provoca acodaduras y ángulos que impiden el tránsito de las materias fecales.

Las consecuencias de los trastornos del peristaltismo resultantes son fenómenos dolorosos que hacen creer que existe una úlcera gástrica, una apendicitis, enteritis, cólicos hepáticos, cólicos nefríticos, etc.

b) *Vientres endebles.*—En estos casos el colon presenta muy pocas acodaduras ó no presenta ninguna; no está suspendido de los ligamentos serofibrosos, cae á la parte más baja del abdomen y se presenta atrofiado y desprovisto de contractilidad. Estos enfermos no presentan trastornos del peristaltismo, sino toxemia de origen intestinal, jaquecas, adelgazamiento, fatigas, malas digestiones, lengua sucia, fetidez del aliento, amargor de boca, etc.; en suma, todos los síntomas de la toxemia intestinal.

Los que se encuentran más á menudo en la práctica son los vientres mixtos, ó sea los que participan de los vientres fuertes y de los endebles.

¿Es frecuente la enfermedad de Lane?

Sí; para encontrar casos patológicos no hay más que visitar los despachos de los médicos, de los cirujanos y de los especialistas. Cuando se presentan estos enfermos al neurólogo se quejan de fatiga, depresión general, apatía, jaquecas, neurastenia, neuralgias, epilepsia, trastornos psíquicos. Insisto sobre la epilepsia y los trastornos psíquicos, porque son los últimos síntomas que me ha indicado Sir Arbuthnot Lane. No es raro observar que las epilepsias y algunas psicosis mejoran por curas de desintoxicación. Conviene someter á todo epiléptico al examen radiológico del intestino. Muchas veces se comprobará la existencia de e. i. c. y en este caso una operación, el corto circuito, por ejemplo, ó la liberación de las acodaduras intestinales puede hacer desaparecer los accidentes convulsivos. No aconsejo que á todos los epilépticos se les abra el vientre, pero digo que hay que hacer el examen radioscópico de estos enfermos y operarlos á veces si se confirma la existencia de un e. i. c.

Cuando los enfermos éxtásicos se presentan á un dermatólogo se quejan de acné, eczema, seborröas, sudor mal oliente. Los intoxicados intestinales tienen la piel oscura, especialmente á nivel de los pliegues de flexión de las articulaciones, en la base del cuello y en la cara posterior de los brazos; la piel tiene el aspecto de sucia y mal lavada. Se cae el cabello de una manera precoz, y, en cambio, en las mejillas, en los antebrazos y en la cara posterior de los brazos se desarrolla una cantidad tan abundante de vello, que muchas mujeres se resisten á llevar mangas cortas,

En la consulta del médico general, estos enfermos se quejan de adelgazamiento. Desaparece la grasa, los senos se encuentran flácidos, las formas y los contornos se hacen angulosos. La piel queda demasiado flácida y se arruga de una manera precoz, lo cual da un aspecto feo y de vejez prematura. El sistema muscular se atrofia y los enfermos debilitados hacen lo posible por pasarse el día echados en una *chaise-longue*. Presentan la espalda encorvada, muchas veces escoliosis, pies planos y genuvalgum. Los enfermos tienen necesidad de llevar una faja á consecuencia de la visceroptosis y los trastornos consecutivos á la gastroptosis los molestan de una manera constante. Son también muy corrientes los trastornos endocrinos. Los venenos acarreados por la sangre alteran las glándulas y especialmente los senos, el tiroides, los ovarios y las suprarrenales. Durante los períodos menstruales, muchas mujeres tienen que pasar varios días ó por lo menos varias horas en cama y la mayor parte de ellas son estériles. Algunas se someten á operaciones en los ovarios con las cuales no encuentran mejoría; todas ellas son hipo ó hipertiroideas. Entre los trastornos corrientes se encuentran también los circulatorios; los intoxicados intestinales son frioleros, la nariz, las orejas, las manos y los pies están siempre fríos, por consiguiente son frecuentes los sabañones. Muchos de estos enfermos pasan por anémicos. Les gusta la estación calurosa y los climas de altura; se encuentran mal al borde del mar y tienen horror al invierno y en general á las localidades frías. Se quejan de palpitaciones cardíacas. Cuando andan, su respiración es fatigosa. Estos enfermos se encuentran afectados de e. i. c. y si la operación la suprime, los efectos patológicos se detienen, se mejoran y á veces curan, cuando todos los tratamientos médicos habían fracasado.

Los cirujanos ven estos enfermos que van á consultarles por apendicitis crónica, úlcera gástrica, nefroptosis, mastodinia. La reacción de los senos es muy frecuente. Las mujeres que padecen mastitis fibrosa ó quística, fibroadenomas, cáncer mamario, están afectas de cada diez veces ocho de e. i. c. Sir Arbuthnot Lane declara que la mama es el barómetro del intestino. Por consiguiente el éxtasis prepara la mastitis y la mastitis prepara el cáncer del seno.

A los laringólogos se presentan estos enfermos porque casi todos se quejan de que no pueden respirar profundamente, de que tienen la nariz ó la laringe obstruidas. La insuficiencia respiratoria perjudica la función del intestino y la intoxicación intestinal suprime la energía y la necesidad de respirar profundamente. La mayoría de los enfermos con éxtasis intestinal crónico tienen un tinte pálido ó muy moreno, la cara alargada como la hoja de un cuchillo, el pecho estrecho, la espalda encorvada y la boca abierta. Se les han raspado las vegetaciones adenoideas y se les han extirpado los cornetes sin resultado alguno para beneficiar el funcionamiento. La mayoría de los intoxicados intestinales se encuentran tristes y pesimistas. Ya cuando se levantan se encuentran fatigados y desanimados y no conocen «la alegría de vivir». La mayoría de las muchachas no tienen deseo alguno de contraer matrimonio, y si se casan son esposas tristes, que hacen desgraciado á su marido por agenesia y por su carácter agrío ó por su fatiga constante.

Un estésico es generalmente delgado, feo, fatigado, nervioso, excitado ó deprimido. Su tinte es malo, muere joven de tuberculosis ó de uremia, ó bien á una edad un poco más avanzada de cáncer ó de arterioesclerosis precoces.

En resumen, que para reconocer á un sujeto afecto de e. i. c. hay que pensar siempre en esta posibilidad. Hay que tener en cuenta que esta enfermedad y la sífilis son las dos grandes enfermedades, y que es la que predispone á la ma-

yoría de las enfermedades crónicas. Para confirmar esta hipótesis hay que someter al examen metódico por los rayos X á todo enfermo crónico. Muchos intoxicados intestinales aparecen calificados por los diagnósticos más fantásticos. Repito que se los trata por «artritis, neurastenia, anemia, dispepsia, psicosis, epilepsia, enteritis, salpingitis, metritis, esterilidad». Los cirujanos los operan sin resultado alguno por nefroptosis, apendicitis crónica, desviación de la matriz, ovario quístico. Los ortopédicos los tratan por deformación de la columna vertebral, pies planos, les aplican toda clase de fajas y de cinturones. Los dentistas los tratan por supuración de las encías, piórrea, los otorrinolaringólogos les extirpan las amígdalas, los especialistas en enfermedades de la piel, cuidan la caída del pelo, la hipertricosis, el sudor mal oliente, los sabañones. Los especialistas del sistema nervioso los tratan por neuropatía, histerismo. Estos «intoxicados» envenenan la vida de su familia, y recorren los sanatorios donde se someten á regímenes especiales. Toda su vida se la pasan corriendo detrás de la salud, ensayan todos los remedios y acaban por morir tuberculosos enfermos de arterioesclerosis ó cancerosos.

¿Qué tratamiento se les puede proponer?

Ante todo, el régimen, la higiene y la cultura física. Más vale prevenir que curar. Hay que acostumbrar el vientre de los niños á los buenos hábitos, enseñarles á vaciar su intestino con regularidad una vez al día, mejor dos veces que una. Si es preciso, hay que servirse del aceite de parafina que es un medicamento maravilloso que no perjudica nunca y siempre presta servicio.

La gimnasia abdominal. Insisto en la reptación. Consiste en echarse sobre el suelo, con los pies elevados y las manos á los lados del cuerpo ó detrás del ano; luego, en esta posición de decúbito prono se avanzará progresivamente alrededor de una mesa exclusivamente por contracción de los músculos del abdomen.

Sir Arbuthnot Lane me decía: «La mejor gimnasia para las muchachas estrefidas sería la danza de vientre que practican las bayaderas orientales».

La gimnasia respiratoria se impone. Facilita un exceso de oxígeno y excita las secreciones internas de los pulmones, del tiroides y de todas las glándulas endocrinas porque el pulmón es también una glándula endocrina.

El ejercicio físico no sólo es útil á las personas que sienten tendencia hacia él, es decir, á los temperamentos musculares y activos, sino que está especialmente indicado para aquellos que no tienen afición alguna á él; precisamente estas personas son las que le deben practicar más. Para ellos es para los que tiene más utilidad. El trabajador intelectual ó sedentario debe saber organizar su reposo y su higiene con el mismo cuidado que su trabajo de diario.

Alimentación racional. La alimentación moderna es artificial. Suprime la masticación y disminuye las vitaminas. Por eso hay que recomendar el pan integral, las verduras cocidas al vapor, la masticación lenta, las frutas crudas y muy maduras, la ensalada cruda, la sémola, las uvas, las ciruelas, los cereales y todas las legumbres.

Estos alimentos poseen desperdicios, celulosa, que dejan residuos, los cuales excitan el intestino y provocan un masaje intestinal favorable á las deposiciones frecuentes.

Sir Arbuthnot Lane llamaba la atención sobre el detalle de que las razas primitivas no conocían el estreñimiento, ¿por qué? Porque comen gran cantidad de alimentos crudos, porque consumen celulosa, y porque hacen sus deposiciones en el momento mismo en que se siente necesidad de ello, en medio de los bosques, donde se encuentran, sin preocuparse de ir á retretes ni cuartos de baño.

Psicoterapia. El papel de la psicoterapia es considerable y el médico no obtendrá resultado alguno si no reeduca á su enfermo. Hay que enseñar á estos enfermos que sufren desde su infancia á que dejen de quejarse, á que adquieran voluntariamente, y por autosugestión, la alegría de vivir.

La función de los músculos, la de los pulmones, de las mandíbulas, los trabajos psíquicos, todo queda retardado por los venenos intestinales. Hay que reactivar todas estas funciones y para ello no basta suprimir la causa y asegurar el mejor desagüe del intestino, sino que hay que hacer que el organismo y la especie toda, recuperen los buenos hábitos.

Organoterapia. Tiroides, suprarrenales, ovarios, hipófisis, hígado, riñones, todas las glándulas endocrinas han sufrido y se encuentran alteradas ó son insuficientes. Hay que suplir su insuficiencia por la opoterapia, por lo menos, durante algunos años.

Tratamiento quirúrgico.

¿Se debe operar? En los casos ligeros que curan por el tratamiento médico exclusivo, nunca. Los casos de mediana intensidad se tratarán primero médicamente, y en caso de fracaso, se los operará. Los casos graves serán sometidos á tratamiento quirúrgico.

¿Qué operación debe elegirse?

Tratándose de vientres fuertes conviene la liberación de las bridas y de las acodaduras, seguida de la peritonización.

Tratándose de vientres endebles conviene el desagüe intestinal por el circuito corto ó por la colestomía.

En los casos mixtos convienen ambos tratamientos.

Colectomía total en un tiempo: es muy raro que esté indicada; necesita un sujeto muy resistente, deformidades del intestino ó infecciones graves y crónicas del colon.

Colectomía en dos tiempos: primero, cortocircuito, y luego, resección. La colectomía secundaria, después del cortocircuito, no hace correr al enfermo casi ningún riesgo operatorio.

Corto circuito, ó sea una cecosigmoidostomía ó bien una ileosigmoidostomía. Se hará lo que sea más fácil, según el estado anatómico del sujeto. El e. i. c. no amenaza la vida del enfermo de una manera inmediata; por tanto, hay que hacer una operación benigna. Vale más arriesgarse á tener que hacer dos operaciones benignas, que hacer una sola grave.

Conclusión.

Evítese el estreñimiento de los niños, procurando la regularidad de función del intestino por medio de una alimentación racional, por los deportes al aire libre y por el ejercicio. Mientras el estreñimiento esté localizado en el colon izquierdo, debe curar por el tratamiento físico y el aceite mineral. Si el estreñimiento se encuentra en el intestino delgado y en el colon derecho y si el médico le sabe curar bien, tiene todavía cinco probabilidades contra diez de curarle sin recurrir á la operación. Por tanto, el número de estreñidos que deben llegar á la operación es relativamente restringido.

TRATAMIENTO DE LA DIABETES (1)

POR EL
DR. ESQUEDERO

De acuerdo con las ideas que siempre hemos sostenido en cuanto á los regímenes sistemáticos, creemos que cada enfermo deberá tener el suyo propio, no decir: «Coman patatas, no carne, y sí manteca», pero como es necesario sintéti-

(1) Véase el número anterior.

zar, sobre todo, desde el punto de vista de la enseñanza, nosotros establecemos dos tipos de regímenes alimenticios diferentes, uno que llamamos provisorio, y otro definitivo. El primero tiene por objeto conseguir que el enfermo se vuelva aglucosúrico, que pierda el azúcar urinario que se presenta en todos los casos sin excepción alguna. El definitivo tiende á establecer el régimen que corresponde á cada enfermo, siéndole suficiente y completo, y al mismo tiempo capaz de que no vuelva la glucosuria.

Dentro del tipo de régimen provisorio, nosotros hemos establecido para cada grupo de nuestra clasificación un tipo de dicho régimen, que se ha publicado en forma de cuadro, y con él, y conociendo el médico la tolerancia del enfermo, basta una sencilla proporción para aplicarlo.

A los enfermos con una tolerancia de más de dos gramos de hidratos de carbono por kilo de peso, les damos 2,5 gramos de hidratos de carbono, uno de proteínas, y medio de grasas por kilo corporal; si á los tres días de este régimen no desaparece la glucosuria, se les somete al núm. 2, con uno de hidratos, uno de proteínas y medio de grasas. Si tampoco á los tres ó cuatro días desaparece la glucosuria, damos medio de hidratos, medio de proteínas y cero de grasas. Si aún resisten, llegamos al ayuno, pero hemos de decir que hemos encontrado pocos enfermos que hayan llegado á este para conseguir la aglucosuria.

Llegados los enfermos á la aglucosuria, es el tiempo de comenzar la parte más difícil, el ir aumentando los alimentos estudiando la capacidad de asimilación para cada uno de ellos, hidratos, proteicos y grasas, y establecer un régimen que ha de ser completo, esto es, que ha de tener, además de estos tres principios, vitaminas, sales y agua.

Es una ley obligatoria en dietética que el régimen debe ser completo en los principios fundamentales de la alimentación, y debe ser suficiente, es decir, que es necesario proporcionarlo tal, que le permita al enfermo su vida y su trabajo normales, viviendo como todo el mundo. En esas condiciones establecemos nuestro régimen definitivo, basado en los cuatro principios de dietética que vamos á enunciar: 1.º Es necesario deducir al peso normal el del enfermo. Hay muchos diabéticos que no lo son sino como consecuencia de una obesidad más ó menos pronunciada. Nosotros establecemos el peso teórico de cada enfermo no por las fórmulas antropométricas recomendadas, sino por una estadística enorme de un gran centro de Nueva York, que ha establecido el peso normal de los individuos, basado en 12.000 observaciones en la mujer, y un número mayor en el hombre. Nosotros nos valemos de esta estadística para determinar el peso normal, y hemos podido comprobar, que basta muchas veces reducir el peso del enfermo á su cifra normal, para que desaparezca la diabetes.

Esto explica el éxito de muchos tratamientos á primera vista disparatados, como el régimen de las patatas, etc. Son regímenes hiponutritivos, pero en seguida se ve que en cuanto el individuo comienza á aumentar de peso, reaparece la diabetes. De modo que como primera regla general, es indispensable que el diabético se mantenga en su peso teórico normal.

Además establecemos que el diabético debe alimentarse con el máximo de albuminoides tolerado, y en esto estoy en flagrante contradicción con muchas escuelas, que sostienen el régimen hipergraso y llegan á dar cantidades de albuminoides por debajo de 75 centigramos por kilogramo de peso corporal. Está probado por los estudios de Rubner, que hay que dar á los diabéticos mayor cantidad de albuminoides que la normal. Nosotros establecemos que no debe darse más de un gramo de albuminoides por kilogramo de

peso, y sólo si la tolerancia es muy grande se puede llegar á 2 gramos. Debe darse también el máximo de hidratos de carbono tolerados, y también en ello estoy en desacuerdo con la mayoría de las escuelas que sostienen que es necesario reducirlos, porque representan un esfuerzo del funcionalismo para las glándulas de secreción interna, para los islotes de Langerhans, sobre todo. Nosotros nos ponemos á cubierto de estas críticas reduciendo la cantidad de tolerancia total, en el 10 por 100.

Por último, administramos grasas en la mayor cantidad posible, es decir, sólo la necesaria para impedir que el enfermo pierda peso, y en esto nos ponemos al lado de la escuela de Wodyat, pero en contradicción con la de Joslin y Allen, que sostienen el régimen hipograso, llegando casi á la supresión de estos principios. Con estas cuatro reglas generales, reducción del peso á la normal, máximo de hidratos y de albuminoides, y mínimo de grasas, nosotros llegamos á establecer el régimen apropiado para cada enfermo, que es distinto en uno de otro.

En mi país hemos conseguido que en el 80 por 100 de los casos los diabéticos vivan sin glucosuria solamente con un régimen establecido, según esas líneas generales, pero hay un 20 por 100 de diabéticos que viven aglucosúricos, pero en los que el régimen resulta, no suficiente como debe ser, sino insuficiente, porque en cuanto se aumenta la cantidad de alimentos, aparece la glucosuria. Están abocados á un callejón sin salida, porque si se les da un régimen alimenticio suficiente, aparece la glucosuria, y si no les damos ese régimen, pierden peso constantemente, y entonces es de aplicarles un dicho muy común en mi tierra: «No te morirás, pero te irás consumiendo». Efectivamente, como el régimen es insuficiente, van desmereciendo hasta que sucumben por cualquier complicación banal. A estos enfermos no había teoría, régimen ni escuela, que pudiera sacarlos del atolladero á que forzosamente estaban abocados, hasta que apareció la insulina. Para ellos la insulina ha resultado ser un medicamento heroico, absolutamente comparable á la tiroidina en los insuficientes tiroideos. Absolutamente comparable al suero específico en los casos de angina diftérica, y entonces, es el caso de preguntarse: pero ¿la diabetes se cura? Antes de contestarlo es necesario que yo explique un neologismo que usamos en mi tierra desde hace más de veinte años. Fué creado por un gran maestro mío, el profesor Berli, y consiste en diferenciar entre curar y sanar. Un sujeto que tiene una bronquitis aguda banal, que á los quince ó veinte días entra en su normalidad perfecta, sin precaución ninguna á seguir en su vida ulterior, ha llegado á la *restitutio ad integrum*, está sano.

Pero consideremos el caso de un sífilítico en el período que se quiera: se le da tratamiento un mes ó dos, y se le dice que vuelva á los tres meses, al año; y cuando uno se pregunta, ¿cuándo debemos terminar definitivamente? En rigor de verdad, el profesional debe aconsejar, no abandonar del todo nunca el tratamiento, pues es de gran peligro el no continuarlo constantemente. ¿Ha sanado este enfermo? No, ha curado. El primero, ha sanado; el segundo, ha curado.

Pues bien; la diabetes, ¿se cura ó se sana? En Medicina no pueden establecerse fórmulas absolutas. Si estamos en presencia de un diabético por una transgresión grosera del régimen alimenticio, esos obesos, esos diabéticos artificiales, con glucosuria é hiperglucemia en relación con su obesidad, y conseguimos volverlos á su peso normal, y les establecemos un régimen alimenticio completo y suficiente que les permita su vida normal como una persona sana, sin perder fuerzas, y manteniéndose con un ligero aumento de su peso

normal, ese enfermo está curado. ¿Está sanado? ¿Y si hace una transgresión de ese régimen? Vuelve á su enfermedad, pero es como si á un sujeto que tiene una puñalada, se le da otra y se muere. De la primera estaba bien sano. Si un diabético con régimen hace una transgresión y vuelve á su estado anterior, es lo mismo que en el caso de la puñalada. Ese enfermo estaba sanado.

Pero hay enfermos en los que la insuficiencia de los islotes de Langerhans está por debajo del mínimo normal para conseguir el perfecto metabolismo de los hidratos de carbono. Un caso: Un enfermo tolera 25 gramos de hidratos de carbono y pesa 50 kilos, ó sea medio gramo por kilo; pero si le aumentamos esos hidratos, glucosuria, si aumentamos los proteicos, también, y si aumentamos las grasas, acidosis. Estamos atados, ¿lebe morir el enfermo? Entonces acudimos á la insulina, que permite metabolizar 2 gramos de hidratos de carbono por unidad. Si á ese sujeto le hacen falta 25 gramos más de hidratos de carbono, le damos 12 unidades de insulina, y entonces tendrá un régimen alimenticio completo y suficiente. Estará curado solamente, pues no vivirá bien más que cuando mantenga su régimen alimenticio, merced á la insulina.

Algunos casos se observan que la administración prolongada de la insulina despertó la función endocrina pancreática, que estaba dormida, entorpecida, porque en realidad la insulina representa un verdadero reposo para la glándula, ya que llena el papel que debía haber llenado el páncreas, y se observa que enfermos que toleraban los 25 gramos de hidratos de carbono con sus 12 unidades de insulina, después de dos ó tres meses de tratamiento, sólo necesitan tres ó cuatro unidades. Ello quiere decir que el páncreas ha aumentado su función endocrina viniendo á recuperar parte de su antigua función. ¿Hasta donde podrá llegar la insulina? Es asunto que no puede decidirse, porque hace apenas un año que estamos estudiando el medicamento.

Cuando apareció la insulina nosotros tuvimos la fortuna de que el Gobierno argentino nos encargase, en unión de otros profesores, del estudio de una insulina que se hace en mi país, la Soldevi, y estudiamos su valor en comparación con la de Elibit (?) americana, y la de Heb y Brand inglesa, y pudimos comprobar que la nuestra se parecía como una gota de agua á otra á la americana, teniendo además la ventaja de que con el procedimiento Soldevi se obtenía una insulina mucho más barata que la americana.

Tenemos respecto de la insulina una gran experiencia, porque encargados por el Gobierno de su estudio, aflujan á nuestro servicio más diabéticos que queríamos, y tuvimos ocasión de repetir y demostrar hasta el cansancio todo lo que acabamos de decir.

A nosotros los enfermos venían para que les aplicásemos la insulina, pero nosotros les decíamos: No, hay que saber lo que tiene usted. Y la inmensa mayoría de ellos se volvían aglucosúricos con un simple régimen alimenticio.

Yo no digo estas cosas por inmodestia, sino por lo que puedan significar para la enseñanza. Nosotros tuvimos oportunidad de atender á un muy rico hombre de mi tierra, un judío europeo que había sido visto por notabilidades tan grandes como Salomon, Von Noorden y Labbé, que llevaba quince años de diabetes y que no recordaba haber pasado una sola semana de su vida sin 10 gramos de glucosa por litro de su orina. La insulina nuestra no teníamos más remedio que aplicarla en nuestra clínica, pues se trataba de una cosa oficial. El hombre tuvo que entrar por las horcas caudinas, y con gran sorpresa de todos, á los cinco días no tenía glucosa en su orina y hasta hoy ha continuado aglucosúrico sin insulina.

Era otro caso de los muy numerosos de diabetes por perturbación, no de los hidratos de carbono, sino de los albuminoides, encontrándose una gran tolerancia para aquéllos y muy pequeña para éstos. Presentaba un hecho muy elocuente. Tenía dolores anginosos y desaparición del reflejo rotuliano, y se había sometido á tratamiento mercurial intenso porque se decía tabético y anginoso de pecho. Pues se fueron los dolores y vino el reflejo rotuliano desaparecido.

La insulina tiene una indicación fundamental. En las formas en que el médico fracasa fatalmente, en todos aquellos casos de coma diabético, que se mueren en proporciones aterradoras de un 95 por 100. En esos casos de acidosis grande, que resisten á todos los regímenes, y que no se puede hacer nada, las ideas acerca de los cuales en las últimas generaciones están resumidas por la frase de Von Noorden, que dice que si en el coma diabético se logra traer al enfermo al conocimiento por unas horas, tan sólo se consigue hacerle ver que se va á morir, es donde se ha dado el éxito más ruidoso y más grande de la insulina, ahí donde fracasa toda la Medicina.

Y sin referirme sino á mis propios casos, he de hacer la descripción de uno muy elocuente. Un diabético viejo; con 50 kilogramos de peso perdidos, con una acidosis enorme, eliminando 143 gramos de cuerpos cetónicos por 1.000 y por día, al cual se le habían hecho todos los tratamientos conocidos, que tenía acetona, ácido acético, todo. Se aplicó la insulina, y tres días después el enfermo abandonaba la clínica sin azúcar y sin acidosis, y al salir daba la impresión que dan los tifoideos cuando se les aplica un baño de Brand, esa sensación de frescor, de bienestar.

Citaré otro caso de Rígh, de una enferma que ingresó en la clínica, en acidosis, en coma diabético. Se le aplicó la insulina, y á las veinticuatro horas le recibió el buen enfermo leyendo los diarios del día.

Yo creo que en la acidosis y con la insulina, se pueden obtener los mismos resultados que se obtienen con la tiroidina en el mixedema, por ejemplo, ó con el suero en las anginas diftéricas.

Fuera de la acidosis, ¿cuál es la aplicación fundamental de la insulina? Ya he dicho que en el 80 por 100 de los casos, los diabéticos marchan bien, nada más que con el régimen, pero que en un 20 por 100 se puede aplicar el dicho de: «No te morirás, pero te irás consumiendo». Se hallan sometidos á un régimen tal, que si no se mueren por su diabetes, se mueren de hambre. Para ellos la insulina es salvadora. Su administración, siempre por vía hipodérmica ó endovenosa, consigue transformar el régimen hiponutritivo insuficiente, en suficiente, consiguiendo una supervivencia más ó menos larga.

Un inconveniente tiene la insulina, que le hace perder en su parangón con la tiroidina. No me refiero á las cuidados de su administración ni al síndrome hipoglucémico, porque bien manejada la insulina no hay ningún peligro, se puede utilizar con la misma impunidad que la morfina. Conociendo la dosis y el modo de administración nadie teme el manejar los alcaloides. Pero mientras la tiroidina se administra por vía bucal, y es, por lo tanto, fácil decir á las gentes: «Tome usted este comprimido dos veces al día», la insulina por vía oral cambia ó se destruyen por completo sus propiedades, y ello nos ha inducido á hacer algunos estudios, que se están llevando á cabo en mi clínica, para ver de conseguir la administración bucal de la insulina, en cuyo caso podría compararse con la tiroidina.

La necesidad de sintetizar un tratamiento, que requiere para su comprensión muchas páginas, ha obligado á hacer

esta exposición un poco esquemática, con todos los inconvenientes de las cosas esquemáticas, y para quien me haya seguido más en la forma que en el fondo, creará que el tratamiento y la curación de la diabetes son cosas matemáticas: $2 + 2 = 4$. Muy lejos de mi ánimo el afirmar esas cosas, yo me adelanto á afirmar el criterio de que el diabético es un enfermo, y, por consiguiente, cualquiera que sea el tratamiento que se le recomiende, tiene las exigencias de todos los enfermos.

El médico que se llame médico, es, por los menos, un observador, es un biólogo, y el biólogo es un ser que va á buscar la verdad sin conseguirla nunca. Va escalando un monte creyendo que desde su cima podrá contemplar el horizonte en su inmensidad, y cuando llega á ella no hace sino ver otra que intercepta el horizonte que creía ver, y no tiene otra satisfacción sino la del placer que produce la resolución de un problema. Y así deberá caminar indefinidamente mientras el mundo sea mundo, y si nos encontráramos un ser que nos dijera que había encontrado la verdad, si encontráramos un biólogo que nos dijera que había llegado á la investigación del último porqué, no tendríamos más dilema que decir: «O se trata de un loco, ó ese hombre no es hombre, ese hombre es Dios.»

He dicho.

Bibliografía.

CHEMISTRY OF TUBERCULOSIS, por H. Gideon Wells, Lydia M. Dewitt y Esmond R. Long. — Un tomo encuadernado de 438 páginas; Williams & Wilkins Company, Baltimore, U. S. A.; precio 5,50 dólares, 1923.

Constituye este libro un análisis completo y una revista crítica de las contribuciones sobre la química del bacilo de la tuberculosis y de sus productos, de las modificaciones químicas y de los procesos que tienen lugar en el organismo invadido y de los aspectos químicos del tratamiento de la tuberculosis.

Los autores, dedicados durante varios años en investigaciones originales sobre los problemas químicos de la tuberculosis, han recogido de las fuentes disponibles, todos los datos conocidos acerca de los procesos químicos que tienen lugar en la tuberculosis y acerca de la química del germen que la produce.

El libro está dividido en tres partes: la primera se refiere á la química del bacilo tuberculoso y bacterias análogas y de sus productos. Se dedica una atención particular al metabolismo del bacilo de la tuberculosis.

En la segunda se ocupan los autores de las alteraciones químicas que se verifican en la persona ó animal tuberculizado. Discuten los procesos químicos que tienen lugar en el tejido infectado y también en las partes del organismo que no muestran lesiones tuberculosas. Existe un capítulo especial sobre la química de la sangre en la tuberculosis.

La química de los exudados tuberculosos de todas clases y la química del esputo, son objeto cada una de ellas, de un capítulo distinto. Otros capítulos se refieren al metabolismo de la tuberculosis y á la química de la orina en la tuberculosis.

En la tercera parte se exponen los métodos químicos empleados en el tratamiento de la tuberculosis, discutiéndose particularmente los estudios que han sido hechos para obtener un tratamiento por un medicamento específico. Además contiene una discusión de los agentes químicos que han sido empleados en el tratamiento de la tuberculosis sobre una base más general que la de la quimioterapia específica.

El libro de que damos cuenta, facilita notablemente el estudio de los problemas de la tuberculosis y sirve como una obra perfecta de referencia sobre los procesos de interés para los que se dedican al estudio de esta enfermedad.

EMILIO LUENGO ARROYO

Periódicos médicos.

OFTALMOLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **El organismo endocelular de Golgi ante los traumatismos de la córnea y de la retina, por el Dr. Muñoz Urra.**—La Oftalmología española, que el año pasado tuvo la desgracia de perder á uno de sus miembros más ilustres, el Dr. Muñoz Urra, muerto prematuramente en su pueblo natal (Talavera de la Reina), y ya de merecidísima fama universal por sus notables trabajos de histología y anatomía patológica ocular, se ha visto enriquecida debido á su talento con unas docenas de grandiosas adquisiciones científicas, algunas de las cuales, ya póstumas, van á ser extractadas por nosotros en esta Revista, puesto que no tenemos la preparación histológica suficiente para hacer su análisis.

El aparatito endocelular de Golgi es un detalle estructural constante en todas las células del organismo, ya sean embrionarias ó adultas, y es una especie de retículo tubular alojado en el protoplasma y siempre emplazado en el llamado por Cajal *polo mundial* de la célula, es decir, por el sitio por donde recibe las impresiones del mundo exterior. Su función no está perfectamente definida todavía, aunque parece intervenir en el desarrollo y evolución del protoplasma, dado que se contempla exuberante en los casos de mitosis celular, mientras que por el contrario se muestra disgregado y exiguo en los estados degenerativos y traumáticos de las células.

Pues bien, el Dr. Muñoz Urra da cuenta en este trabajo de los cambios estructurales del aparatito de Golgi en las lesiones experimentales por él llevadas á cabo en la córnea y en la retina de las aves y mamíferos.

Lesiones de la córnea.—A las pocas horas de un traumatismo se muestra ya la degeneración progresiva de este organito consistente de la desorganización de la forma reticular del mismo, hasta llegar á convertirse en un estado granuloso esparcido por el protoplasma, alteraciones éstas tanto mayores cuanto más próximas se encuentran los elementos celulares al lugar donde obró el traumatismo. Este aparatito es sumamente sensible, y en seguida se hace eco de todas las modificaciones patológicas.

Lesiones de la retina.—Las mismas alteraciones que tienen lugar en la córnea se presentan en la retina, con motivo de un traumatismo: desintegración de las mallas y expulsión de los granitos por todo el protoplasma celular. Además, en la membrana nerviosa por efecto de ciertos estímulos (solución salina concentrada, rayos de distintos colores), el autor ha observado un hipertrofia del organito de Golgi, lo que parece indicar un estado de hiperfuncionalismo celular. (De *Arch. de Oft. Hisp. Am.*, Enero de 1923).—DR. MARÍN AMAT.

2. **Estructura y detalles fisiológicos de las placas motrices del ciliar en el hombre, mamíferos y aves de lento y rápido vuelo, por el Dr. Muñoz Urra.**—El músculo ciliar humano es de fibra lisa, y aunque está innervado por la iniciativa del tercer par, al llegar al ganglio oftálmico sus fibras terminan por arborizaciones libres alrededor de las células simpáticas que le constituyen, las que dan origen á las fibras de esta naturaleza que va á terminar en forma de plaquitas motoras en el músculo.

En cambio, entre las aves, el músculo ciliar es de fibra estriada, y el motor ocular común va á parar directamente sin hacer escala en la estación nerviosa representada por el ganglio oftálmico, al mismo músculo, en el que también termina en forma de placas motrices.

Pues bien; el Dr. Muñoz Urra ha demostrado que la manera de terminar las fibras simpáticas en el músculo ciliar humano, es en forma de placas motrices de una finura y una laxitud extraordinarias. La mayoría de estas fibrillas terminan de un modo arrosariado, pero hay otras todavía más finas y ténues á las que el autor les asigna otra función distinta (vasomotor ó inhibidor). En cambio, en el músculo ciliar de las aves, que está constituido por fibras estriadas, los filetes terminales del tercer par llegan al mismo músculo provistas de su mielina, y se terminan en una multitud de placas motoras de textura muy compleja. También existen las finas fibras descritas en el ciliar del hombre y cuya misma función les asigna. Ahora bien, el número de fibras y placas motoras está en razón directa de la rapidez del vuelo de las aves, lo que indica la necesidad de efectuar una acomodación casi instantánea, como músculo de fibra estriada que es en ellas el ciliar.

De este estudio histológico deduce el autor que la disposición del músculo ciliar en la escala animal obedece á una necesidad biológica. Así las aves de vuelo rápido poseen un músculo ciliar estriado con una riqueza inmensa de placas y fibras motrices, y cuyo motor ocular común no tiene estación intermedia en el ganglio oftálmico, con lo que la orden de acomodación es instantánea y voluntaria. (De *Arch. de Oft. Hisp. Am.*, Enero de 1923).—DR. MARÍN AMAT.

3. **Histogénesis del ganglio oftálmico y su comportamiento ante las lesiones del polo anterior del ojo, por el Dr. Muñoz Urra.**—Original trabajo de histogénesis del ganglio oftálmico en el embrión del pollo, con magníficas y demostrativas figuras difícil de extractar; al que sigue la exposición de la textura del mismo ganglio ya adulto (tanto en las aves, como en los mamíferos y en el hombre), conocimiento que se debe al empleo del método de la plata reducida de Cajal.

Las células que constituyen el ganglio oftálmico humano son de naturaleza simpática y tienen de particular que las prolongaciones protoplasmáticas se disponen en forma de corona, rodeando á la célula por debajo de la cápsula, así como el ser cortas y recias, aunque también existen otras largas y finas que rodean á la célula en una especie de nido. El cilindro-eje de estas células brota de cualquier dendrita y antes de tomar su verdadera dirección (el de los nervios ciliares), describe dos ó tres vueltas alrededor de la célula, para continuarse en forma de fibra sin mielina (de Remak), sin estrangulaciones y sin cubierta medular.

Las fibras del motor ocular común terminan en el ganglio oftálmico alrededor de las células que lo integran y penetrando por la cápsula se ponen en contacto con la corona dendrítica de una manera muy íntima, puesto que rodea en apretadas espirales los tallos protoplasmáticos que forman dicha corona. Las fibrillas terminales de tercer par son extremadamente finas y lisas.

Las modificaciones del ganglio ciliar en los traumatismos de la córnea, iris, cuerpo ciliar ó sección del polo anterior del ojo, que el autor ha encontrado en las aves, son muy demostrativas y se reducen al aumento considerable de los *ovillos de Dogiel* (son muy escasos normalmente), es decir, á la presencia de fibrillas sin mielina, que rodean múltiples veces á las células, en forma de ovillos complicadísimos y no sólo á la célula, sino también al cilindro-eje en su origen. Los ovillos de Dogiel que constituyen un fenómeno normal han aumentado considerablemente de número en virtud de ciertos estímulos patológicos, que provocan fenómenos regenerativos. Las fibrillas formadoras de los ovillos de Dogiel parecen proceder de conductores sensitivos

atraídos por una influencia neurotrópica, procedente de los corpúsculos satélites ó endocapsulares.

Además, ha encontrado que los axones de los nervios ciliares se muestran deshilachados y próximos al ganglio presentan múltiples retoños que se suelen reunir en pequeños manojos con dirección retrógrada, es decir, camino del ganglio oftálmico, y una vez llegados á éste forman complicados ovillos de Dogiel ó terminan en puntas finas y libres.

También las células suelen mostrarse pálidas y con degeneraciones vacuolares y hasta llegan á arrugarse y á ser completamente irreconocibles; á pesar de lo cual se mantienen íntegros los ovillos de Dogiel. (De *Arch. de Ojt. His. Am.*, Febrero de 1923.) — DR. MARÍN AMAT.

TERAPEUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Posible detención de los paroxismos en las taquicardias esenciales por el reflejo óculo-cardíaco, por A. Clerc y P. Noel Deschamps.**—Es ya conocida desde hace mucho tiempo la acción suspensiva que ejerce la excitación del neumogástrico sobre la crisis de la taquicardia paroxística. Los propios enfermos suelen provocarla á veces instintivamente recurriendo á maniobras extravagantes y aun á medios científicos, como la compresión del paquete vago-carotidiano á nivel del cuello (maniobra de Czermak).

Desde el descubrimiento del reflejo de Daguini Ashner, se ha venido considerando á éste como el recurso más fácil y más indicado para detener las citadas crisis, y de ello se han publicado algunas observaciones favorables, pero ninguna hasta ahora había sido acompañada del correspondiente control cardiográfico.

Los autores presentan un caso de esta naturaleza, referente á una mujer de cincuenta y siete años, en la cual la compresión de los globos oculares provocaba de un modo constante el retorno del número de latidos del corazón á su frecuencia normal.

El trazado cardiográfico resulta muy interesante y pone de manifiesto los títulos del *stimulus*, que, después de haber determinado una serie de extrasístoles de tipos variados, termina al cabo de siete segundos por reemprender su marcha fisiológica, al mismo tiempo que la ondulación auricular, ausente durante la crisis, vuelve otra vez á ocupar su sitio normal.

Hay que advertir que esta maniobra no ha sido ocasionada por el éxito en todos los casos, pues, de tres casos personales, ha fracasado una vez; resulta estéril si se trata de taquicardias ligadas á sople auricular.

Alguna veces puede ser más eficaz la compresión carotidiana, pero siempre deberá ser ensayada primeramente la compresión de los globos oculares en razón á su simplicidad y á sus buenos efectos.

Claro es que no se trata más que de un recurso sintomático incapaz de impedir el que las crisis se reproduzcan, por lo que será preciso administrar en los intervalos las diversas medicaciones preventivas, á la cabeza de las cuales figura la quinidina. (*Bulletin de l'Academie de Medecine*, número 11. Sesión del 11 de Marzo de 1924.)—T. R. Y.

2. **Las inyecciones subcutáneas de oxígeno en las asfixias del recién nacido, por Favreau y Rantureau.**—En una primípara con pelvis ligeramente estrecha, después de un trabajo muy largo, de cuarenta horas, se observó durante el período de expulsión que los ruidos del corazón fetal se iban haciendo cada vez más rápidos. El niño nació en estado sincopal con una circular muy apretada alrededor del cuello. La madre sufrió una crisis de eclampsia fugaz.

Entre las causas de síncope, no sólo hay que señalar la posible cortedad accidental del cordón y la estrechez pelviana, capaz de determinar una compresión exagerada de la cabeza, sino también un estado deficiente en un feto nacido de una madre intoxicada, después de un trabajo muy largo.

Después de desobstruidas las vías respiratorias del recién nacido y de aplicarle baños y fricciones, éste aun no empezó á respirar regularmente hasta que se le pusieron inyecciones subcutáneas é intramusculares de 20 c. c. de oxígeno. El niño murió en la noche del segundo al tercer día, encontrándose en la autopsia una hemorragia á nivel del ventrículo lateral izquierdo.

Para el autor, la indicación más precisa de la oxigenación subcutánea se halla constituida por los casos de asfisia pura del recién nacido en que, persistiendo los latidos cardíacos, no se ha establecido todavía la respiración artificial. La acción curativa del oxígeno se manifestaría creando sobre los tejidos inyectados un verdadero pulmón artificial á cuyo nivel podría realizarse la hematosis.

Quizá pudiera también utilizarse la inyección de oxígeno con un fin preventivo en las presentaciones podálicas con dificultad para la expulsión, bien por escasa amplitud pelviana, bien por excesivo volumen del feto, capaces de acarrear la compresión del cordón y la asfisia consecutiva. Esto no excluye el que se procure extraer la cabeza última lo más rápidamente posible, y en caso de necesidad con el fórceps, siempre que los órganos genitales lo permitan, en cuanto el feto empieza á dar señales de sufrimiento.

El autor ha tratado de aprovechar esta pretendida acción preventiva del oxígeno en un caso en que los latidos del cordón y el choque del corazón estaban abolidos; el feto había muerto ya. Lleva siempre en su trousseau el oxigenador de precisión de Bayeux, que es fácil de transportar. (*Journal de Medecine*, de Bordeaux, núm. 5, 10 de Marzo de 1924.)—T. R. Y.

3. **La idiosincrasia quinica en los palúdicos, por G. Comporti.**—Entre las alteraciones de la sangre que se encuentra en el paludismo, además de la anemia que es constante, están la hemoglobinuria y las formas hemorrágicas. El autor hace consideraciones acerca de las teorías emitidas para explicar la patogenia de estas alteraciones, y concluye que la hemoglobinuria y los síndromes hemorrágicos por la quinina se presentan solamente en los palúdicos y necesitan para su producción tres elementos: elemento quinina, elemento paludismo y alguna cosa individual, personal, que raramente es privilegio de herencia. No pueden considerarse como hechos de anafilaxia principalmente, porque pueden presentarse sin sensibilización previa, porque no se provocan por sustancias proteicas, porque no dejan al individuo indemne después del ictus, porque están en directa proporción con la proporción del fármaco ingerido. Casi siempre están producidos por el sulfato y el clorhidrato de quinina, sólo excepcionalmente por otros compuestos de la quinina. Cesan con la supresión del alcaloide, del cual son manifestaciones específicas y no se repiten con el uso del tannato y mejor todavía con la cinchonina, que representan los medicamentos más racionales y más seguros. (*Rassegna internazionale di Clinica e Terapia*, núm. 7, Julio de 1923.)—E. LUENGO.

4. **Sobre la influencia galactógena de las inyecciones de leche, por M. P. Chatin y Robert Rendu.**—El profesor Nolf, de Lieja, es el promotor de un método que tiene por objeto aumentar la secreción láctea, por medio de las inyecciones de leche de mujer, con el cual dice haber obtenido tantos éxitos como veces le ha empleado, consiguiendo siempre un aumento manifiesto y duradero en la cantidad

de leche segregada que varias veces ha llegado «rápidamente al doble y aun al triple».

Este método ha sido experimentado por los autores, dejando á un lado toda idea preconcebida, con las precauciones experimentales necesarias y con resultados que se expresan en la siguiente fórmula: 18 inyecciones, 13 fracasos.

Tres veces la inyección ha sido seguida de una disminución ligera de la secreción láctea: cinco veces, esta secreción ha permanecido estacionaria, y otras cinco veces, por último, se ha notado un ligero aumento coincidente siempre con otros factores concomitantes, tales como: cambio ó aumento del número de niños amamantados, exigencia creciente y progresiva del niño á medida que va avanzando en edad, cambio de alimentación y de género de vida al entrar la nodriza en el hospital.

Esto es lo que han puesto en evidencia las curvas cotidianas de secreción láctea establecidas haciendo con toda regularidad la suma ponderal de todas las tetadas del día, y progresivas, durante varios meses consecutivos, tanto anteriores como posteriores á la experiencia. Los éxitos aparentes de Nolf sólo parecen explicarse por una interpretación defectuosa de los resultados, en la cual no se han tenido en cuenta las numerosas causas fisiológicas y patológicas que son capaces de hacer variar espontáneamente la secreción láctea. (*Journal des Praticiens*, núm. 2, 12 de Enero de 1924.) T. R. Y.

5. **Tratamiento del lumbago agudo por la inyección de quinina y de urea, por H. S. Fouttar.**—La presencia de un foco sensible poco extenso, dice el autor en *The British Medical Journal* (17 Noviembre 1923), sugiere naturalmente la idea de un tratamiento puramente local, de donde el empleo del calor, las ventosas, el masaje, la acupuntura, los cauterios, etc

Si siguiendo este mismo orden de ideas, el autor ha tenido la ocurrencia de inyectar un anestésico local con resultados extraordinariamente notables. A tal efecto, se ha valido de una solución al centésimo de quinina y de clorhidrato de urea, de la que inyecta 5 c. c. en el centro del foco sensible por medio de una aguja larga. En diez minutos el dolor agudo desaparece y el enfermo puede moverse libremente. Sólo queda una sensación de rigidez y una sensación especial de malestar general, que probablemente preexistiría aunque enmascarada por el dolor agudo del lumbago.

El autor cita diversos casos tratados por él, é indica que su método podría quizá ser empleado también, con ventaja, en algunos otros casos en que existe un foco sensible, como el torticollis y la pleurodinia. (*Le Scalpel*, de Bruxelles, número 2, 12 de Enero de 1924).—T. R. Y.

MEDICINA EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Raquitismo experimental. Unificación anatómopatogénica de diversas osteopatías, por E. Feuillé.**—El autor ha estudiado el raquitismo experimental en el perro, en el zorro y en la rata blanca. El raquitismo es ordinariamente una osteopatía lentamente progresiva, pero puede ser producido por la sucesión de choques discrásicos, primarios ó anafilácticos. En todos los casos el autor ha hallado como lesión inicial la mielopatía descrita por Marfán. Por lo que á la naturaleza de esta mielopatía se refiere, trátase de congestión, con hemorragias y diapedesis, de la medula ósea. Esta patogenia es aplicable á numerosas osteopatías, tales como la acondroplasia, las osteitis, la osteopongiosis y ciertas osteoporosis. Lo mismo ocurre en el reumatismo crónico: la congestión local repercute sobre el hueso, el cartílago y las partes blandas.

En los casos de osteopatías de origen discrásico hay que buscar en otros órganos (pulmón, piel) la congestión, las hemorragias y las infiltraciones leucopáticas. El tratamiento mercurial leucoterápico con opoterapia ha dado excelentes resultados en casos de raquitismo y de reumatismo crónico, aun cuando no existiera sospecha alguna de sífilis. (*Gazette des Hôpitaux*, 7 de Febrero de 1924.)—PELÁEZ.

2. **Las hidrorreas nasales, por Robert Leroux.**—El flujo continuo ó intermitente de un líquido acuoso, seroso ó mucoso por la nariz, puede ser el único síntoma por el cual consulte el enfermo. Esta hidrorrea no se distingue del coriza agudo vulgar más que por su origen no inflamatorio. Considerada otras veces como un fenómeno de poca importancia, local y puramente nasal, es preciso estudiarla hoy como un síndrome de orden general que puede ser, ora el síntoma objetivo de una insuficiencia renal, vicariante de los edemas bríghicos, ora el modo de reaccionar el organismo en presencia de un cuerpo extraño, líquido ó pulverulento. Ante un caso de hidrorrea conviene, pues, practicar el examen físico, químico, histológico y bacteriológico de los líquidos hidrorreicos.

Las fosas nasales pueden segregarse por su mucosa ó servir de paso para las secreciones de las cavidades próximas, de donde nace una primera división de las hidrorreas, en endonasales y trasnasales.

Las endonasales las divide á su vez el autor en: 1) hidrorreas de secreción, que es un fenómeno pasivo, una exageración de la secreción normal bajo la influencia de una parexia de los vasoconstrictores que facilita la ósmosis (anémicos, debilitados, neuroartríticos); 2) hidrorreas de shock ó de absorción (catarro de los henos, rinobronquitis paroxística); 3) hidrorreas de eliminación, del mismo orden que los edemas y la diarrea en las retenciones cloruradas de la insuficiencia renal; 4) hidrorrea mercurial; 5) hidrorrea refleja (pólipos, etc.).

En las hidrorreas trasnasales se distingue: la craneohidrorrea (derrame de líquido cefalorraquídeo por fractura del etmoides), y la sinusohidrorrea, procedente sobre todo del seno maxilar y caracterizada por el flujo de un líquido acuoso, claro, de naturaleza mal definida y que aumenta con la inclinación de la cabeza hacia delante.

El tratamiento de las hidrorreas es causal, y será facilitado en cierta medida por estas clasificaciones, las cuales deben tener en cuenta los especialistas y no olvidar los médicos generales para aconsejar útilmente á sus enfermos. (*De La Consultation.—Le Concours Médical*, núm. 10, 9 de Marzo de 1924).—T. R. Y.

RADIOTERAPIA EN LENGUA EXTRANJERA

1. **A propósito de la radioterapia del cáncer, por Aubourg.**—Comentando una comunicación de Barbarín, expone el autor los resultados clínicos obtenidos mediante el empleo de la radioterapia de ondas de corta longitud. En la mayoría de los casos, además de la cesación constante del dolor, prodúcese la desaparición casi completa de los tumores cancerosos tratados. A veces, estas impresionantes desapariciones no son más que momentáneas, yendo seguidas de recidivas. Contra estas recidivas puede emplearse nuevamente el tratamiento radioterápico, á condición de que el cáncer no se haya generalizado y de que el estado general no sea tal que el menor choque pudiera resultar fatal. Puede concebirse la conveniencia de la repetición del tratamiento, aun cuando falten las recidivas, como se hace en la sífilis (*Gazette des Hôpitaux*, 5 de Febrero de 1924.)—PELÁEZ.



SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL:

La función sanitaria es función del Estado y su organismo debe depender de él hasta en su representación municipal. — Garantía inmediata del pago de los titulares por el Estado. — Independencia y retribución de la función forense. — Dignificación profesional. — Unión y solidaridad de los médicos. — Fraternidad, mutuo auxilio. — Seguros, previsión y socorros.

SUMARIO: Sección profesional: Boletín de la semana, por *Decio Carlán*.—Radiotelefonema de París, por *Ozetroc*.—Centenario de la muerte de Lord Byron, por el *Dr. Martín Salazar*.—Lo que exigen en el Estado de Nueva York a los médicos extranjeros para ejercer la Medicina.—Congreso internacional de Urología.—Academias, Sociedades y Conferencias médicas, por *Sedical*.—**Sección oficial:** Gobernación.—**Gaceta de la salud pública:** Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Anuncios.

Boletín de la semana.

Asamblea clausurada.—Aniversario estimable.—Anestésicos y conflictos profesionales.

El viernes 9, después de activas sesiones, intercaladas con algún que otro modesto festejo, celebró la Asamblea de Laboratorios Municipales su anunciada sesión de clausura en el salón de actos públicos de la Academia de Medicina.

A continuación de la escrupulosa elección de la Junta permanente que ha de organizar los actos de la asociación, y en la cual resultó reelegida por gran mayoría la antigua Junta organizadora, ocupó la presidencia el Sr. Chicote, que dió gracias por su unánime reelección, cediendo luego la presidencia de aquel día al Dr. Cortezo, quien pronunció un extenso discurso, varias veces interrumpido con muestras de aprobación y aplauso, y en el cual encomió el papel básico y transcendental que en la higiene municipal pueden representar las funciones técnicas de los laboratorios, diseñando al propio tiempo los peligros que pudiera tener el entender que esta interesante y primordial función constituya el ideal único de la Sanidad, la cual por su carácter administrativo, jurídico, nacional y aun humano, debe aspirar siempre á relaciones más elevadas y sintéticas que constituyan lazos de consolidación de sus organismos, al propio tiempo que de garantía para los sagrados deberes que han de desempeñar. Al terminar su discurso fué el señor Cortezo calurosamente aplaudido y aun vitoreado, dándose por disuelta la actual Asamblea.

Un simpático y muy concurrido banquete efectuado en el *restaurant* del elegante Hotel Reina Victoria, dió lugar á nuevos brindis y discursos con manifestaciones desinteresadas y propósitos laudables que hallaron más afortunadas expresiones en los labios de los Sres. Fernández Martos, Chicote, Alcocer (alcalde de Madrid) y Calvo Sotelo, director general de Beneficencia, quien por ausencia del señor Martínez Auído, presidió el acto.

Al escribir estas líneas, día 15 de Mayo de 1924, recordamos la simpática fecha de la creación en

igual mes y día de 1917, del Colegio de Huérfanos de Médicos por un Real decreto refrendado aquel día y que fué telefónicamente anunciado por el ministro de la Gobernación, Sr. Burell, desde Palacio mismo al presidente de la Unión Médica, Sr. Cortezo, cuando acababa de firmar dicha disposición S. M. el Rey.

Los que entonces se encontraban reunidos en el Colegio de Médicos de Madrid recibieron con asombro primero y con alborozo después la grata noticia y expresaron su entusiasmo en frases laudatorias exageradas, cuya sinceridad en algunos no se comprobó en los hechos inmediatos.

Sin que entremos en enojosas recordaciones, lo que nos importa consignar es, que transcurridos siete años, dos de los cuales fueron necesarios para la reglamentación, la laboriosa instalación y recaudación de fondos, en que con tanta inteligencia intervinieron los Sres. Pando, Tolosa (q. e. p. d.), Isla, la doctora Aleixandre y el tenaz presidente del Patronato, el Colegio se abrió, y en los cinco años que hoy cumple, llega á 150 el número de sus alumnos y alumnas, teniendo entendido que en la sesión que hoy tiene convocada el Patronato se acordará una nueva extensión del número de plazas, que podrá llegar á 200 (por la proporcionalidad del número de las niñas) y con otras mejoras y proyectos que consienten el estado próspero de la Institución. No creemos impertinente este recuerdo, por lo que representa de reconocimiento á los que en tal obra han colaborado antes y ahora, y hemos de expresar nuestra esperanza, por que la insistencia en los procedimientos que han conducido al éxito, le hagan mayor cada día, sin que produzcan desaliento en nadie las ingratitudes y desaciertos manifestados por algunos, ya que en las épocas verdaderamente críticas no le produjeron las oposiciones descubiertas ó calmadas que se presentaron ante sus primeras gestiones.

Los Colegios Médicos de España tienen en esta Institución, que está ligada á ellos por su origen, por sus medios económicos y por el convencimiento mutuo de su bondad, el mayor de los argumentos que hablan en favor de la existencia de estas corporaciones, y persuadidos de esta verdad es de esperar que como en la última asamblea han

ofrecido, reanimen é intensifiquen su acción, para llegar, como se va llegando, á poder envanecerse con una Institución que signifique la unión, la moralidad y el decoro de la clase médica española.

Son muy varios los asuntos que en estos días solicitan la atención y los comentarios de los círculos médicos. Entre ellos, y en primer lugar, figura la campaña de las autoridades contra los expendedores de drogas hipnóticas y estupefacientes, que el decadentismo moral de una parte de nuestra juventud solicita y que venía encontrando fácil satisfacción en la criminal complicidad de los expendedores y propagandistas de tales venenos.

Derecho tenemos á regocijarnos de que tal campaña de represión sea efectiva, ya que tantas y tan repetidas veces hemos clamado inútilmente desde estas columnas señalando el abuso. Por hoy no queremos entrar en detalles ya que en ellos aparece en estos días comprometido el buen nombre de algún profesional farmacéutico, que esperamos confiadamente que pueda demostrar su inculpabilidad en tales hechos. De todos modos, insistimos en que se haga la luz y sea severa la represión.

Nadie que pretenda ser respetado por la posesión de un título profesional, puede ver con indiferencia que algunos que con tales títulos se parapetan, queden impunes en los abusos que al amparo del general respeto lleguen á cometer.

No inculpamos; pero tampoco disculpamos. Lo que debemos pedir es que se castigue á los culpables de toda clase y que se establezca una discreta profilaxia para impedir la repetición de tan escandalosos delitos.

La venta de las drogas hipnóticas no siempre tiene por origen las farmacias, ni es siempre necesario que en ellas las procuren los criminales que las expenden al público. Tenemos la certeza de que inquiriendo hondamente se encontrarán otros orígenes de provisión.

De otros asuntos, relativos á fantásticas responsabilidades exigidas á algún médico por error de diagnóstico y á indemnizaciones por supuestos perjuicios, hemos oído ocuparse á algunos médicos y aún hemos leído extrañas inculpaciones en la prensa. No se encuentran estos asuntos en conveniente estado de discusión; pero bien la merecerán, pues asoman en estas tentativas verdaderos peligros que deben preocupar á las agrupaciones profesionales que tiene por misión la defensa y amparo de los verdaderos perjuicios y derechos de sus asociados.

DECIO CARLAN

RADIOTELEFONEMA DE PARIS

SEIS VÍCTIMAS DEL CINEMATÓGRAFO

Ogram, de ordinario festivo é irónico, no tiene hoy gana de jovialidades ni de fórmulas de sentido figurado.

Ayer le encontré en el jardín de Luxemburgo, paseándose cabizbajo y macilento, cosa en él extraña á pesar de su edad y sus achaques.

Hablamos un rato, y he aquí lo que aproximadamente deduje de nuestra conversación.

Durante quince días ha recibido noticias de España que le han ido entristeciendo.

La primera noticia es la del encuentro de dos ambulantes de Correos asesinados sobre sus valijas robadas.

Otro día la del suicidio de uno de los malhechores, con descubrimiento de efectos robados y señalamiento de la pista de los otros bandidos.

En días sucesivos, noticias sobre la captura de otros tres bandoleros, acompañando datos acerca de su condición social, la de su familia y la de los cargos administrativos por algunos desempeñados.

Por fin, hoy extractos del sumario y descripción de las ejecuciones de los tres principales actores del robo y de los homicidios.

La cosa no es para tomada á broma; antes al contrario, para servir, pasada la hartura de la curiosidad más ó menos sana, á reflexiones etiológicas, relacionándolo todo con hechos análogos.

Ogram se calla melancólico; yo sigo pensando en alta voz.

En Barcelona hace algunos meses asaltan en un tren al pagador de una Sociedad y le roban lo que consigo llevaba para pago de los obreros. En el mismo Barcelona entran otro día en un hotel unos pistoleros y pronunciando el famoso: «¡Manos arriba!» desvalijan á los pacíficos burgueses que en el comedor se solazaban.

En Tarrasa y en Gijón se asaltan los bancos, siempre con el *manos arriba*, y en varias casas de comercio se intentan ó se realizan asaltos semejantes.

Este «*manos arriba*», no puede negarse que es de origen netamente norteamericano. Nuestros bandidos tradicionales usaban en las carreteras el «*Boca abajo to el mundo!*», y en los nocturnos asaltos callejeros el de «*La bolsa ó la vida*». Los bancos, durante el día, las cajas de los comercios, no recordamos que fueran entre nosotros asaltados hasta hace cuatro ó cinco años.

En los alrededores de Madrid, hace menos de un lustro una partida de jovencuelos, el mayor de diez y seis años, cubiertas las caras y disfrazados á guisa de *fantomas*, intentan un golpe de mano contra un hotelito y confiesan al ser detenidos que habían formado una banda por el estilo de las que se exhiben en los cinematógrafos.

Podría seguirse la enumeración de casos análogos y en vista de ello pregunto al Dr. Ogram: «¿Será el cinematógrafo inocente en estos extravíos, crímenes y desafueros?»

En el organismo físico se da el caso de que los agentes morbosos al intentar su penetración, ó al conseguirla, se encuentran con agentes defensores, con leucocitos, con defensas orgánicas que, empeñando una lucha con los invasores, obtienen la victoria ó son derrotados, según la mayor ó menor potencia relativa con respecto á sus contrarios.

Si el organismo atacado es constitucional ó accidentalmente débil, la victoria es del microbio invasor y la enfermedad se desarrolla.

Lo que predispone al triunfo del *patógeno* es la debilidad del medio en que quiere desenvolverse.

La repetición del ataque es otra condición de triunfo, cuando no lo es de inmunidad por la adecuada estrategia del que se defiende; es decir, por la evitación del peligro, por el refuerzo de las defensas ó por la debilitación del agresor; mediante su atenuación ó su castigo.

Aplicada esta enseñanza al individuo moral, podrá la incitación delictiva encontrar en él una resistencia radical, ante la cual no es peligro el ejemplo efectivo ó artificioso que ante sus ojos se presente; pero, en un individuo moralmente predispuesto por los fracasos económicos y sociales, por la codicia del lucro sin trabajo, por el vicio acuciador y por mil condiciones personales imposibles de predecir en cada caso, en este el ejemplo de la lectura *rocambolesca*, de la cinta cinematográfica que exhibe el triunfo de asaltos inverosímiles, de aventuras fantásticas y de impunidades canallas, no es raro que encuentre primero aplauso en el público, después inclinación en el predispuesto, por último imitación en los débiles de espíritu y vigorosos en el delito.

¿Podrá aplicarse esto á la nueva tragedia y creer que en las seis muertes, que han sido consecuencia de la aventura trágica del expreso de Andalucía, pudiera tener mucha parte el cinematógrafo?

A los *higienistas* políticos sociales envía Ocam que el problema incitándoles á que procuren la evitación de estos contagios impidiendo que organismos débiles, infantiles ó predispuestos al delito, encuentren en el fantástico ejemplo un aliciente para su ejecución.

Pero no solamente es á higienistas á quienes hay que apelar, sino á los individuos que encuentran indiferente la estúpida contemplación de un espectáculo malsano, y sobre todo, á los padres que buscan en semejantes diversiones un premio para la aplicación de sus hijos, un descanso para las molestias que éstos les producen y un deleite para ellos mismos que quizá no han tenido en su vida otros esparcimientos más cultos y morales.

El remedio, como en el del ejemplo que poníamos en el del organismo físico, debe buscarse más bien en la higiene individual y privada que en los apoyos y provisiones externas y gubernamentales.

La guerra al cinematógrafo como elemento de diversión, llegará á ser una guerra santa y una cruzada que, físicamente, defenderá la vista de los niños de los defectos de acomodación que necesariamente determina el tal aparato; y moralmente apartará á los orga-

nismos débiles é infantiles el constate estímulo que en ellos produce lo inverosímil, lo fantástico y lo delictivo.

Me contesta el amigo Ocam que estoy en lo cierto. Y añade que el teatro y el cine padecen además hoy de una falta de *poder creador artístico* en los autores; lo cual trae consigo que los antedichos espectáculos sean vulgares, repetidos en asuntos... y éstos feos, cuando no repugnantes á la belleza y á la bondad juntamente.

OZETROC.

Centenario de la muerte de Lord Byron.

Su historia patológica y enfermedad que ocasionó su muerte.

En todo el mundo literario se ha conmemorado recientemente el cumplimiento de los cien años de la muerte de Lord Byron, ocurrida en Missolonghi, el 19 de Abril de 1824, donde, como es sabido, fué quijotesca en representación del Comité griego de Londres, á luchar por la liberación de Grecia, del dominio despótico de los turcos.

La excelcitud del gran poeta, y su vida romántica y exaltada, le ofrecen á los ojos del médico y del psicólogo como un ejemplar humano que se sale fuera de los moldes corrientes, y le hacen muy digno de un análisis antropológico profundo desde el punto de vista psico-físico.

Desde luego, puede asegurarse que se trataba de un hombre de una mentalidad excepcional, llena de inspiración poética y de exaltación espiritual nada corrientes, que desde muy joven llamó la atención por sus obras literarias y por su conducta original y desordenada.

Yo recordaré siempre con agrado los ratos deliciosos que en mi juventud estudiantil, paseando por las alamedas de la Alhambra, me proporcionó Lord Byron, con la lectura peripatética de su gran poema Child Harold y lo que éste contribuyó por aquél entonces á exaltar mi imaginación juvenil, un poco de suyo fantástica y soñadora. Gracias á que pronto se calmara aquella exaltación con el contraste del estudio de la Anatomía y Fisiología humanas, que por aquel entonces cursaba yo en la Facultad de Medicina de Granada, y que poniendo freno con la fuerza de la realidad prosaica á los vuelos de la fantasía creadora, me enseñaron para siempre á estimar más una verdad natural, por fría y escueta que sea, que los más ideales encantos de la imaginación calenturienta del poeta.

Todo el mundo sabe que Lord Byron perteneció á una familia noble y distinguida, por lo cual tuvo derecho propio á sentarse en la Cámara de los Lores, donde muy pronto fracasó, á pesar de su talento. Tenía un defecto físico de nacimiento en una pierna, que debió ser uno de los mayores tormentos de su vida, dado su alto sentido estético personal, y la gran afición que profesaba á las mujeres.

Todos sus antecedentes patológicos hacen pensar que, junto con su talento y su positivo genio, padeció un temperamento excesivamente nervioso, llegado á términos de verdadero desequilibrio morbosos, como lo demuestran los ataques de epilepsia que, cuando menos en dos ocasiones, resultan plenamente comprobados. Uno de éstos, lo sufrió en Agosto de 1823, con ocasión de hacer una visita á un monasterio en Cephalonia, donde fué recibido con gran solemnidad por el abad y los monjes; y mientras aquél le pronunciaba un discurso de salutación, dándole la bienvenida, fué atacado de un acceso de delirio y convulsiones, que obligaron á recluirle, negándose mientras tanto á tomar ningún medicamento y rechazando la asistencia del Dr. Bruno, que era su médico personal. El segundo ataque le ocurrió en Missolonghi, en Fe-

brero de 1824, ocho semanas antes de su enfermedad final. Lord Byron había puesto toda su pasión en dirigir personalmente un asalto sobre Lepanto, y al verse contrariado por no poderlo realizar, sufrió una intensa vejección, que fué la causa inmediata del ataque segundo; del cual quedó tan debilitado de cerebro, que él mismo confesaba que no era más que su sombra.

Por último, el 9 de Abril de 1824, después de dar un gran paseo á caballo por las afueras de Mussolonghi, y de haber sufrido una gran mojada á consecuencia de una intensa lluvia que le cogiera en el camino, se sintió rápidamente enfermo, con escalofrío, fiebre y dolores en todo el cuerpo. Le asistió el Dr. Brune, su médico de cabecera, y fué llamado á consulta el Dr. Milligen, cirujano inglés nombrado entonces por el Comité de Londres para organizar el departamento médico de la misión griega. Es interesante el diagnóstico dudoso de fiebre reumática que formularon los médicos, y el tratamiento de baños calientes, aceite de castor y polvos de antimonio que le fueron al principio administrados. Lo más curioso del plan terapéutico fué el empeño que pusieron los doctores en sangrarlo, y la tenaz resistencia que el enfermo puso en un principio en permitirlo, hasta que, empeorado del mal y con síntomas cerebrales de delirio, consintió en ser sangrado y en que se le repitiera la sangría sin obtener con ello ningún alivio.

Alguna duda debió surgir en este momento en la opinión de los médicos sobre la naturaleza palúdica del padecimiento, cuando le administraron una fuerte decocción de quina, con algunas gotas de láudano que le produjeron el sueño. A pesar de todo, el enfermo se fué empeorando, y el día 19 de Abril murió, diagnosticado oficialmente de fiebre reumática con metástasis en el cerebro.

Un examen retrospectivo de los antecedentes y síntomas del padecimiento ha hecho pensar á los dos célebres doctores ingleses Ronald Ros y Low, verdaderos maestros en materia de paludismo, que es posible que se tratara de una infección malarica grave, teniendo en cuenta la relativa frecuencia con que Byron padeció antes de tercianas, el carácter fuertemente remitente de la fiebre, y la condición marasmática de Missolonghi y de toda aquella región, una de las más palúdicas de Europa.

El Dr. Bruno, su médico fiel, que no se separó un momento de su cabecera, hizo la autopsia, y dijo que el cerebro de Byron pesó seis libras antiguas italianas, que eran de 307 gramos; por lo cual puede decirse que pesaba 1.842 gramos. Como se ve, el peso del cerebro de Byron estaba en relación con el desenvolvimiento excepcional del órgano de su pensamiento, y estuvo en armonía con el desarrollo de aquel grande y malogrado espíritu.

DR. MARTIN SALAZAR

Lo que exigen en el Estado de Nueva York á los médicos extranjeros para ejercer la Medicina.

Mientras aquí se está, como siempre, en plena desorientación sobre el ejercicio de los médicos extranjeros en España, conviene saber que en Austria lo estudian con un interés particular, tan particular como que se habla de un probable éxodo de médicos austriacos al extranjero...

En el *Wiener Medizinische Wochenschrift* últimamente llegado á Madrid, el correspondiente al 19 de Abril del presente 1924, leemos que el Magistrado de Viena, en su Sección 12 (Oficina de Sanidad), ha dirigido á la Cámara de Médicos de Viena (algo así como nuestro Colegio de Médi-

cos) un escrito, en el cual manda una nota recibida del Consulado General Austriaco en Nueva York, referente al permiso para que los médicos extranjeros puedan ejercer su práctica en el Estado de Nueva York.

En ese escrito el cónsul general dice que, como respuesta al gran número de médicos austriacos que se dirigen al Consulado para solicitar por su intermedio una autorización para ejercer su profesión en los Estados Unidos, y particularmente en el Estado de Nueva York, y para ilustrar á los médicos austriacos é impedir que se presenten allí creyendo que allí basta sólo una pequeña formalidad para que se les permita la práctica de su profesión, hace saber que en casi todos los Estados de la Unión hay prescripciones para regular la inscripción de médicos que llegan de otros Estados de la misma Unión y prescripciones muy rigurosas para la inscripción de los médicos extranjeros. En el Estado de Nueva York rige la ley del 1 de Mayo de 1923.

El capítulo 496, artículo 166, dice:

Admission to examination The regent shall admit to examination any candidat who pays a fee of twenty-five dollar, and submit evidence, verified by cath satisfactory to the regents, that he

1 Is more than twenty-one years of age and a citizen of the Unites States. 2 Is of good moral character. 3 Had prior to beginning the first year of medical study the general education required by the rules of the regents preliminary to receiving the degrees of bachelor or doctor of medicina in this stats, etc.

El candidato debe pagar para su examen una cuota de 25 dólares, y debe aportar una prueba documental de que tiene más de veintidós años de edad, moralidad reconocidas *es ciudadano de los Estados Unidos*, y de que antes que sus estudios médicos ha adquirido aquel grado de conocimientos generales que exige la Comisión. Para llegar al examen y, por lo tanto, á la práctica de la Medicina en el Estado de Nueva York, hay que tener como condición previa indispensable la ciudadanía de los Estados Unidos, lo que exige una permanencia de por lo menos cinco años en los Estados Unidos para poder aspirar á ella. El señor cónsul general añade que los exámenes para los candidatos extranjeros son, en los casos en los que el pretendiente no tiene un renombre universal, muy rigurosos, y no constituyen, ni mucho menos, una sencilla formalidad.

CONGRESO INTERNACIONAL DE UROLOGIA

Del Congreso Internacional de Urología, recientemente celebrado en Roma, de que tan gratamente impresionados vienen los compañeros que de Madrid y Barcelona concurren, da clara idea la noticia que gustosos á continuación transcribimos:

«Presidió el Congreso el profesor Alessandri, de Roma, y como vicepresidente, el Dr. González Bravo, de Madrid. De los tres temas oficiales del Congreso fué ponente de uno de ellos el Dr. D. Pedro Cifuentes, cuya comunicación sobre «Resultados lejanos de las operaciones de liatosis renal» fué discutida por figuras tan eminentes en la especialidad como los Dres. Brongersma, de Amsterdam, y Tardo, de Palermo, que entusiásticamente felicitaron al Dr. Cifuentes por su magistral exposición del tema.

Los Dres. Covisa (I.), Miraved y González Bravo, de Madrid, y Bartrina, Serrallá, Levés y Mestre, de Barcelona, han intervenido con gran acierto en las comunicaciones oficiales y han contribuido á demostrar la intensidad del tra-

bajo español en esta rama de la ciencia médica, como lo demostraron otros compatriotas en todas las demás ramas del saber humano, siendo hoy ya nuestra nación una de las que desarrollan más importante papel en el escenario del mundo cultural.

En Roma hemos recibido ahora pruebas evidentes de lo apreciado de nuestro trabajo, siendo los españoles los que más pruebas de afecto y agasajos recibieron.

Entre las fiestas que el pueblo italiano, con gran gentileza, rindió á los congresistas, han figurado una gran fiesta en el Palatino, recepciones en el Capitolio y Ayuntamiento, funciones de gala en Constance, banquetes, etc., que han hecho encantadora la estancia de los profesores, algunos de tanto renombre mundial como Marion, Legné, Young, Rowsing, Beer, Desnauss, etc., pues tendríamos que incurrir en omisiones involuntarias al citar todos los que han asistido al acontecimiento.

Entre los idiomas oficiales del Congreso figuraba el español.»

Reconocida debe quedar la clase médica española á los Dres. Cifuentes, González Bravo, Covisa (D. Isidro), Miraved, Serrallá, Levés y Mestre, por la brillantez con que activamente han intervenido en las deliberaciones del Congreso, y por el honroso lugar que, á virtud de sus esfuerzos, la Ciudad Eterna otorgara á nuestro pabellón y prestigios.

Unán los expresados señores nuestra felicitación más entusiasta y sincera á las innúmeras que con tan plausible motivo nos consta están recibiendo.

Academias, Sociedades y Conferencias médicas.

5 de Mayo. ACADEMIA MÉDICO QUIRÚRGICA ESPAÑOLA, presidida por el vicepresidente Dr. Torre Blanco.

El Sr. Muñoyerro, previa la explicación de que al no celebrar la Sociedad de Pediatría sesiones literarias en que el asunto de que va á tratar tendría adecuado marco, se decide á traerle á esta Academia por la importancia que, á su juicio, entraña y por el convencimiento que tiene formado de su eficacia. «Profilaxis del sarampión por el suero de convalecientes», es el tema que presenta y desarrolla, empezando por lamentarse de que siendo el sarampión una de tantas enfermedades evitable, ninguna profilaxis á tal fin se realiza. Exhuma el recuerdo de la epidemia habida en la Inclusa el año de 1919 y el enorme contingente del 41 por 100 con que los niños á él rindieron tributo. Establece la debida comparación entre los resultados obtenidos por los tratamientos clásicos y el preventivo en todas partes con éxito evidente generalizado, á cuyo efecto cita casos y estadísticas que así lo demuestran. Encarece la conveniencia de propagar entre las familias las ventajas de este procedimiento, y desvanecer la injustificada prevención que contra él existe. Con especial interés advierte el cuidado con que en la obtención de sueros debe rehuirse á los tuberculosos, sífilíticos, atrépsicos y afectos de tos ferina, etc. Explica la técnica y aplicaciones á que el suero se presta como preventivo, atenuante y curativo; y hace resaltar los maravillosos éxitos obtenidos en el sarampión hipertóxico; y termina doliéndose de las dificultades que hay que vencer hasta conseguir los sueros, de las inverosímiles cortapisas que á las iniciativas del médico se oponen. El Sr. Sicilia dice que mil plácemes merece el que con fe, perseverancia y entusiasmo sin igual dedica sus esfuerzos á la protección social por medio de la apropiada profilaxis. Habla de las enfermedades de la piel consecutivas al sarampión. Considera de gran conveniencia que una vez conocido el microbio se

prepare y emplee contra él el suero correspondiente como se hace hoy en otros países cuyo ejemplo debiera seguirse creando laboratorios oficiales que tomarán á su cargo su preparación y expendición. El Sr. Tapia, conforme en lo substancialmente expuesto, no lo está en que se proceda con ligereza, porque no estando aún bien definidos y apareciendo en muchos casos á otros asociados los microbios productores, pudiera incurrirse en equivocaciones contra las que es oportuno guardar gran cautela. Rectifica el señor Muñoyerro dando las gracias, y significando al mismo tiempo que los clínicos no pueden dedicarse á trabajos de laboratorio que precisan les den hechos y garantidos.

El Sr. Basterra presenta y explica con todo detalle y desarticulado para su mejor comprensión proyecta «Un aparato nuevo modelo para la extracción de la catarata por el vacío», á juicio de los especialistas de gran utilidad y merecedor de los mayores elogios.

* *

6 de Mayo. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE, presidida por el Dr. Fernández Caro.

Al concluir la lectura del acta, pide el padre Redondo se rectifique el concepto por él emitido en la sesión anterior por no hallarse conforme con el criterio *á posteriori* formado respecto á la sacramental de San Martín. Muy discretamente le hace observar el Sr. Soriano que no es el acta lo que rectifica, sino á sí mismo, y después de unas frases con que el señor presidente ayuda á salir del mal paso al padre Redondo, queda orillado el incidente.

Lee el Sr. Díaz Villarejo una comunicación titulada «La escuela en los hospitales», en que no se sabe qué admirar más, si la exquisitez en que desde el punto de vista literario todo su trabajo aparece esmaltado, ó el altruista y bien orientado propósito que á su presentación le impulsa. Es, en efecto, lamentable que no se implanten escuelas en los hospitales, y muy especialmente en el Dermoveneológico, en que el Sr. Villarejo ha comprobado que los analfabetos hombres alcanzan el 80 por 100, y las hembras el 95; porque si bien es verdad que á las mujeres las hermanas de la Caridad las enseñan labores, á la mayoría desconocidas, también lo es que esto resulta deficiente, y que los unos y las otras pierden lastimosamente el tiempo de sus largas estancias que muy bien pudieran aprovechar capacitándose para la lucha material por la existencia, y recibiendo la educación moral, á cuya expensas pudieran redimirse y regenerarse. Aplauda el Sr. Decref la feliz iniciativa, que á su juicio tiene más adecuado marco y aplicación entre los enfermos crónicos, los inválidos y los deficientes, que, como es sabido, rinden una cantidad de trabajo que parecería increíble, si la observación y la experiencia recogidos en los Institutos de Reeducción de Inválidos y Sanatorios de escrofulosos y atrépsicos, en que los asilados por sí mismos construyen los aparatos que han de remediar sus imperfecciones, no le pusieran bien patente y manifiesto. Recuerda el Sr. Yagüe el grato efecto que en su ánimo produjo el ver á una hermana rodeada de apendiciticos á quienes se entretenía en enseñar cosas, y á otras que en la sala de presas del Hospital las enseñaban á coser, bordar, etc. Considera la señorita doctora Soriano tan de acuerdo con su criterio lo propuesto, que en las actas del Congreso de Pediatría de San Sebastián se conservará el recuerdo de lo por ella sostenido en pro de la creación de hospitales escuelas para niños tracomatosis, que al propio tiempo que aislados evitarán la difusión del contagio, reciban la educación é instrucción á su edad correspondiente. Dice que de los aislados sale un contingente del 75 por 100 de tracomatosis, y

que los inútiles de ojos, forzosamente han de ir á engrosar las filas de los profesionales de la limosna, si no se les capacita con algún trabajo apropiado, y termina por manifestar que no se explica la razón de que en las colonias escolares y reformatorios adquieran instrucción y aprovechen el tiempo, y que no se ponga á la prostituida en condiciones de capacitarse en algún oficio práctico que á ella más que á nadie es necesario. Cree el Sr. Bascuñana que conviene limitar aspectos, y que hoy debemos concretar nuestras aspiraciones á que los ciegos aprendan á leer y escribir. Hace notar el Sr. Dacref que para transmitir las enseñanzas de que se habla, lo primero que se precisa son técnicos. El señor Díaz Villarejo encariñado con el ideal de que las extraviadas vuelvan al redil, aboga en su rectificación por la conveniencia de que se las rodee de un ambiente de honorabilidad y trabajo, al que es seguro concluirían por acogerse el 75 por 100. Suficientemente discutido el tema, el señor presidente hace el resumen enalteciendo la misión que como sembradora de ideas la Sociedad realiza; y en un período tan elocuente como sentido, excita á todos á perseverar con insistencia en la transformación de costumbres y vicios sociales, atrayendo por la instrucción y la persuasión al buen camino, lo mismo al deficiente y analfabeto, que al criminal y al prostituido.

Viernes 9. REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, presidida por el Dr. Cortezo.

Actuó en primer término el Dr. Bastos, explicando y presentando en desfile interminable ante los señores académicos una interesante y variadísima colección de mutilados de guerra y consecuencias de otros accidentes en que bien se aprecian y evidencian los resultados obtenidos de la tunelización, transplatación, reeducación y acoplamiento que con geniales métodos emplea, y á que como complemento añade las piezas proteicas á cuyas expensas realiza las maravillosas rehabilitaciones que en todo ó en parte capacitan al paciente para determinados trabajos, ó por lo menos á los menesteres indispensables á los fines de la vida puramente material del individuo. Puntualiza las diferencias que á unos de otros casos separan, y las notables que existen entre las de los miembros torácicos y los abdominales; da sucinta idea de las modificaciones que la experiencia aconseja introducir en los procedimientos, enumera éstos, y pone de resalto los problemas sociales que con esta labor se evitan y resuelven.

El Sr. Bastos, que con entusiasta y perseverante voluntad viene realizando una obra social cuya transcendencia salta á la vista, es además un abnegado que con su particular peculio subviene y suple deficiencias no siempre previstas y evitables de primera intención, y un mago captador de voluntades que á su paso va por detrás dejando clientes reconocidos, amigos afectuosos y admirados propagandistas. Ni que decir tiene que el Sr. Bastos fué muy felicitado y aplaudido por la concurrencia.

El Sr. Murillo con el epígrafe «Epidemiología de la neumonía crupal en España» lee una comunicación en que con la más escrupulosa compulsación de datos, da á conocer la evolución y fases por que desde años atrás esta enfermedad viene pasando, no sólo en Madrid en que ha caído en el descrédito aquel distinto de que el aire de Madrid mata á un hombre y no apaga un candil, sino en todas las demás provincias con las que hace el minucioso estudio comparativo que la lectura de las estadísticas minuciosamente coleccionadas y expuestas consiente, haciendo lo mismo con las aportadas de los principales países de Europa, de todo lo

cual claramente deduce la acentuada y persistente tendencia que á la disminución de la mortalidad en España se observa y seguramente podría restringirse más intensificando y teniendo más en cuenta las medidas profilácticas recomendadas como más eficaces en este concreto caso: Desinfección de casas, sujetos y esputos, evitar el hacinamiento y vacunación antineumocócica entre las tropas generalizadas con evidente buen resultado. El Sr. Hergueta felicita al comunicante por la paciente labor realizada, añadiendo algunas observaciones que con las modalidades de la neumonía y los progresos de la Ciencia se relacionan.

El Sr. Criado Aguilar lamenta la ausencia del ponente del tema «Quiistes hidatídicos», los cuales á la perfección describe, estableciendo y puntualizando las características diferencias que existen entre los pulmonares y hepáticos sobresaliendo entre ellas como preponderante la de que el pulmón no tolera jamás su presencia y el hígado sí. Pasadas las horas acordadas se levanta la sesión.

Asamblea Nacional de Químicos y Bacteriólogos Municipales en la REAL ACADEMIA DE MEDICINA.

Tarea magna é incommensurable espacio supondría la detallada relación de oradores y motivos que dieron lugar á su intervención, y que de ningún modo podemos en toda su extensión acometer por la falta de espacio, y porque ya la prensa diaria con más oportunidad la llevara á sus columnas. Nos contentaremos, pues, con hacer de ella *grosso modo* una ligera referencia.

Que, desde luego, despertó extraordinaria expectación en el gran público; fué mirada con cariñoso interés por la clase médica y sus directores, y realizó en ambiente de curiosidad creciente la transcendental labor de renovación y perfeccionamiento á que todos se sienten empujados por la radical transformación á que en estos momentos ningún sector de la Sociedad puede sustraerse... de relieve quedó en la solemne sesión inaugural, elevadas personalidades que la presidieron y selecta concurrencia que en compacta muchedumbre acudiera á presenciársela; en el cordial afecto con que en la Real Academia los acogiera su dignísimo y prestigioso presidente, el Dr. Cortezo; la especialísima atención con que fueron escuchados por los jefes supremos de la Beneficencia y Sanidad, Sres. Martínez Anido, Calvo Sotelo y Murillo, que tomando de sus aspiraciones buena nota, predispuestos se hallaban á esperar y acoger con cariño las conclusiones en que aparecieran consignadas.

Bajo tan buenos auspicios, y en medio de una comprensión y considerada tolerancia, muy digna de recomendarse como ejemplo; con asiduidad y mesura, desenvolvió la Asamblea el vasto programa á discutir en las dobles sesiones de los días que mediaron entre el lunes en que se constituyera y el viernes en que con no menor solemnidad y las mismas relevantes personalidades diera á conocer sus conclusiones y por terminadas las tareas, de cuya importancia cualquiera podrá formarse idea sin más que pasar la vista por encima del abreviado índice que á continuación transcribimos: Unificación de procedimientos en todos los laboratorios municipales; profilaxis de enfermedades infecciosas y desinfección; reorganización de los laboratorios municipales; constitución de la Sociedad de su personal técnico; y publicación de un Boletín en que recopilados aparezcan sus trabajos.

Conocida nos era la resuelta actitud en que el Sr. Murillo, siguiendo las huellas de su antecesor, se hallaba colocado y el interés con que labora en pro de la Medicina profiláctica cuya implantación tanto tiempo hace se viene acari-

ciando. Convencimiento íntimo tenemos formado de las excepcionales aptitudes, recia mentalidad y asombroso poder de asimilación y voluntad de que la providencia ha dotado á nuestro muy querido y nunca bastante admirado amigo el Sr. Calvo Sotelo, de cuyos discursos é interesantes y documentadas manifestaciones bien quisiéramos ser portavoz para acabar de convencer á los incrédulos; y confianza ciega teníamos de que aunadas estas voluntades llevarían la persuasión al ánimo del señor subsecretario de Gobernación: la sanidad recibiría el impulso que necesita y las justas aspiraciones del ideal, bajo este aspecto acariciado, se irá viendo satisfecho.

Que así sea está haciendo mucha falta; pero en este grado concierto de voluntades y satisfacciones que se vislumbran, ¿se acuerda alguien de aclarar y definir la situación en que los parias titulares quedan ante la autonomía sin tasa de que los Municipios hacen gala y alarde?

SEDISAL

Sección oficial.

GOBERNACIÓN

REAL ORDEN

Ilmo. Sr.: Terminado el plazo para reclamaciones sobre el Escalón provisional de médicos habilitados de baños y de acuerdo con lo propuesto sobre ellas por el Tribunal encargado de constituirlo:

Vistos el Real decreto de 25 de Febrero último, la Real orden de 29 del mismo mes y las aclaraciones dictadas por esa Dirección general,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que se apruebe con carácter definitivo el adjunto Escalafón.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos consiguientes. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 22 de Abril de 1924.—El subsecretario encargado del despacho, *Martínez Anido*.—Señor director general de Sanidad. (*Gaceta* del 27 de Abril de 1924.)

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que, para cumplimentar lo preceptuado en el art. 2.º transitorio del Reglamento para la elaboración y venta de especialidades farmacéuticas, los señores subdelegados de Farmacia recaben de los farmacéuticos, drogueros, depositarios, almacenistas y detallistas de su demarcación el envío por duplicado de una información numérica y jurada de los ejemplares que actualmente posean, correspondientes á especialidades no registradas. Dichas autoridades sanitarias remitirán á esa Dirección general una de las citadas relaciones é informe del número total de especiales distintivos (sellos) que les sean necesarios.

El valor de los sellos, que abonarán los poseedores de especialidades sin registrar, es de dos céntimos de peseta por unidad, debiendo los subdelegados remitir á ese Centro directivo el importe global de los sellos que hayan solicitado.

A la recepción de los sellos por los subdelegados seguirá la colocación en su presencia é inutilización por ellos, con la estampilla de la Subdelegación ú otro medio, que impidan puedan los sellos variarse de lugar.

Se recuerda á los señores inspectores farmacéuticos de las Aduanas que, á partir del día 13 del mes actual, todas las especialidades extranjeras necesitan para su importación ajustarse á los requisitos señalados en los artículos 7.º, 8.º y 10 del Reglamento vigente.

Todas las especialidades sin registrar que desde el día 30 del mes actual no estén provistas de sellos serán decomisadas, imponiéndose á sus poseedores multas por valor de 50 á 500 pesetas, que satisfarán en papel de pagos al Estado, correspondiendo el tercio de su valor á los denunciadores.

La legalidad para la venta prestada por el sello caduca el día 31 del próximo mes de Agosto, en cuya fecha no podrá venderse más que las especialidades registradas.

Hasta que se publique el Reglamento especial sobre productos opoterápicos continuarán vendiéndose como en la actualidad.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos consiguientes. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 12 de Mayo de 1924.—El subsecretario encargado del despacho, *Martínez Anido*.—Señor director general de Sanidad. (*Gaceta* del 13 de Mayo de 1924.)

Dirección general de Sanidad.

En el Escalafón definitivo de médicos de baños habilitados, aprobado por Real orden de 22 del corriente, é inserto en la *Gaceta* del 25, aparece por error de copia el señor don Leonardo Rodrigo Lavín, sin ningún punto por el concepto de Epidemias, siendo así que se le ha adjudicado uno, debiendo, por lo tanto, considerarse rectificado, con la adición de un punto por el expresado concepto al Sr. Rodrigo Lavín sin que por ello se altere el total de su puntuación y el número de orden que ocupa.

Madrid, 26 de Abril de 1924.—El director general, *F. Murillo*. (*Gaceta* del 27 de Abril de 1924.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 713,1; ídem mínima, 697,5; temperatura máxima, 27,6; ídem mínima, 8,1; vientos dominantes, O. S.

Los estados febriles de índole catarral y algunos palúdicos benignos han sido frecuentes en estos últimos días como también los reumatismos agudos y las neuralgias por enfriamientos, debidos á los intensos cambios provocados por el estado atmosférico reinante. En los padecimientos crónicos han predominado las complicaciones congestivas.

En los niños se sostiene la ligera epidemia de sarampión benigno.

Crónicas.

Para la construcción de un nuevo hospital.—La Diputación de Tarragona ha aprobado un proyecto y presupuestado un millón de pesetas para la construcción de un nuevo hospital en aquella población.

Las sustancias tóxicas. Otro buen servicio.—El crimen del correo de Andalucía ha puesto de manifiesto los resultados del libertinaje en el tráfico de morfina, cocaína, opio, etc.

La policía continúa sus batidas y últimamente ha detenido á un farmacéutico que expendía estas sustancias sin receta y con un lucro usuario.

El hecho ha sido suficientemente divulgado por la Prensa diaria para que nos ocupemos de él.

Nos limitamos á felicitar á la policía.

Por el arbolado.—Una Real orden de la Presidencia del Directorio de fecha 29 de Abril dispone que por los Ministerios de la Gobernación y Fomento se dicten las oportunas instrucciones para que todos los Ayuntamientos de Es-

pañía procedan, sin excepción, á la plantación mínima anual de cien árboles, procurando la formación de alamedas, plantaciones lineales á lo largo de los caminos y de los cursos de agua, según lo aconsejen las condiciones de cada término municipal, y eligiendo los sitios más adecuados para que, á la vez que de ornato y esparcimiento, contribuyan á la higiene y salubridad, y que al propio tiempo se excite el celo de los delegados gubernativos para que presten la atención que por su interés é importancia requiere el cumplimiento de este servicio.

El paludismo en Rusia.—La Agencia Fabra comunica desde Riga que á consecuencia de los excesivos calores se ha declarado en Rusia una grave epidemia de fiebres palúdicas, que se propaga rápidamente, y en particular en el Cáucaso, donde un 75 por 100 de la población está atacada del mal.

Apenas si existe quinina para combatir la enfermedad.

La salud en la provincia de Granada.—Según nota oficiosa facilitada en el Gobierno civil, se han dado varios casos de tífus exantemático en el pueblo de Motril, muchos de viruela en Alfacar y gran epidemia de tos ferina en Montejígar y Pedro Martínez.

La brigada sanitaria provincial ha organizado extraordinario servicio para combatir en los citados pueblos las enfermedades epidémicas desarrolladas.

El Dr. Casares Gil á América.—Invitado por la Universidad de Buenos Aires y otros centros científicos sud-americanos, salió el día 10 con dirección á la República Argentina el decano de la Facultad de Farmacia de la Universidad Central D. José Casares Gil.

El principal estudio que se propone desarrollar en las varias conferencias que piensa pronunciar, es el de la evolución sufrida en los últimos tiempos por las teorías químicas.

A despedir al ilustre profesor, bajaron á la estación del Mediodía muchos catedráticos, numerosos alumnos de las Facultades de Medicina y Farmacia y representaciones del Colegio de Farmacéuticos y de la Junta de Ampliación de Estudios, que le hicieron una cariñosa despedida.

El Dr. Recasens, en Alemania.—El ilustre decano de la Facultad de Medicina de Madrid, Dr. Sebastián Recasens, que desde hace algún tiempo se encuentra en Berlín correspondiendo á una invitación de aquella Facultad para dar algunas conferencias, el día 8 pronunció una en la Asociación de Médicos de la capital de Alemania sobre la «Fisiología del embarazo», ilustrando su discurso con proyecciones interesantísimas.

Entre las numerosas muestras de afecto y admiración que recibe en Berlín nuestro compatriota y compañero, destaca el banquete que en su honor dió el ministro de Instrucción pública al que asistieron el embajador de España, el ministro de Estado alemán, el decano y todo el profesorado de la Facultad de Medicina de aquella Universidad.

Los médicos brasileños no qu'eren emigrantes japoneses.—Comunican de Río Janeiro que la Academia de Medicina ha dirigido á la Cámara brasileña, una moción recomendando la prohibición de la emigración japonesa al Brasil, bajo pretexto de que es imposible que los nipones se aclimaten.

II Congreso de Oftalmología en París.—El día 12, y con asistencia de representación española, se ha inaugurado el II Congreso de Oftalmología, organizado por la Sociedad francesa de esta especialidad.

La sesión resultó solemne é interesantísima.

Asamblea de ciegos.—La Comisión organizadora ha nombrado presidentes honorarios de la Asamblea Nacional de Ciegos Españoles, en atención á su probado amor hacia los mismos, á los Excmos. Sres. D. Francisco Bergamín, don Angel Pulido, D. Alvaro López Núñez, D. Francisco Moragas y conde de Cerrajería.

Nihil novum...—En nuestro constante afán de información y rebusca, hemos tropezado con un dato que podrá entusiasmar á algunos, pero que descorazonará á los que aman las novedades, por el sólo hecho de ser novedades.

Entre los secretarios que formaban el Gabinete del famoso Godoy, Príncipe de la Paz (tan á la ligera juzgado por los historiadores de brocha gorda, bombo y platillo), figuraba, á la caída de aquel ministro universal, y con carácter efectivo también de ministro, el coronel Amorós (famoso por

sus trabajos de higiene y gimnástica), encargado del Instituto Pestalozziano y Sanidad. Es, pues, más que probable, que España haya sido el primer país que ha tenido un ministro, ó secretario de despacho, especialmente encargado de los servicios de Sanidad y de Instrucción pública.

Geografía médica de la Península Ibérica.—El profesor Hauser ha regalado, destinando el producto de la venta al Colegio de Huérfanos de Médicos Príncipe de Asturias, 200 ejemplares de la hermosa obra *Geografía médica de la Península Ibérica*, la cual consta de tres tomos en cuarto, en cuadernados en rústica, con un total de 1.610 páginas, con infinidad de dibujos, mapas en colores de España, detallado por regiones; un gran número de datos estadísticos y muy interesantes todos, parcial y totalmente.

Esta obra, de un valor verdaderamente incalculable, pueden adquirirla nuestros suscriptores al precio de 30 pesetas los tres tomos, recogidos en la Administración de nuestra Revista, para facilitarlos á provincias hay que aumentar los gastos de envío, que asciende á 1,50 pesetas.

El producto de esta venta queda á beneficio del Colegio de Huérfanos.

La Sociedad Filantrópica Comercial é Industrial de Madrid abre concurso hasta el día 28 de Mayo de 1924 para cubrir tres vacantes de médicos alópatas supernumerarios, con sujeción al pliego de condiciones que estará de manifiesto en el domicilio social, calle de la Cruz Verde, núm. 10, principal, de seis á ocho de la tarde.

Los doctores y licenciados en Medicina y Cirugía que aspiren al desempeño de alguna de las plazas, dirigirán sus instancias documentadas al presidente de la misma y al domicilio indicado.—El secretario general, Enrique Romo, Madrid, Mayo de 1924.

Excipiente inerte.—El primer grado de la riqueza es tener lo preciso y el segundo lo que basta.

(Séneca)

¡Válame Dios y qué parecidos son los hombres al agua! El agua nunca es pura, la diferencia de sabores que tiene lo certifica; la tierra por donde pasa le da el sabor. Hermosa es siempre, pero con diferentes sabores.

(Zabaleta.)

Eukodal. Ectebina.—Al presente número acompañamos un prospecto tarjeta de estos productos, recomendando la lectura y pedido de muestras á la Casa E. Merck, Darmstadt (Alemania).

PAPELES YHOMAR

Simple con sulfato de Hordenina puro (0,10 gramos),
CULTIVO DESECADO, EN POLVO, DE BACILOS LACTICOS

LABORATORIO GAMIR, San Fernando, 34. — Valencia.



Jugo de uvas sin fermentar. Es el mejor alimento líquido para enfermos y convalecientes, tífus gástricas. A. J. S. y ESCOFET. Tarragona.

SOLUCION BENEDICTO

Glicero - fosfato de cal con CREOSOTAL

Preparación la más racional para curar la tuberculosis, bronquitis, catarros crónicos, infecciones gripales, enfermedades consuntivas, inapetencia, debilidad general, postración nerviosa, neurastenia, impotencia, enfermedades mentales, cistitis, raquitismo, escrofulismo, etc.

Farmacia del Dr. Benedicto, San Bernardo, 41, MADRID

El papel de esta Revista está fabricado especialmente por la A. G. P. para EL SIGLO MÉDICO.

Sucesor de Enrique Teodoro. —Glorieta de Sta. M.ª de la Cabeza, 1