

# EL SIGLO MEDICO

## REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

Directores honorarios: D. RAMÓN SERRET Y COMÍN y Excmo. Sr. D. ANGEL PULIDO

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCO RODRIGUEZ
J. DE AZÚA Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real Nacional de Medicina.	S. PASCUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.
V. CORTEZO Profesor del Instituto Alfonso XIII.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	P. DEL RÍO HORTEGA Del Laboratorio de Investigaciones Biológicas.
L. ELIZAGARAY Médico del Hospital General de Madrid.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
A. FERNÁNDEZ Alumno de Medicina.	T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	JOSÉ SANCHIS BANÚS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico del Hospital General.
M. GAYARRE Ex-Director de los Manicomios de Ciempozuelos.	F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular.	F. TELLO Sub-Inspector General de Sanidad
		L. URRUTIA Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).
Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA. Académico de la Real de Medicina.		

### PROGRAMA CIENTÍFICO:

*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: La Psicología de la locura, por el Dr. Honorio F. Delgado.—Importancia de la elección de método en el tratamiento de la morfomanía, por el Dr. César Juarros.—Las lombrices y su tratamiento, por el Dr. Baltasar Hernández Briz.—Tratamiento quirúrgico de la úlcera del estómago por conmoción á distancia del gran simpático torácico, por Celestino Alcaez.—Shock traumático, por José Segovia y Caballero.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlián.—Los doctores del Renacimiento, por José María Albiñana y Sanz.—Sección oficial: Ministerio de la Gobernación.—Montepío facultativo.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Colegio de Huérfanos.—Crónicas.—Estafeta de partidos.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

## LA PSICOLOGÍA DE LA LOCURA

POR EL

DR. HONORIO F. DELGADO

de Lima (Perú.)

Los profanos en psiquiatría han creído y creen que la locura entraña un fenómeno psicológico complicado, cuyo mecanismo sutil debe conocer el alienista. Tal creencia de las gentes denota una intuición certera en lo relativo á la alienación misma, pero encarna también un error craso en lo que respecta al concepto que tienen del alienista. En efecto, el desequilibrio mental aparece á la luz de las recientes investigaciones como un proceso de naturaleza harto complicada, en el cual juegan el principal papel los factores morales. Es verdad que los fundadores de la psiquiatría, hace más de un siglo, columbraron ya la índole psicológica de la locura, pero sólo en los últimos años ha sido posible alcanzar el conocimiento más ó menos preciso y científico de su determinismo.

Desde que ha existido la especialidad de enfermedades mentales, hasta hoy, los alienistas no psicólogos, que al presente forman la inmensa mayoría, no opinan de la misma manera que los profanos—aquí está precisamente el error de apreciación cometido por los profanos—. Por el contrario, piensan los psiquiatras no psicólogos que todas las psicosis se deben á lesiones del cerebro, y no admiten que ellas puedan significar

un problema psicológico. En lo único que muestran alguna curiosidad científica es en la averiguación, *post mortem*, de las relaciones entre las modificaciones del tejido cerebral y los trastornos mentales. Piensan, conforme pensaron otros. Algunos investigadores, piensan en la posibilidad de una psicología anatómica. Esta es la única psicología científica posible para ellos, no obstante de que el concepto de psicología anatómica descansa sobre un grosero error, del que han salido los neurólogos investigadores de las localizaciones cerebrales, después de ser víctimas de muchas y lamentables ilusiones.

Esta clase de psiquiatras no sólo considera que las causas y el mecanismo de la insania son de orden puramente orgánico, material en su origen, sino que, además, piensan muchos de ellos que el único progreso científico posible en este dominio es llegar á poder hablar de la alienación en términos de anatomía y fisiología, de cambios celulares y modificaciones físico-químicas. Piensan, asimismo, que el ideal en materia de tratamiento es descubrir algunas drogas ó algunos medios físicos, que actuando sobre el cerebro, le devuelvan su equilibrio metabólico y con ello la lucidez del sujeto. Esto anhelan los que no creen—y no son pocos—que ya es imposible todo progreso en materia de tratamiento de alienados, y que la clinoterapia y la hidroterapia prolongada son las conquistas insuperables de la terapia psiquiátrica.

Sobre este particular hay una nota psicológica de mucha comicidad. Es el hecho que los alienistas no psicólogos, aunque sostienen en el mundo médico, con todo el calor de la convicción apasionada, su materialismo trasnochado, ellos mismos, ante la opinión del público, de que la alienación es un enigma cuya solución le es dado alcanzar al especialista, opinión que ellos consideran secretamente como un prejuicio, con frecuencia se muestran como partícipes del modo de pensar vulgar, y no es excepcional el caso de algunos que no pudiendo resistir á la humana tentación de mostrarse interesantes, se dan el tono de profundos conocedores del alma humana; se exhiben como exploradores de las cumbres de la razón y como buzos de los abismos de la sin razón, y si los adulan dirán enfáticamente que el manicomio es el libro abierto para conocer profundamente al hombre y para saber manejarlo.

A nuestro juicio, en este presuntuoso modo de apreciar los desórdenes mentales, no sólo hay vanidad—muy disculpable, en verdad; pues es hasta provechoso para la profesión médica que sus representantes tengan cierta aureola taumatúrgica—en este modo de apreciar los desórdenes mentales, no sólo hay vanidad, sino también la confesión inconsciente de su posibilidad. Y en verdad, para el psicoanalista de hoy, que posee la disciplina que ha determinado la casualidad psicológica de los procesos psicóticos, para él sí es realmente el manicomio como un libro abierto en que se puede estudiar la constitución de la naturaleza humana escrita en enormes caracteres; pues, en realidad, la psicosis en sus rasgos elementales es la deformación hiperbólica de los modos de ser normales de la conducta humana. Las actividades que se manifiestan como síntomas en el alienado existen ya en el hombre cuerdo en forma discreta: lucidez y locura no son términos opuestos, ni siquiera valores cualitativamente diferentes.

No es sorprendente que hoy en día, cuando el psicoanálisis ha revelado de la manera más concluyente el contenido psicológico de la mayoría de los desórdenes mentales, exista todavía entre los médicos esa mentalidad psicófoba: ello no es sorprendente por el hecho de que los descubrimientos de la escuela psicoanalítica hieren demasiado rudamente prejuicios de gran prevalencia, suscitando una reacción misoneísta que crece con la incapacidad que experimentan los especialistas de comprobar prácticamente el valor de los nuevos principios; pues la verificación de su validez en la clínica requiere, como condición previa, una cultura psicológica verdaderamente atlética. Y es bien sabido que tal cultura es tanto más difícil de encontrar entre los médicos, cuanto que las ciencias mentales le han sido siempre muy ingratas, y no sin razón, porque también sólo recientemente han adquirido la suficiente base empírica y científica que las habilita para la práctica.

Nosotros, que nos hemos impuesto la tarea de hacer conocer hasta donde nos lo permitan nuestras fuerzas la nueva psiquiatría, insistimos en la crítica de la tendencia retardataria, porque su fuerza es demasiado

grande, particularmente en los países latinos, donde la vasta cultura y la disciplina intelectual sistemática no son virtudes de primera línea. Además, es conveniente vituperar la orientación clásica de la psiquiatría, porque el mal no está en los médicos prácticos solamente, sino de manera principal en las instituciones para la enseñanza médica que desadvierten la importancia de la instrucción en materia de psicología. Hay más todavía en excusa del médico práctico, y es que los mismos tratados de psiquiatría (particularmente en idiomas latinos) apenas si inician al estudiante en el inmenso dominio de los procesos psicológicos. Tenemos á la vista un manual de enfermedades mentales, escrito por tres notabilidades europeas, y editado en 1919, el cual no menciona siquiera la palabra «psicoanálisis». Pero esto no es lo peor que puede suceder en tal materia, sino lo que hacen otros autores, que es desprestigiar la nueva psiquiatría, esta psiquiatría que hace ver lo que con otros principios no se ve, y curar lo que con otros métodos terapéuticos no se cura. Hay quien osa decir que el psicoanálisis es una manifestación del misticismo moderno. *Transcurramus solertissimas nugas.*

La experiencia vulgar ofrece una serie de hechos que fundamentan prácticamente, y sin necesidad de mayor examen, el concepto de que la alienación mental puede ser causada por factores de orden moral, que puede, asimismo, consistir esencialmente en conflictos morales, y que, en fin, puede curar por tratamientos de igual naturaleza.

Es de observación frecuente que estalle una psicosis como resultado de un acontecimiento que hiere la vida afectiva del sujeto: la muerte de un pariente, el alejamiento ó la ingratitud de un ser amado, la pérdida de la fortuna, una fuerte impresión terrorífica, etc., son causas que á menudo aparecen como determinantes de enfermedades mentales.

Por otra parte, hay alienados cuyo mal aparece ó desaparece de la manera más súbita, sin previo período de crisis. Los hay también cuyo desorden guarda relación estrecha con la marcha de los acontecimientos del propio hogar. No son raros tampoco aquellos que persisten sólo mientras dura cierta situación exterior al sujeto.

Por último, existen casos en que un tratamiento de índole netamente moral es suficiente á restaurar el estado de lucidez. No faltan aquellos que por una impresión ó acontecimiento imprevisto retornan de golpe á la higeidez de espíritu.

Pero todas estas evidencias, que son de indiscutible valor, no han sido suficientemente apreciadas por los médicos psicófobos, y ha sido necesario penetrar directamente en el contenido mental del alienado para poderles demostrar, de manera decisiva, la causalidad psicológica de la mayor parte de los desórdenes psíquicos (pues hay algunas formas de locura que tienen una causa orgánica indiscutible).

Esto es precisamente lo que han hecho los psicoanalistas, y gracias á su labor inquisitiva, existen al pre-

sente millares de pruebas cruciales, documentadas de manera minuciosa y completa.

Los síntomas vesánicos: delirios, alucinaciones, movimientos, gestos, actitudes, etc., que antes se consideraban como productos caóticos, desprovistos de sentido, sin razón de ser propia; como fenómenos accidentales, insólitos, disparatados, ajenos por completo a la personalidad íntima del paciente, aparecen, gracias al análisis, como productos dotados de valor humano, como manifestaciones psicológicas ricas de contenido histórico-personal, como signos reveladores de un significado profundo y vital. Los procesos que se tomaban como arquetipos de lo contingente, se manifiestan al analista como hechos regidos por rigurosa ley de causalidad, accesibles en su entidad propia, si se sabe comprenderlos, como símbolos de procesos más recónditos.

El hecho es, en verdad, que para poder discernir más ó menos claramente el sentido de las acciones y de las expresiones del insano, es menester tomar en cuenta un escenario infinitamente mayor que el mezquino que ofrece espontáneamente el paciente en un momento dado. Hay necesidad de relacionar en el sujeto el presente con el pasado, la personalidad inmediatamente accesible, manifiesta, con la personalidad íntima, latente. Así se hace descifrable el enmarañado cuadro clínico. La clave de la locura está en tomar sus manifestaciones en función con lo que queda oculto en las reconditeces del alma, en la subconsciencia; el contenido de ésta hace el papel de contexto para poder leer en los síntomas el significado funcional de la vejanía.

Es así, pues, que para la inteligencia de los fenómenos del desequilibrio mental hay que comenzar por la comprensión de este vasto y portentoso mundo de las profundidades del alma. Hasta hace poco la psicología se ocupaba sólo de los fenómenos de conciencia, y su campo de acción se limitaba a la descripción y explicación de ellos y de sus relaciones con los acontecimientos exteriores. Se sospechaba, sin embargo, que algo más había fuera de este menguado círculo, y hasta hubieron algunos psicólogos heteróclitos, particularmente entre los grandes poetas, que osaron explorar lo que queda más allá de él; pero ha sido sólo Sigmund Freud, el genio del psicoanálisis, quien, rompiendo el embotado compás de la psicología académica, se lanzó de lleno fuera de ese círculo, que ya amenazaba convertirse en círculo vicioso. Él consideró que el umbral de la conciencia era la última Thule de la psicología académica, pero que, como la última Thule de la geografía romana, podía sobrepasarse, y es así que su audacia, como la de Colón, le ha valido el descubrimiento del nuevo mundo del espíritu: la subconsciencia.

El fenomenismo exterior solicita de continuo la actividad de nuestro espíritu, y para poder vivir como seres actuales, adaptados a las condiciones y a los acontecimientos del ambiente, estamos obligados a ocuparnos de lo que tiene lugar en él. En todo momento y en todo lugar nuestros sentidos están en acción; incesantemente nuestra atención está adherida a los datos de

los sentidos, y las imágenes que éstos dejan en nuestra memoria quedan también monopolizando nuestro interés de seres actuales. El aquí y ahora requiere el esfuerzo de nuestra personalidad perceptiva y es la conciencia la que desempeña esta función de adaptación.

La función de la conciencia está supeditada, además, por las necesidades fundamentales de la civilización. Los imperativos de la moralidad determinan en buena parte los límites de su esfera de acción. De suerte, pues, que por nuestra personalidad consciente, nuestra actividad biológica tiende a adaptarse a las condiciones del momento y del medio, tratando de que la escala de valores subjetiva armonice con los conceptos de la razón y los dictados de la ética.

Pero el mundo superficial y accesible de la conciencia, cuyos términos: sensaciones, imágenes, asociaciones, etc., que tratan de organizarse conforme a las leyes de la lógica y las exigencias de la moral, está lejos de constituir lo fundamental del alma humana, y mucho más lejos aún de implicar lo decisivo para la conducta. El ser pensante, racional, lógico, social, es sólo la filigrana de la personalidad, lo más deleznable desde el punto de vista biológico. Las fuerzas motoras pertenecen al dominio de la vida afectiva; ésta es la que disimuladamente gobierna, la que nos lleva donde quiere; a su poder nada puede resistir de manera absoluta; y si a menudo los principios de la esfera consciente tienen la apariencia de poder eficiente en nuestro comportamiento, es porque debajo de la justificación lógica hay una motivación afectiva subconsciente.

¿Cuál es la naturaleza, cuál el origen del contenido de la subconsciencia? Aunque mucho queda por precisar y valorizar debidamente, se sabe ya bastante de la índole del contenido de la subconsciencia. Para decirlo sintéticamente, es el pasado, que vive, que tiene fuerza, que tiende a actualizarse. Considerado histórica y biológicamente, el hombre es ante todo un animal. Los instintos y las impulsiones que en la lucha por la perpetuidad de la vida han manifestado todos los seres de las infinitas generaciones que forman el árbol genealógico del supercivilizado de hoy día, no son cosas completamente fenecidas; por el contrario, sobreviven y tienen tanta mayor estabilidad cuanto más remoto es su origen, cuanto más inmemorial es su uso. Lo único que ha conseguido la cultura social es reprimir esas proclividades ancestrales en lo profundo del ser.

(Se concluirá.)

## IMPORTANCIA DE LA ELECCIÓN DE MÉTODO EN EL TRATAMIENTO DE LA MORFINOMANÍA

POR EL

DR. CÉSAR JUARROS

El número de morfinómanos existente en nuestro país, número acrecentado por días, impone dedicar especial atención al tratamiento de tan tremendo hábito de intoxicación.

Es muy corriente observar dos actitudes, ambas

igualmente inmotivadas, frente al problema de un morfinómano ó el gesto de dómene que regaña al devoto de la morfina, sosteniendo que quien es morfinómano lo es porque quiere, pues está plenamente dentro de los dominios de la voluntad dejar de inyectarse ó la aplicación mecánica, sistemáticamente mecánica, de un método cualquiera de los consignados en los libros.

Sin embargo, el verdadero criterio clínico no es ni puede ser ninguno de estos dos, ya que el secreto del éxito reside en la elección de método y en *individualizar* la aplicación de éste.

Quien no tenga formado un concepto claro del valor terapéutico é indicaciones especiales de los métodos bruscos, rápidos y lentos, se verá expuestísimo á un fracaso.

Recientemente logré desmorfinizar, por el método rápido de Sollier, á un enfermo, cuya curación había sido intentada ya en tres ocasiones: una por un método rápido y dos por métodos lentos.

Los *métodos bruscos* exigen siempre gente joven, morfina en pequeña cantidad, hábito reciente y completa integridad fisiológica; fuera de estos casos el empleo de un método brusco resulta peligroso, inadecuado y muy expuesto á protestas por parte de la familia del enfermo. En el caso á que acabo de hacer referencia fueron los parientes los que se negaron á que se continuase la aplicación del método brusco.

Los *métodos lentos* poseen su indicación especial en gentes de más de cuarenta años, con hábito antiguo de inyectarse, sometidos á dosis elevadas y padeciendo alguna lesión orgánica, en especial cardiovascular.

A primera vista, y sobre todo leyendo la descripción de Oscar Jennings, estos métodos seducen por su sencillez, por su inocuidad, por lo bien que lo soportan los enfermos; pero en la práctica se suele encontrar que precisamente por esta lentitud, son aquellos donde resulta más trabajoso llegar á la privación absoluta del veneno. Los últimos centigramos cuesta enormemente el desterrarlos.

Tienen la ventaja de ser los más apropiados á la intervención psicoterápica, sin la cual no puede hablarse con justicia de desmorfinización; pero aun así y todo, resultan positivamente inseguros.

Los *métodos rápidos* constituyen los preferibles en la mayoría de los casos, *siempre que se den estas circunstancias*: no pasar el enfermo de cuarenta años, no exceder la dosis de 1  $\frac{1}{2}$  ó 2 gramos diarios, no ser un hábito de más de tres años de duración y tratarse de un morfinómano sano, visceralmente considerado.

Aun así no basta, se precisa otra condición para evitar el fracaso, y es ésta la individualización, la adaptación del plan á la idiosincrasia de cada uno de los casos:

Véase un ejemplo: constituye base *fundamental* de todo método rápido lograr una ó dos deposiciones abundantes, al día. Desmorfinizar rápidamente á un estreñido equivaldría á exponerse á serios contratiempos. Para evitarlos se aconseja, por todos los autores, el uso de purgantes salinos. Pues bien, tengo yo en trata-

miento actualmente á un morfinómano, al cual los purgantes salinos crean tal estado digestivo, que fuera totalmente contrario á las más elementales normas médicas pretender administrárselos. Algunos recursos fisioterápicos me van permitiendo rehuir el uso de los citados purgantes.

Conviene, pues, ir llevando al ánimo de los médicos generales el convencimiento de que la desmorfinización no es nunca problema exclusivo de aplicación automática del método favorito, sino principalmente de elección de método y de manera de aplicar el elegido.

La presente nota tiene su justificación en el gran número de morfinómanos que andan por esos mundos de Dios, considerándose incapaces de redención, por culpa de que dos ó tres veces se intentó sin lograrlo privarles de su vicio fatal.

El 99 por 100 de los morfinómanos son susceptibles de *total* desmorfinización; si ésta no se logra siempre en tal proporción, culpese á la falta de flexibilidad terapéutica en los prácticos encargados de aplicar los métodos.

Y esto conviene que se sepa para evitar el descorazonamiento injustificado que empieza á cundir entre médicos y enfermos. No se trata de ninguna cuestión inexpugnable; hasta con conocer bien un método brusco, uno rápido y uno lento, y decidirse á aplicarlos según lo exijan las indicaciones de que antes se ha hecho mención. El método rápido á que yo doy preferencia es el de Sollier, y de los lentos, el que más utilizo es el de Jennings.

#### MEDICINA PRETÉRITA

### LAS LOMBRICES Y SU TRATAMIENTO

#### TRASCRIPTIÓN Y COMENTARIO

FOR EL

DR. BALTASAR HERNÁNDEZ BRIZ

Médico Jefe de la Inclusa. Colegio de la Paz y Asilo San José.

Quiero dar á conocer á mis lectores una interesante memoria del año 1750, por el Dr. D. Francisco Rubio, de Madrid, titulada *Disertación físico-médico-mecánica. Historia del origen, generación y efectos de las lombrices y su curación*.

Siendo la vida del hombre tan rápida para aprender con perfección una ciencia y un arte tan difícil como la Medicina, el estudio reflexivo de su historia puede suplir en parte esta rapidez, y como asegura Hume que un hombre instruido en la historia ha empezado á vivir desde el principio del mundo, y en cada siglo ha añadido algo á sus conocimientos, por esta razón exclamaba el orador de Roma, que siempre era niño el que no se dedicaba á su estudio. Diodoro, de Sicilia, decía, que suple á la edad que falta á los jóvenes, y que extiende los límites de la vejez; si el hombre ha vivido muchos años más, añade este sabio, hace que demos la preferencia á los ancianos en los consejos. ¿Qué no debe tributarse á la historia que nos presenta la experiencia de todos los siglos?

Es la Medicina una cadena cuyos eslabones se enlazan unos con otros y no debe tener solución de continuidad; por esto la enseñanza de nuestros antepasados debemos unirla á la nuestra; pues nos encontraremos que muchos hechos tenidos por nuevos eran conocidos y vislumbrados por nuestros antecesores, y la observación y la experiencia de nuestros grandes prácticos arroja en la actualidad grandes enseñanzas.

La Sociedad Médica de Madrid el año 1750 pidió explicación del fenómeno siguiente:

*De por qué las lombrices, siendo su regular domicilio el canal intestinal, producen picazón en las narices.*

Dice el Dr. Rubio lo siguiente: Describe las lombrices como animalejos de diversos géneros engendrados en el cuerpo humano de los huevecillos de los insectos. Como de la mezcla de ambas especies se procrean tan vasta multitud de huevecillos fecundados que depositan las moscas y los insectos, con mayor ó menor abundancia, en diferentes hierbas, flores, frutos y otras muchas cosas que sirven al hombre de alimento y bebidas, pasan luego estas cosas inficionadas de los excrementos ó impuridades espermáticos de dichos insectos á ser alimento del hombre ó inmediatamente ó mediante las carnes que comemos de los animales que pacieron las dichas hierbas, por cuyos medios se transportan á sus estómagos gran abundancia de huevecillos de varios géneros.

Añádase á esto que el mismo aire que respiramos y tragamos puede ser el conductor; pues hasta en él se hallan esparcidos los tales huevecillos, como tienen demostrado los experimentos de los físicos modernos, de cuyo origen nacen, que aquellos huevecillos que se tragan, ya en la comida, ya en la bebida, ya en el aire, ya también (y no sirva de admiración) los que van en los mismos insectillos que contienen los referidos alimentos hospedados en el estómago é intestinos y otras partes, y vivificados con el blando fomento y calor de estas entrañas se convierten en animalejos reptiles (á la manera que sucede también esto fuera del hombre) lo que acontece más frecuentemente y con más abundancia en las tiernas entrañas y estómagos de los niños y muchachos, que no en los robustos y adultos.

Como se ve, este ilustre médico tenía una visión clara en el año 1750, hace cerca de doscientos años, de la realidad de las cosas demostradas hoy día, aparte de algunas exageraciones propias de la época. Conocer que las moscas son propagadoras y lo mismo otros insectos de gérmenes y semillas de otras enfermedades, también es cosa verdaderamente notable, que nos demuestra la delicadísima observación de nuestros antepasados.

Describe después los diversos gusanos intestinales, como en aquellos tiempos se los consideraba, entre ellos las tenias de diversas formas. Dice que las lombrices semejan á las lombrices de la tierra, son más frecuentes en los niños y muchachos por la razón dada al principio, y porque abundan de muchas imperfecciones y, por consiguiente, de mucho humor craso y viscoso en los intestinos, que es la madriguera de su fomento, donde enredados en estas ligas putredinales

los huevecillos, encuentran en ellas un calor y humedad proporcionados á su desarrollo y producción; así por esto, y por lo mucho que comen los niños sin orden ni concierto.

Describe después la sintomatología, las señales que demuestran la presencia de lombrices en dichos domicilios, que son muchas, pero vienen confundidas las más con las propias de otros males.

En los niños—dice—son frecuentes los repentinos é interpolares rotortijones de tripas, particularmente por las mañanas ó cuando se halla el estómago vacío, adonde se ponen frecuentemente las manos en ademán de apretarse el vientre. (En mis recuerdos de la niñez, no he olvidado nunca unos retortijones enormes de vientre que me hacían detenerme en la marcha y me obligaban á apretarme con las manos el vientre, y desaparecieron cuando expulsé unos pelotones como bolsas de infinidad de lombrices.) Cesan los dolores luego que han comido; se empieza á enflaquecer el cuerpo y ponerse la cara descolorida, con ojeras, que es empezar á hundirse los ojos, no obstante de que algunos tan pronto se hallan pálidos, tan pronto encendidos, tienen grandes inquietudes en el sueño, hablan, do, rechinando y soñando con pesadez; muchas veces se les advierte que duermen con los ojos abiertos, se restregan frecuentemente las narices, espiran mal olor por ellas y por la boca, vierten por ella gran cantidad de saliva, sienten como que les muerden ó roen las tripas, aparece tumor y tensión de vientre, hipo, náuseas, vómitos, mucha hambre; empieza á levantarse un tosecilla seca, algunas veces con dificultad de respirar, á poco tiempo se les introduce una calenturilla lenta con alguna sed, que toma su incremento por las tardes; dolores de cabeza, particularmente hacia la frente, calosfríos, cardialgia y desmayos, los excrementos de color ceniciento y como greda desleída sin embargo de que á otros se les muestra gran atrición de vientre, la orina cruda y turbia á manera de leche, los pulsos varios y mudables, los espantos ó el despertar repentinamente asustados del sueño son muy frecuentes, etc. Estas suelen ser las señales que regularmente indican las lombrices que ocultan los intestinos, aunque varíen algunas veces, y no se representan á la vista sino tal cual. Lo que no admite duda es que no hay accidente, por peregrino y extraño que sea, que no sepan producir esta casta de sabandijas, como lo testifican las observaciones de los prácticos.

Cita algunos notables casos que demuestran esto de accidentes repentinos, de calenturas verminosas, etcétera, etc. Sigue diciendo: Quien estuviese bastante instruido en la Historia Médica no se admirará de oír que han agujereado las lombrices el estómago, intestino, hipocondrio, ombligo é ingles y se han salido fuera, etc. Pero dejando esto aparte y volviendo á lo prometido, digo que la picazón de las narices como cualquiera otra comezón del cuerpo no viene á ser más que una sensación entre molesta y apacible de las fibrillas nérveas, y aquella de los de la túnica interna de la nariz.

Esta sensación rigurosamente viene á ser una espe-

cie de dolor, como luego diré, el cual tiene varios grados. Los modernos (de aquella época) la señalan tres, que establecen en los grados de tirantez, extensión ó crispadura de la fibra nervosa, y así cuando las hebras nerviosas se distienden de tal suerte que juzga la mente puede superar todavía la fuerza del producente, de modo que éste y aquéllas hay una lucha apacible ó restrigue suave, resulta entonces una especie de titilación ó cosquillas que, en rigor, no se puede colocar dentro el término de sensaciones naturales, antes sí, pisa ya la raya de violenta, pues sacan en algún modo las fibras de su quicio natural por la distensión, tirantez ó crispadura que se originan en los estambres nerviosos. Esto se ve claro si se aumenta el movimiento con el restrigue un poco más, haciendo subir algún punto más la tirantez, distensión ó crispadura de la fibra, pues entonces ya la sensación llega á ser ingrata y resultaría, sin duda, prurito, escozor ó ardor. Luego la picazón viene á ser un paso para el dolor ó el primer grado suyo.

El segundo grado es cuando las hebras nerviosas se distienden, de tal suerte, que llega á percibir la mente alguna sensación de dolor, más ó menos, según la tirantez de los estambres.

El tercero y último es cuando se produce solución de continuidad, de modo que por la demasiada tirantez de las fibras lleguen á romperse todos los estambres nerviosos de la parte afecta y llegue á cesar la titilación, y, por consiguiente, el dolor.

Esto supuesto, veamos cómo las lombrices que residen en los intestinos pueden producir en las narices aquella picazón, primer grado del dolor.

Describe á continuación el canal intestinal y sus funciones de una manera ingeniosa. El estudio de las túnicas intestinales, deteniéndose en la túnica nerviosa, etc., digresión anatómica y fisiológica, para aquella época muy interesante: Todos los movimientos que ejecuta la máquina del hombre vienen de donde resplandece el alma, y todas las impresiones que se hacen en aquélla terminan en el trono donde reside ésta. A determinadas impresiones de los objetos exteriores corresponden determinadas invenciones en los órganos, y á éstos ciertas percepciones en el alma, por las cuales juzga de aquéllos sin tardanza, como no haya impedimento en el camino. Toda moción ó sentimiento se hace mediante nervio, el cual participa la especie de impresión mediante un movimiento, que acá, para entendernos, le llamamos de ondulación ó vibración por parecernos que con quien dió más similitud es con el que tiene una vara cuando vibra ó el que hace el agua quieta cuando desde alto se arroja un cuerpo pesado, cuya especie de impresión la comunica al cerebro, ó como sensorio, porque á él van á parar, y porque de él sólo sale la comunicación de fibras sensitivas y motivas. Pero es de notar que son muy diferentes las mociones, sentimientos ó impresiones que se hacen por los objetos externos, mediante los órganos é instrumentos del cuerpo, como de oír, ver, tocar, etc., á las impresiones y sentimientos que se hacen por cuerpos extraños en las partes interiores, pues los unos son connaturales

á las disposiciones y órganos del cuerpo, y los otros preternaturales al regular contacto de las partes. Y así interiormente no hace la disposición que tiene el sentido del tacto y otros sentidos, pues éstos los dispuso Dios para que percibiésemos lo bueno y lo malo, abrazando, mediante la voluntad, lo bueno y evitando lo malo. Esto no sólo se entiende en lo moral, si que también en lo físico, para la conservación del cuerpo, y, por consiguiente, de las partes interiores, en las cuales no puede juzgar la mente, y suple sólo la mecánica y armonía de las partes por ella para vencer y sacudir, si puede, lo que les molesta y estorba. Por tanto, me es preciso rastrear qué género de impresión sea la que causan las lombrices en los intestinos; cuál sea el camino por donde se comuniquen al sensorio común. Si hay callejuela ó comunicación alguna antes de llegar á éste para las narices, ¿qué disposición se halla en ella para la picazón que no se encuentra en las demás partes?

Como las lombrices que habitan los varios rodeos, anfractuosidades y escondites del canal intestinal no se moviesen por sí, no hocicaran, restregarán ó relicaran los estambres felpudos ó hebras nerviosas intestinales, si se alimentasen de las inmundicias y excrementos de las cocciones, manteniéndose quietas en sus domicilios, no producirían molestias ni accidente alguno, en la parte ni en el todo; porque no ofendiendo en manera alguna las partes donde residen, no se dieran éstas por nutridas á no llegar á tanto la magnitud que ella sola, como cuerpo extraño y detenido, las hiciera irritar. Luego el movimiento de ellas, que es á manera oleadas ó su restrigue, relicación ú hocicamiento, es el que irrita las hebras intestinales. Esta irritación, pues, no llegando al término de ser dolorosa precisamente, ha de ser del género de las que dijimos antes, etc.

Hace una serie de descripciones del sistema nervioso en el feto y el niño para venir á parar que por vía refleja se produce la picazón en las narices partiendo del intestino á los centros nerviosos y de éstos á los filetes de las narices (dice). Tocaban las lombrices con desabrimiento los delicados estambres de los intestinos, induciendo en ellos una no del todo violenta irritación, la que propagada en el instante al cerebro y rechazada al cuerpo glanduloso que cubría las proximidades del hueso criboso innumerables filamentos, nervios que toquen oblicuamente la túnica interna de la nariz como participan este movimiento al través, se rozan y distienden y con especialidad hacia sus glándulas que se hallan menos resistentes por su naturaleza; y por el continuo choque del aire que sucesivamente los oprime y volviendo bulliciosamente las oleadas al sensorio común, representan al alma un movimiento cosquilloso en la nariz, la que determina con su imperio las hebras nerviosas que bajan al brazo, obligan á éste á que sacuda aquella molestia como si pudieran.

Y si Uvilis no encontró otro modo de poder rastrear aquel fenómeno del recíproco deleite que sienten los amantes en los mútuos ósculos é impuros tocamientos, más que por la comunicación y distribución que hace el intercostal en el pecho, corazón y partes genita-

les, no será mucho que yo haya intentado (siguiendo las huellas de tan sabio maestro) explicar este tan singular fenómeno bajo las mismas reglas, pues su parecido son los modos más seguros para investigar las maravillosas operaciones de la naturaleza. El rechino de dientes y muelas en el sueño acreditan con mayor certeza y claridad mi expuesto pensamiento, pues éste es una señal que se tiene por tan segura como la picazón de las narices y su producción se verifica de análoga manera por el sistema nervioso.

#### Tratamiento.

En la terapéutica éste distinguido práctico propone tres indicaciones que hay que seguir en la curación de esta dolencia (las mismas que en la actualidad se emplean, tal es el valor práctico y clínico de ellas).

La primera se dirige á matar las lombrices que se hallan en las primeras vías para que no produzcan sus molestias en la parte ni en el todo.

La segunda, echarlas fuera y evacuar las materias crasas y viscosas donde ellas se fecundan.

Y la tercera, impedir su nueva generación, roborar y entonar el estómago y demás entrañas de la región natural y avivar los jugos, que en caso que se hospeden los huevecillos en su domicilio, les deshagan y extingan con su eficacia.

La primera y segunda indicación se pueden satisfacer á un mismo tiempo, con remedios interiores y exteriores.

Como principales remedios aconseja los purgantes y los mercuriales dando el siguiente sabio consejo: Tengo por lo más acertado juntar siempre que vaya alguna indicación mercurial ó amoniacal con un medicamento purgante á fin que éste determine á que se encaminen aquellos por el vientre y no pasen á mezclarse con la sangre en donde pueden producir otros efectos. (En la actualidad siempre empleamos á los calomelanos y santónina una pequeña dosis de aceite de ricino inmediatamente después para asegurar la acción purgante y evitar la acción general.) Los decantados polvos de Aix que se usaban en aquella época por la parte mercurial y purgante ricinoso que entran en él. Cuando las lombrices pasan al estómago, los vomitivos, el aceite común ó la miel en los niños. Contra las lombrices pequeñas del recto como se aconseja hoy, las lavativas con diversas substancias. El cocimiento de una cabeza de ajo en leche, el álloe sucotino, el hollín de madera ó las irrigaciones frías de agua salada que tan excelentes resultados nos dá siempre; conviene usar durante una temporada los tónicos amargos, quina, genciana, etc., pues siempre fueron considerados los amargos como antilumbrosos.

Escorial, Agosto de 1919.

## Tratamiento quirúrgico de la úlcera del estómago por conmoción á distancia del gran simpático torácico

POR

CELESTINO ALVAREZ

Director-propietario del Sanatorio Quirúrgico de Oviedo (1).

#### Examen cuantitativo.

Resultados expuestos en miligramos y referidos á 100 c. c. de líquido.

		Cifras normales.
A. = Acidez total.....	255	189
H. = Acido clorhídrico libre.....	193	44
C. = Cloro combinado orgánico.....	51	168
F. = Cloro fijo.....	171	109
T. = Cloro total.....	415	321
$\frac{A. - H.}{C}$ = Coeficiente de Hayem y Winter.....		
	1,21	0,86

(Análisis del laboratorio del Dr. Castañón, de Oviedo.)

Diagnóstico: *Hiperclorhiria é hiperacidez sin estasis gástrica.*

Fué operado el 12 de Julio de 1913, practicándose la sección y alargamiento de los pares sexto, séptimo, octavo y noveno.

El curso postoperatorio fué altamente favorable; cesaron los dolores, los vómitos y la tolerancia para toda clase de alimentos apareció á los pocos días de intervenido.

El análisis post operatorio practicado el 20 de Julio, es decir, veinte días después del análisis preoperatorio, dió los resultados siguientes:

Aspecto: turbio, con abundantes materias en suspensión.

Color: amarillo verdoso.

Olor: inodoro.

#### Análisis cualitativo.

Acido láctico.....	Reacción positiva débil.
Acido acético.....	Reacción positiva débil.
Acido butírico.....	Reacción negativa.
Bilis.....	Reacción positiva.
Sangre.....	Reacción negativa.

#### Análisis cuantitativo.

Resultados expuestos en miligramos y referidos á 100 c. c. de líquido:

		Cifras normales.
A. = Acidez total.....	190	189
H. = Acido clorhídrico libre.....	128	44
C. = Cloro combinado orgánico.....	51	168
F. = Cloro fijo.....	217	109
T. = Cloro total.....	396	321
$\frac{A. - H.}{C}$ = Coeficiente de Hayem y Winter.....		
	1,21	0,86

(Análisis del Laboratorio del Dr. Castañón, de Oviedo.)

(1) Véase el número anterior.

Comparando estas cifras con las del análisis preoperatorio, se observa una muy notable diferencia, pues éstas en cuanto a A y H han disminuido considerablemente. A este título exponemos esta historia como representante de un grupo de enfermos, en los que el resultado de mi operación, además de conducir a una curación completa, acarreo una disminución notable de las cifras de la acidez del jugo gástrico.

#### Hiperclorhidria.

Historia del 2 de Julio de 1912.

D. M. O. F., natural de Colloto, de treinta y cinco años de edad, empleado de Consumos. Pesa 55 kilos.

Antecedentes hereditarios sin ninguna particularidad digna de mención.

Entre sus antecedentes personales se encuentra el abuso del alcohol y las comidas picantes.

Hace siete años comenzó a sentir dolor en el vientre que desaparecía con la expulsión de gases. Hace cuatro años comenzó a padecer ardor de estómago y dolores que irradiaban a la espalda, vómitos alimenticios poco después de la ingestión de los alimentos; no padeció nunca hematemesis ni melena; en la fecha en que se recogió esta historia conserva el apetito. La leche, única alimentación tolerada, le produce algunos dolores. Tiene estreñimiento acentuado. Aun en estado de vacuidad, la región epigástrica acusa un dolor espontáneo, dolor que se irradia a la espalda. El estómago, explorado por percusión, acusa una pequeña dilatación.

El análisis del jugo gástrico practicado en 9 de Julio de 1912, dió los resultados siguientes:

Aspecto: turbio, con abundantes materias en suspensión.

Color: amarillo ambarino débil.

Olor: nulo.

Reacción ácida al tornasol.

#### Examen cualitativo.

Acido láctico.....	Reacción positiva franca.
Acido acético.....	Reacción positiva muy débil.
Acido butírico.....	Reacción negativa.
Bilis.....	Reacción negativa.
Sangre.....	Reacción negativa.

#### Examen cuantitativo.

Resultados expuestos en miligramos y referidos a cien centímetros cúbicos de líquido.

		Cifras normales.
A. = Acidez total.....	164	189
H. = Acido clorhídrico libre.....	116	44
C. = Cloro combinado orgánico.....	36	168
F. = Cloro fijo.....	211	109
T. = Cloro total.....	363	321
$\frac{A-H}{C}$ = Coeficiente de Hayem y		
Winter.....	1,33	0,86

De los anteriores datos se desprende que el enfermo padecía una hiperclorhidria con hipersecreción.

El día 10 de Julio de 1912 fué operado, realizán-

dose en el paciente la elongación de los sexto, séptimo, octavo y noveno pares dorsales. Pasados los vómitos postanestésicos fueron las molestias atenuándose de modo progresivo y a los ocho días de la intervención el paciente se encontraba notablemente aliviado, y no decimos curado, porque le molestaba la zona anestésica que en todos nuestros operados se observa a nivel de los intercostales seccionados, y por padecer además una molesta sensación de peso en el estómago. A los quince días reapareció el apetito, y todos los alimentos por variados que fuesen, que le eran administrados, los toleró perfectamente.

El día 29 de Julio de 1912 le fué practicado, previa la administración del desayuno de prueba, un nuevo análisis de su jugo gástrico. Este análisis dió los resultados que expresamos a continuación:

Aspecto: turbio, con abundantes materias en suspensión.

Color: amarillo verdoso.

Olor: nulo.

#### Análisis cualitativo.

Acido láctico.....	Reacción positiva débil.
Acido acético.....	Reacción positiva débil.
Acido butírico.....	Reacción negativa.
Bilis.....	Reacción positiva franca.
Sangre.....	Reacción negativa.

#### Análisis cuantitativo.

		Cifras normales.
A. = Acidez total.....	201	189
H. = Acido clorhídrico libre.....	146	44
C. = Cloro combinado orgánico.....	44	168
F. = Cloro fijo.....	167	109
T. = Cloro total.....	357	321
$\frac{A-H}{C}$ — Coeficiente de Hayem y		
Winter.....	1,25	0,86

Hace ya años que el paciente se encuentra perfectamente curado y en la actualidad realiza su vida ordinaria sin que desde hace tiempo sufra la menor molestia. Y es curioso observar, en este caso como en otros, que la curación haya sido lograda sin que la acidez disminuya, sino, por el contrario, que haya aumentado. A este título consignamos esta historia para demostrar con ella que el factor acidez no tiene la importancia patogénica que algunos autores le han concedido.

#### Hiperclorhidria con retención gástrica espasmódica.

D. J. S., de treinta años de edad, de profesión labrador.

Sus antecedentes hereditarios carecen de detalles de importancia para nuestro objeto.

Entre sus antecedentes personales encontramos los siguientes datos: Hasta los diez y ocho años gozó de buena salud y en esta fecha comenzó su padecimiento actual, que se inauguró con pirosis creciente en intensidad. En esta misma fecha comenzaron los dolores e intolerancia para los alimentos de más difícil digestión.

Actualmente presenta desnutrición general, intolerancia gástrica absoluta, pues comprende a la leche; los dolores son intensísimos y suceden inmediatamente a la ingestión de todo alimento. Presenta una acentuada gastroectasia demostrable por percusión, y la palpación de la región epigástrica despierta dolores no muy localizados ni intensos.

El análisis de su jugo gástrico practicado el 29 de Agosto, sin la previa administración del desayuno de prueba, estando por tanto el estómago en ayunas, dió los resultados siguientes:

#### ANÁLISIS DEL LÍQUIDO PROCEDENTE DEL LAVADO DEL ESTÓMAGO EN AYUNAS

##### Análisis cualitativo.

Acido clorhídrico libre.	Reacción francamente positiva.
Acido láctico.....	Reacción positiva débil.
Acido acético.....	Reacción positiva débil.
Acido butírico.....	Reacción negativa.
Bilis.....	Reacción negativa.
Sangre.....	Reacción negativa.

El líquido está ligeramente teñido de un color rosáceo.

##### Análisis cuantitativo.

Resultados expuestos en miligramos y referidos a 100 c. c. de líquido.

		Cifras normales.
A. = Acidez total.....	73	189
H. = Acido clorhídrico libre.....	44	44
C. = Cloro combinado orgánico.....	14	168
F. = Cloro fijo.....	63	109
T. = Cloro total.....	121	321
$\frac{A-H}{C}$ = Coeficiente de Hayem y		
Winter.....	2,07	0,87

El líquido objeto de este análisis fué obtenido del enfermo, como antes decimos, por lavado. Al sujeto en ayunas y sometido en el día anterior a la prueba de las pasas, se le introdujo la sonda y por ésta 300 centímetros cúbicos de agua, siendo al momento extraídos otros 300 centímetros cúbicos aproximadamente del líquido analizado.

El anterior análisis y la prueba de las pasas, nos permiten afirmar el éstasis gástrico determinado por contractura del píloro.

El día 6 de Septiembre del mismo año se sometió al enfermo a la comida de prueba de Ewald, con objeto de obtener su jugo gástrico en periodo digestivo, y procediendo a su análisis, obtuvimos los resultados siguientes:

##### Análisis cualitativo.

Acido láctico.....	Reacción francamente positiva.
Acido acético.....	Reacción francamente positiva.
Acido butírico.....	Reacción negativa.
Bilis.....	Reacción negativa.
Sangre.....	Reacción negativa.

##### Análisis cuantitativo.

Resultados expuestos en miligramos y referidos a cien centímetros cúbicos de líquido.

		Cifras normales.
A. = Acidez total.....	350	189
H. = Acido clorhídrico libre.....	255	44
C. = Cloro combinado orgánico.....	51	168
F. = Cloro fijo.....		109
T. = Cloro total.....	451	321
$\frac{A-H}{C}$ = Coeficiente de Hayem y		
Winter.....	1,86	0,86

Este análisis, así como el que precede, fueron practicados en el Laboratorio de mi Sanatorio.

Diagnóstico: *Hiperclorhidria é hiperacidez con retención gástrica.*

El día 7 de Septiembre de 1912 le fué practicada al paciente mi operación elongándosele, previa sección, los quinto, sexto y séptimo pares dorsales.

El resultado de la intervención operatoria fué francamente favorable, cesando paulatinamente todos los desórdenes, hasta llegar el paciente a una absoluta normalidad. El éstasis gástrico desapareció por completo pues hecha de nuevo la prueba del lavado del estómago en ayunas, no pudo obtenerse sino el líquido inyectado por la sonda. Este líquido era debilísimamente ácido al tornasol, pero la investigación del ácido clorhídrico libre dió un resultado negativo.

El día 19 de Septiembre se le administró de nuevo el desayuno de prueba, que extraído a la hora de su ingestión fué analizado con los resultados siguientes:

##### Análisis cualitativo.

Acido láctico.....	Reacción positiva.
Acido acético.....	Reacción positiva.
Acido butírico.....	Reacción negativa.
Bilis.....	Reacción negativa.
Sangre.....	Reacción negativa.

##### Análisis cuantitativo.

		Cifras normales.
A. = Acidez total.....	284	189
H. = Acido clorhídrico libre.....	211	44
C. = Cloro combinado orgánico.....	47	168
F. = Cloro fijo.....	145	109
T. = Cloro total.....	403	321
$\frac{A-H}{C}$ = Coeficiente de Hanyem y		
Winter.....	1,55	0,86

Comparando estas cifras con las del análisis preoperatorio, se deduce que tanto la acidez total como la clorhídrica, si no llegaron a descender hasta la normal, disminuyeron notablemente. Y asimismo se observa la ligera disminución del cloro combinado orgánico, disminución de acuerdo con la desaparición del éstasis gástrico.

También el enfermo que queda historiado curó completamente de su afección gástrica, y en este caso puede verse la eficacia de mi operación en los casos de éstasis gástrica por contractura espasmódica del píloro.

### Hiperclorhidria con retención gástrica por estenosis cicatricial pilórica.

Historia obtenida el 2 de Julio de 1912.

D. D. C., natural de Los Guzmanes (León), de treinta y cinco años de edad, jornalero de profesión.

Los antecedentes hereditarios carecen de importancia.

El enfermo gozó siempre de una salud perfecta hasta el mes de Enero de 1911 en que comenzó su actual dolencia, principiando ésta con ardores de estómago ligeros al principio, pero que fueron acentuándose hasta el mes de Mayo del mismo año. En esta fecha comenzaron los vómitos, y una dispepsia grave y muy dolorosa hizo su aparición.

Actualmente presenta un aspecto bastante desnutrido; padece pirosis acentuada, y su dispepsia, cada día más dolorosa, le obliga a prescindir de todo alimento que no sea la leche. También ésta le produce molestias al digerirla.

El examen físico de su aparato digestivo demuestra: lengua saburrosa, dilatación de estómago, revelada por abundante é intenso chapoteo y estreñimiento intenso y pertinaz.

Con el régimen lácteo los vómitos se hicieron más escasos.

El análisis de su jugo gástrico dió los resultados siguientes:

Aspecto: turbio, con abundantes materias en suspensión.

Color: ligeramente ambarino.

Olor: nulo.

Reacción: ácida al tornasol.

#### Análisis cualitativo.

Acido láctico.....	Reacción positiva franca.
Acido acético.....	Reacción positiva débil.
Acido butírico.....	Reacción negativa.
Bilis.....	Reacción negativa.
Sangre.....	Reacción negativa.

#### Análisis cuantitativo.

		Cifras normales.
A. = Acidez total.....	179	189
H. = Acido clorhídrico libre.....	108	44
C. = Cloro combinado orgánico.....	58	168
F. = Cloro fijo.....	173	109
T. = Cloro total.....	339	321
$\frac{A-H}{C}$ = Coeficiente de Hayem y Winter.....	1,22	0,86

#### Análisis de las heces.

Reacción negativa en cuanto á la presencia de sangre.

Diagnóstico: *Hiperclorhidria y retención gástrica.*

El día 10 de Julio de 1912 le fué practicada la operación, en la que se le realizó la sección y elongación del quinto, sexto y séptimo pares dorsales.

A partir del momento de la intervención aparecieron en el operado los signos observados en el resto de los casos, consistentes en anestesia epigástrica y sensación de peso en el estómago. Sin embargo, los

vómitos no cesaban y el intento de una alimentación sólida fracasó repetidas veces. Los alimentos ingeridos, después de media á una hora de su ingestión, eran arrojados violentamente, casi completamente digeridos y mezclados con una cantidad abundantísima de jugo excesivamente ácido. Tampoco se modificó la dilatación gástrica que aquejaba al enfermo y aun en ayunas podía observarse un evidente chapoteo.

El análisis postoperatorio practicado el 27 de Julio del mismo año dió los resultados siguientes:

#### Análisis cualitativo.

Acido láctico.....	Reacción positiva franca.
Acido acético.....	Reacción positiva débil.
Acido butírico.....	Reacción negativa.
Bilis.....	Reacción negativa.
Sangre.....	Reacción negativa.

#### Análisis cuantitativo.

		Cifras normales.
A. = Acidez total.....	186	189
H. = Acido clorhídrico libre.....	116	44
C. = Cloro combinado orgánico.....	58	168
F. = Cloro fijo.....	155	109
T. = Cloro total.....	329	321
$\frac{A-H}{C}$ = Coeficiente de Hayem y Winter.....	1,20	0,86

Este análisis, así como el precedente, fueron practicados en el laboratorio del Dr. Castañón, de Oviedo.

Del cotejo de las cifras de este análisis con las del anterior, se deduce que las cifras han sido modificadas en valores muy escasos.

La persistencia de las molestias que aquejaban al enfermo, verdad es que á veces un tanto amortiguadas, hicieronnos pensar en que la causa del fracaso de mi intervención en este caso, fuese el estar constituida una estenosis de origen cicatricial en el píloro, y para convencernos por modo directo de nuestra sospecha, realizamos la siguiente prueba.

Hecho el sondaje del estómago se introdujeron en la cavidad gástrica 250 centímetros cúbicos de agua-extrayéndola inmediatamente. Este líquido arrastró algunas pasas que el enfermo había ingerido el día anterior y era bastante ácido: contenía ácido clorhídrico libre en la proporción de 66 miligramos por 100 y su acidez total se elevaba á 109 miligramos. Contenía además todos los componentes del jugo gástrico. Hecho un tercer análisis del líquido recogido á la hora de la ingestión del desayuno de prueba, dió el resultado siguiente;

#### Análisis cualitativo.

Acido clorhídrico libre.....	Reacción positiva.
Acido láctico.....	Reacción positiva.
Acido acético.....	Reacción positiva.
Acido butírico.....	Reacción negativa.
Bilis.....	Reacción negativa.
Sangre.....	Reacción negativa.

(Continuará.)

## SHOCK TRAUMATICO (1)

POR

JOSÉ SEGOVIA Y CABALLERO

Alumno de Medicina Legal.

Quénu expuso primeramente sus ideas ante la Sociedad de Cirugía en sesión del 4 de Diciembre de 1917 (2). Quénu no consideraba como exclusiva esta patogenia del shock y admitía desde este punto de vista seis clases de shock: 1.º, shock nervioso caracterizado por su aparición inmediata después del traumatismo; 2.º, shock hemorrágico (pseudo-shock de otros autores); 3.º, shock infeccioso caracterizado por su aparición tardía (uno ó dos días después del traumatismo); 4.º, shock por ejercicio físico y emoción; 5.º, este otro tipo de shock que se observa sin gran hemorragia; que no aparece inmediatamente como el shock nervioso, ni tardíamente como el shock infeccioso, sino algunas horas después del traumatismo que se observa en heridas amplias ó múltiples con extensos aplastamientos sobre todo del tejido muscular. Este tipo de shock que según Quénu sería el más frecuente, por lo menos en Cirugía de guerra, es atribuido por él á la reabsorción de productos tóxicos á nivel del foco traumático, productos tóxicos que resultan de la autólisis de los tejidos privados de vitalidad y particularmente del tejido muscular. Fácilmente se comprende la importancia de estas ideas para el tratamiento como veremos luego. Quénu no presentaba ninguna comprobación experimental en apoyo de su teoría. Precisamente el único dato clínico en favor de ella era el resultado obtenido con la eliminación del foco traumático.

Sin embargo, estas ideas tuvieron mucho eco entre los cirujanos franceses é ingleses, y en la discusión sostenida en la Sociedad de Biología en Octubre de 1918 Cannon (3) aceptaba sin reservas la teoría tóxica. En esta misma sesión Delbet presentó algunas pruebas experimentales en favor de esta teoría que él había ideado independientemente de Quénu.

Delbet cree que el shock es siempre de origen tóxico y considera que el denominado por Quénu y otros, shock nervioso que sigue inmediatamente al traumatismo, no es sino un colapso.

Para comprobar experimentalmente la veracidad de esta teoría tóxica del shock, Delbet ha tratado de demostrar la toxicidad de los autolisados de tejidos, haciendo inyecciones intraperitoneales en animales de autolisados musculares completamente asépticos y haciendo las inyecciones en animales de la misma raza para evitar en lo posible los fenómenos de anafilaxia por albúminas extrañas. Después de la inyección peritoneal, los animales presentan gran polipnea; después los reflejos desaparecen; más tarde caen en el coma quedando inertes en la posición que se les da. Más tarde la polipnea desaparece, la respiración se hace normal ó un poco lenta. Si al mismo tiempo que la respiración se retarda van apareciendo los reflejos, el animal sale del coma y cura. Si por el contrario los reflejos no reaparecen, es señal cierta de que el animal va á morir. Como puede verse, este cuadro se parece extraordinariamente al cuadro clínico del shock y los fenómenos que lo constituyen son atribuidos á la intoxicación del sistema nervioso. Esta intoxicación originaría un

descenso de la presión arterial, lo cual tiene por consecuencia una acumulación de los elementos figurados de la sangre en los capilares. En los pequeños vasos donde los roces son considerables el descenso de la presión sanguínea hace difícil la travesía celular á los hematíes, á lo cual se debe el acúmulo en los capilares que antes citábamos.

Pero además de esta intoxicación del sistema nervioso juegan un gran papel las alteraciones del hígado y las suprarrenales que se afectan profundamente por la intoxicación. Las alteraciones del hígado han sido las mejor estudiadas por Delbet en colaboración con Noel y Fiesinger y no insistiremos sobre ellas por haber sido expuestas en el capítulo de Anatomía patológica.

Delbet cree que estos productos tóxicos no se fijan en la célula nerviosa (aunque actúan sobre ella) como lo hace sospechar la extrema rapidez con que los animales se restablecen después de una dosis de autolisados musculares, capaz de producir un estado comatoso, pero no de acarrear la muerte. De estos hechos deduce Delbet que todos los enfermos de shock son intoxicados por venenos capaces de actuar de dos maneras: primero, por acción rápida sobre el sistema nervioso; segundo, por alteración del hígado y quizás de otros órganos (¿suprarrenales?); esta intoxicación no alcanza una intensidad grande más que al cabo de cierto tiempo.

Simultáneamente con estas observaciones de Delbet, otros muchos cirujanos han aportado comprobaciones experimentales y clínicas en apoyo de estas teorías. Las más interesantes son las de Duval y Grigaut (1).

Estos autores sostienen que los fenómenos tóxicos del shock se deben á una disgregación azoada, intensa y rápida de los tejidos traumatizados. En estado normal el tejido retiene almacenada una gran parte de las sustancias azoadas resultantes de su desasimilación y es la retención de estos productos la que proporciona al tejido su toxicidad especial.

Bajo la influencia del traumatismo el *dinfil* de la excreción azoada disminuye y una parte de la reserva azoada tóxica del tejido lesionado pasa á la circulación.

El paso de sustancias tóxicas fué ya entrevisto por Brodin y Saint Girons (2), que habían observado en las grandes heridas una leucocitosis intensa y precoz que comparaban á la leucocitosis digestiva y que atribuían á la reabsorción producida á nivel del foco lesionado.

Duval et Grigaut (3) han estudiado la eliminación azoada en los heridos y han llegado á las conclusiones siguientes: 1.ª, en todos los heridos hay una gran disminución del nitrógeno total no proteico en los tejidos traumatizados y un aumento en la sangre de este mismo N. Sin embargo, este aumento era moderado y nunca llegaba al doble de lo normal cuando el herido no presentaba shock. Pero en dos casos de shock (shock primitivo no inmediato) este aumento era mucho mayor y sobrepasaba con mucho el doble de lo normal.

Este aumento está en relación con la intensidad del shock. En los casos en que va á sobrevenir la curación la cantidad de N. no proteico de la sangre va disminuyendo progresivamente; por el contrario, el aumento persiste cada vez mayor en los casos fatales.

Este aumento del N. no proteico de la sangre recuerda la retención azoada de los bríghticos. Pero existe una diferencia esencial é importante. Mientras en los bríghticos

(1) Véase el número anterior.

(2) Bulletin et Memoires de la Société de Chirurgie, Diciembre de 1917.

(3) CANNON: A basis for discussion of traumatic shock. Comptes rendus de la Société de Biologie, Octubre de 1918.

(1) DUVAL et GRIGAUT: Patogenie du shock. Comptes rendus de la Société de Biologie, Octubre, 1918.

(2) BRODIN et SAINT GIRONS: Modifications leucocytaires precoces chez les blessés de guerre. Comptes rendus de la Société de Biologie, 1918.

(3) DUVAL et GRIGAUT: La retention azotée des blessés. Comptes rendus de la Société de Biologie, Octubre, 1918.

este aumento de N. se debe en su mayor parte á la retención de urea, en los enfermos de shock se debe casi exclusivamente al N. residual (diferencia entre el N. total no proteico y el N. de la urea). Teniendo en cuenta la relación del aumento de N. residual con la insuficiencia hepática, estudiada por Chauffard y Brodin, y teniendo en cuenta las lesiones del hígado encontradas, frecuentemente Duval y Grigaut creen que una parte de los fenómenos de shock se deben á la insuficiencia hepática, pero no primitiva, sino consecutiva á la reabsorción de productos tóxicos. Se trataría, pues, de un verdadero caso de hígado forzado.

Parecidos datos han sido suministrados por otros investigadores. Así Fabre y Clogne (1) han encontrado un aumento en la eliminación urinaria de acetona y cuerpos citogénos. Mestrezat (2) ha encontrado también un aumento de la eliminación urinaria de N. y un aumento en las orinas de moléculas nitrogenadas é hidrocarbonadas aparte de la urea.

En otro orden de hechos se han practicado diversos experimentos en animales en favor de la teoría tóxica, estos experimentos hechos en los hospitales de Béthune han sido publicados en el *Journal of the American Medical Association*, de Enero y Febrero de 1918, y en resumen demuestran los siguientes puntos: 1.º El aplastamiento de los músculos de la pata de un animal produce un descenso de la presión sanguínea que comienza al cabo de unos veinte minutos y alcanza su máximo al cabo de una hora. 2.º Estos fenómenos se producen aun cuando los nervios de la pata estén seccionados; no son, pues, de origen nervioso. 3.º Este descenso no se produce si los vasos de la pata han sido previamente ligados. 4.º Una vez producido este descenso de la presión arterial, ésta puede ir aumentando hasta el nivel normal si se ligan los vasos. 5.º El descenso de la presión arterial no es debido á la extravasación de sangre y linfa en los tejidos. La cantidad derramada es á todas luces insuficiente.

En el terreno de la clínica las observaciones numerosas de los cirujanos franceses en diversas comunicaciones á la Société de Chirurgie, en 1918, tienden á probar la aparición no inmediata del shock (ó por lo menos de esta clase de shock). Los primeros fenómenos aparecen á las dos ó tres horas del traumatismo en la mayoría de los casos.

Algunos casos, como el de Rothier, relatado por Quenn en la Société de Biologie, son muy demostrativos. Se trataba de un paciente con herida en pierna al que se había aplicado el tubo de goma hasta su llegada al hospital de segunda línea; el herido no presenta síntomas de shock; quitado el tubo comen zaron á aparecer síntomas de shock que hicieron peligrar la vida del enfermo. Realizada la amputación desaparecieron estos síntomas.

No todos los autores aceptan esta explicación de Duval y Grigaut del origen de los productos tóxicos. Para Policard (3) los productos tóxicos serían originados por la digestión de los tejidos, merced á los fermentos endocelulares puestos en libertad y sobre todo á los fenómenos leucocitarios. En cambio Vallée et Bazy (4) creen que esta acción se debe casi exclusivamente á los microbios. En apoyo de su opinión citan el siguiente experimento.

Habiendo encontrado un tipo de *B. perfringens* que desprovisto de función tóxica posee en alto grado el poder de digerir el tejido muscular, inyectan este tejido así protegido pero privado de bacilos, sin que se produzca ningún fenómeno tóxico.

(1) *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1916.

(2) *Recherches sur le métabolisme des organismes en état de shock*, Société de Biologie, 1918.

(3) *Policard: L'évolution de la plaie de guerre*, 1917.

(4) *Bulletin et Mémoires de la Société de Biologie*, Avril, 1918.

Sería, pues, preciso el concurso de microbios capaces de segregar toxinas para la aparición del shock y éste no sería por tanto más que una forma de infección.

El origen tóxico de ciertos casos de shock parece, pues, innegable después de estos hechos, pero sólo para ciertos casos, puesto que esta teoría no explica los casos de shock inmediato.

Los mismos autores de la teoría tóxica reconocen este hecho, y de la lectura de las numerosas observaciones de los cirujanos franceses parece desprenderse que admiten por lo menos cuatro variedades de shock: el shock nervioso, el shock hemorrágico, el shock tóxico y el shock infeccioso. Esquemizando un poco, no hay inconveniente en asimilar el shock tóxico al shock infeccioso, y teniendo en cuenta el papel desempeñado por la hemorragia demostrado ya por Crile, es muy posible que los casos llamados de shock hemorrágico no sean sino casos de shock nervioso, cuya aparición es favorecida por la hemorragia.

En resumen, podemos admitir como hecho definitivamente establecido la existencia de un shock nervioso, al que, por lo menos, hasta ahora, es perfectamente aplicable la teoría de Crile, y un shock de origen tóxico. Ahora bien; si la palabra shock debe ser reservada para el que hemos llamado shock tóxico, considerando el shock nervioso como un simple colapso como quieren algunos, ó si, por el contrario, este último es el verdadero shock, no siendo el otro más que una intoxicación, es una cuestión sobre la cual no podemos decidirnos, tanto más cuanto que el cuadro clínico en uno y otro caso es tan semejante que en la mayoría de las veces es imposible hacer su diferenciación.

Por consiguiente, debemos seguir considerando, por lo menos provisionalmente, á uno y otro como una entidad clínica: shock, que puede ser debido á causas distintas.

(Se continuará.)

## Periódicos médicos.

### PSIQUIATRIA

#### EN LENGUA EXTRANJERA

1. Estudio crítico acerca de la evolución de las ideas relativas á las alucinaciones verdaderas, por R. Mourgue. Tesis de París, 1919; presidente de tesis, Dupré.—El autor, licenciado además en Letras y Filosofía, afronta el problema de las alucinaciones verdaderas desde un punto de vista muy interesante aunque nada clínico. Trata sencillamente de relacionar unas con otras las teorías diferentes sustentadas acerca de la alucinación, buscando la razón de su modo de ser en las tendencias filosóficas generales de cada época; el conjunto de la tesis resulta de este modo del más alto valor para la cultura psiquiátrica.

Hay en todo el trabajo una constante profesión de fe pesimista. Encabezado con las palabras de Baillarger «el mecanismo íntimo de la alucinación es y será siempre probablemente inexplicable», el autor no se declara conforme con ninguna de las teorías que expone; ellas son únicamente las emitidas por autores franceses, á las cuales se concreta de modo deliberado Mourgue.

La exposición comienza con las ideas de los cortesianos. Un párrafo tomado á Malebranche, subrayado por otro de Bonnet, escrito cien años más tarde, muestra en esencia que para los comentadores y discípulos de Descartes, la alucinación no es más que la morbosa exageración de un fenómeno completamente fisiológico. Entre el recuerdo de las representaciones mentales de las cosas y la alucinación no habría sino una diferencia de grado.

Esta es la misma doctrina defendida durante la famosa discusión en la Sociedad Médico-psicológica (1855-1856) por Duché, Lelut y Delasiauve. Baillarger, en cambio, con admirable sentido clínico se oponía á estas afirmaciones puramente teóricas. «Afirmó—decía—según lo que yo mismo experimento, que *ver un objeto y representármelo mentalmente*, son dos estados, dos actos diferentes y que no hay entre ellos gradaciones posibles». Toda la obra de este mentalista francés está imprregnada de un estimable espíritu de prudencia y de una clarividente intuición. Su definición de las alucinaciones puede todavía aceptarse.

«Una percepción sensorial independiente de toda excitación exterior de los órganos de los sentidos y que tiene su punto de partida en el ejercicio involuntario de la memoria y la imaginación.»

Las ideas de Lelut, cuyas raíces están, como las de las de Fabret padre, en la escuela de Locke, tienen también mucha importancia histórica y ponen de manifiesto un elemento del cual ya Esquirol se había ocupado: el defecto del control de las otras facultades en el momento de la alucinación.

En el fondo ésta es la famosa teoría de los reductores de *Taine*, con su lucha entre la vivacidad de las diferentes imágenes, también profesada por Griessinger, y por todos los autores que admiten que entre la alucinación y el recuerdo de la representación mental hay sólo una diferencia de grado.

Las teorías anatómicas son en seguida enjuiciadas por Mourgue. Recaba para Parchappe la prioridad de la interpretación anatómica de la alucinación; estudia la obra de Ritti, inspirado por Luys, como predecesor de Tamburini, y llega rápidamente á esta famosa teoría: el estado de excitación de las neuronas de los centros sensoriales daría lugar á la alucinación.

Mourgue discute con imparcialidad los argumentos aportados por Tamburini, haciendo notar, sin embargo, hasta qué punto son hoy anacrónicos ante las nuevas ideas acerca de las localizaciones cerebrales, debidas á V. Monakow (1). Luego expone la teoría de Tanzi, que acepta que la falsa imagen procede no del centro sensorial, sino del centro de la memoria de las imágenes.

En efecto, de la teoría de Tamburini se deduce el absurdo de que las alucinaciones visuales serían hemianópicas, á menos de aceptar una excitación bilateral y simétrica de los centros sensoriales de ambos hemisferios. Para obviar este inconveniente construyó Tanzi su interpretación, que ha despertado críticas muy vivas por su simplicismo.

Las teorías clínicas ó fisiopatológicas (2) ocupan el tercer lugar en el estudio crítico.

En primer lugar figuran las de los autores que aceptan un desdoblamiento de la personalidad en el alucinado (Leuret). Pertenece indudablemente á Moreau de Tours el honor de haber realizado en este sentido el primer estudio de la fórmula psíquica de los alucinados: compara, en efecto, la alucinación con el ensueño, y habla del estado crepuscular de la conciencia y de la disociación de ideas que constituyen el estado alucinatorio.

Ball habla también del desdoblamiento de la personalidad de los alucinados. Ségla diferencia las alucinaciones sensoriales de las psicomotrices, y acepta tan sólo para estas últimas la disociación de ideas.

Gilbert Ballet cree, por el contrario, que todo género de

(1) Véase SIGLO MÉDICO 23-VIII-19: Las localizaciones cerebrales según V. Monakow.

(2) La denominación es nuestra. (N. de la B.)

alucinaciones está ligado á la desagregación de la personalidad del enfermo.

Masselon, siguiendo la tendencia intelectualista iniciada por Blandel, concede una importancia extraordinaria á la interpretación que dominaría por completo la esfera de las alucinaciones.

Una bibliografía muy selecta aunque no muy numerosa completa la tesis de Mourgue, que en conjunto, como ya se ha dicho, resulta revestida del más alto interés científico.—*J. S. B.*

## CIRUGÍA

### EN LENGUA ESPAÑOLA

#### 1. Reducción de las luxaciones posteriores de codo.

—Estas luxaciones tan frecuentes en la práctica, y según la opinión generalizada tan fáciles de reducir, no siempre pueden corregirse por los medios clásicos; ya por la contractura muscular, ya por los vivos dolores que experimente el paciente, ó por otras causas; en estos casos, el Dr. Francisco Venegas aconseja seguir las instrucciones de Gaulejoc. He aquí como describe la técnica:

X, joven de veintidós años, soltero, labrador, en perfecto estado de salud y robusta complexión.

Ciertó día, al pretender subirse por la zaga de un carro en marcha, calcula mal las distancias y cae de lado al suelo; tratando instintivamente de atenuar el golpe con la mano derecha, coloca ésta por delante, con el antebrazo en extensión sobre el brazo, y esta extremidad sufre toda la violencia del traumatismo.

Como consecuencia de este accidente, pude apreciar una extensa luxación del codo derecho hacia atrás, y cuando me cercioré de que no existía fractura, por la ausencia de los signos de Cooper y Malgaigne, y al reconocer claramente es relieve troclear encima del pliegue del codo, intenté la reducción mediante la doble acción sinérgica de *tracción en la flexión progresiva y propulsión de detrás adelante* (Lejars) sin que esta maniobra me proporcionase resultado alguno positivo.

Dispuesto á emplear la técnica de Cooper, tuve que desistir de ello por los intensos dolores que de un modo descompuesto acusaba el lesionado, y en su consecuencia opto por el procedimiento de reducción preconizado por Gaulejoc.

Colocado el paciente en decúbito supino, la extensión progresiva del miembro lesionado se hace mediante la tracción ejercida con mi mano sobre la parte anteroinferior del antebrazo, y la contraextensión está á cargo de una tercera persona que sujeta fuertemente con ambas manos el brazo del enfermo, en su parte media.

Coloco la mano izquierda sobre el antebrazo á dos traveses de dedo por debajo del pliegue del codo y ejerzo una fuerte compresión con el fin de movilizar de un modo simultáneo las extremidades superiores de los huesos del antebrazo, actuando sobre ellas en sentido anteroposterior, y del cúbito hacia el radio, con el fin de colocar el borde superoexterno de la apófisis coronoides lo más cerca posible de una línea horizontal que pase por la parte inferior de la tróclea humeral.

Mantenida la situación expuesta durante breves momentos hasta el instante preciso en que podamos comprobar la movilización radiocubital y sin modificar la extensión y propulsión, hacemos flexionar lentamente el antebrazo y vemos con satisfacción que por el simple mecanismo del deslizamiento, los huesos dislocados vuelven á ocupar su situación normal.

La diferencia esencial entre el procedimiento reseñado y

las maniobras clásicas de reducción radica solamente en el modo de ejercer la propulsión.

En efecto: la base fundamental de toda maniobra, estriba en la acción simultánea de la extensión y contraextensión, como primer tiempo de la técnica racional, cuando ésta no se ejecuta como en el procedimiento de Cooper, con el propósito de rechazar el húmero mientras en el antebrazo se ejerce una tracción progresiva en la flexión.

Aquí no se trata de una verdadera propulsión directa, por cuanto, fuertemente rechazado el húmero por la presión ejercida con la rodilla sobre la cara anterior del codo dislocado, las superficies articulares se adaptan y colocan en situación normal por efecto de la tracción progresiva en la flexión.

En las distintas maniobras en que se lleva a cabo una propulsión directa, ésta se ejerce sobre el olécranon, haciéndole descender hacia la línea epicóndilo troclear, y dicha propulsión se verifica de atrás adelante, generalmente con los pulgares de ambas manos aplicados sobre el relieve prominente de dicha tuberosidad.

La propulsión, en el método que hemos seguido en nuestros lesionados, se hace en sentido inverso, esto es, de delante atrás y hacia fuera y tiende a separar de la parte posterior de la tróclea humeral, la cabeza del radio y la apófisis coronoides.

De este modo, durante la flexión posterior ó terminal, la cúpula radial se adapta al nivel del cóndilo del húmero, y si bien es cierto que en determinadas ocasiones la apófisis coronoides ofrece un obstáculo para la completa reducción de la extremidad cubital superior, es factible vencer esta dificultad haciendo que la propulsión sea lenta y progresiva y vaya siempre orientada en sentido anteroposterior y de dentro a fuera. (*Clinica Castellana*, Mayo, 1919.)

**2. Pseudocrup por absceso osifluente cervical.**—El Dr. Alfredo Larguía relata la observación de un enfermo entrado a su servicio el día 21 de Febrero en gravísimo estado, que se llevó allí para ser intubado en la creencia de que se trataba de un crup diftérico y cuyos antecedentes eran que hasta siete días antes había sido sano, y los primeros síntomas de la enfermedad fueron tos, disnea y tiraje.

Recibido por la guardia se procedió a intubarlo por ser la respiración sumamente difícil con tiraje supra e infraesternal, intensa cianosis, sudores fríos, pulso incontable, haciéndosele en seguida inyecciones de suero antidiftérico, aceite alcanforado, cafeína, inhalaciones de oxígeno, caloricación, etc. En el momento de introducir el dedo en busca de la epiglotis y al hacer la presión de la base de la lengua, se pudo observar que la respiración se hacía mejor, y unos minutos después de colocado el tubo se mantuvo así, hasta que a los diez minutos volvió a hacerse con dificultad, por lo que se presentó el caso de decidir si se hacía una traqueotomía inmediata.

Examinado el paciente, que era un niño de veintidós meses, en buen estado general, se pudo constatar en la percusión del tórax anterior, una matidez como de 0,10 centímetros alrededor de la horquilla esternal, respiración tubaria y rales crepitantes en toda su extensión, temperatura 36°. Respiración 60, pulso incontable, no continuando el examen por detrás por el gravísimo estado en que se encontraba y el temor de producir un síncope. Por estas circunstancias, no encontrando indicada la operación, resolvimos no intervenir, ayudando al enfermo en sus últimos momentos, con los recursos terapéuticos de práctica, hasta que falleció dos horas después. En la autopsia se encontró (protocolo 892): persistencia del timo, pleuresía adhesiva total izquierda, tuberculosis calcificada de los ganglios mediastínicos y mesenté-

ricos. Nódulos calcificados en el vértice del pulmón izquierdo. Bronconeumonía tuberculosa del vértice izquierdo, adherencias pleuropericárdicas, miocarditis. Enterocolitis tuberculosa, faringitis granulosa, úlceras esofágicas. Mal de Pott con absceso osifluente que se extiende hasta el cuello y comprime la tráquea a través del esófago.

La interpretación que corresponde en este caso, conocidos los datos anteriores, es, a nuestro juicio, la siguiente: Que este niño tenía una tuberculosis miliar, sin que hubiera presentado a la vista de los padres síntomas que los alarmaran, lo que no deja de ser curioso, dadas las múltiples lesiones que presentaba, y que a medida que su absceso se fué agrandando, después de cierto límite, empezó a experimentar serias dificultades para respirar y ha llegado al servicio en la faz terminal de su molestia. Como en las lecturas hechas al respecto no hemos encontrado un caso semejante, hemos creído de oportunidad dejar constancia de lo observado. (*Semana Médica*, Buenos Aires, 10 Julio 1919.)

#### EN LENGUA EXTRANJERA

**3. Operación para la corrección permanente de los pies planos en los niños, por el Dr. Charles Oglivy.**—Esta operación está particularmente indicada en aquellos casos en que ha existido siempre una evasión anómala del pie cambiando las relaciones normales entre éste y la pierna. Este cambio hace que el peso del cuerpo gravite directamente sobre el borde interno del pie en vez de hacerlo sobre el dorso y el segundo dedo. Suele tratarse de casos hereditarios.

Hasta la fecha se ha tratado de corregir la anomalía colocando y manteniendo al pie en su posición normal, levantando el borde interno mediante modificaciones en la bota. El resultado de este tratamiento ha sido que al cabo de varios años de él, si bien los enfermos andaban como normalmente, cuando llevaban aplicado el aparato conveniente, al prescindir del mismo volvían a mostrar la anomalía del principio. Este fracaso de los métodos mecánicos nos hizo pensar en la intervención. Examinados atentamente los pies de estos niños, cuya edad solía oscilar entre ocho y quince años, observamos que el punto de mayor relajación era la articulación astrágalo-escafoidea. Cuando el pie estaba evadido, esta articulación sufría mayor tirantez y los ligamentos se relajaban en proporción. Consecuencia de esto era que la cabeza del astrágalo giraba hacia adentro y hacia abajo. Las demás partes del pie, incluso la articulación tibio-peroneo-astragalina, son normales.

El autor pensó que haciendo una artrodesis de la articulación astrágalo-escafoidea en posición de hipercorrección había de formarse una adherencia fibrosa resistente. En estas condiciones la articulación astrágalo-calcánea quedaría fija en virtud de su construcción y la cabeza del astrágalo fija ya al escafoide, no podría deslizarse hacia adentro ni abajo. Por lo tanto quedaría excluido el hecho de que el peso del cuerpo recayese sobre el borde interno del pie, atirantando sus ligamentos. Quedaba por averiguar si la artrodesis que había de mantener la corrección podía obtenerse a esta edad. Hace más de seis años que el autor practicó la primera intervención y el resultado ha sido satisfactorio. Después la ha practicado más de setenta veces. De ellas sólo seis han sido fracasos. En dos de las mismas una segunda intervención demostró que se había formado una nueva articulación perfectamente normal: se trataba de niños cuya edad oscilaba entre cinco y siete años. En los otros casos el fracaso parece depender de que se permitió demasiado pronto el transporte de pesos. (*The Journal of Orthopaedic Surgery*, Junio, 1919.)

#### 4. Resultados del tratamiento quirúrgico de los tumores de la medula espinal, por el Dr. A. W. Adson.—

La historia de los enfermos que padecen tumores de la medula espinal no es igual siempre, pero tiene algunas particularidades que hacen pensar en esta afección. Los síntomas aparecen gradualmente, empezando por trastornos sensitivos como parestesia ó anestesia, acompañados de alteraciones motoras. Algunas veces hay mejorías, pero pronto recae el enfermo y la sintomatología es gradualmente progresiva con pérdida de la sensibilidad y motilidad asociadas á exaltación de los reflejos en las regiones cuya inervación parte de un punto más bajo de la medula que aquel en que asienta el tumor. La rapidez con que progresa la enfermedad depende de la situación y naturaleza del tumor. Las neoplasias blandas y las de tipo intramedular suelen tener un desarrollo muy lento, al paso que los tumores duros encapsulados, aumentando considerablemente la presión, producen una parálisis evidente en pocos meses con una lesión definitiva de la medula mucho más intensa que la que producen los tumores blandos. Los tumores que hacen presión sobre la cara dorsal de la medula ocasionarán trastornos sensitivos antes que motores; los situados lateralmente ó en la cara anterior, ocasionarán más bien un síndrome de Brown-Séquard con trastornos motores.

Todo enfermo cuya historia haga sospechar esta enfermedad, debe someterse á un detenido examen neurológico. Los reflejos están abolidos en la región cuya inervación corresponde al punto lesionado y exaltados por debajo.

Los tumores que parten de las vértebras ó de las meninges de situación extradural ó subdural producen presión sobre la medula sin invadirla. Los que parten de la medula misma destruyen primero la substancia gris, y luego las fibras meduladas. Pueden aparecer en cualquier parte de la columna vertebral ó de la medula. Suelen hacerlo más en la región torácica que en la cervicodorsal y en la dorsolumbar.

Su naturaleza está en relación con su origen. Los que parten de la columna vertebral tendrán una estructura que pueda proceder de los huesos ó de los ligamentos; los que se engendran en las meninges serán endotelomas, fibromas ó psamomas. Estos tumores no suelen ser muy grandes, crecen despacio, y aunque algunos son malignos, la mayoría no tienen este carácter, lo cual asegura una curación definitiva si se extirpan á tiempo.

La operación comienza por una laminectomía del tipo usual hecha á través de una incisión media. El autor acostumbra á reseca las apófisis espinosas y láminas de tres ó cuatro vértebras antes de abrir la duramadre. Después de cohibir la hemorragia y explorar la medula se extirpa el tumor con manipulaciones suaves, teniendo gran precaución para no lesionar la medula ni sus raíces nerviosas, así como para no causar tampoco una hemorragia innecesaria. Desde luego la operación en dos tiempos se halla indicada en cierto número de casos, especialmente en aquéllos que presentan tumores intramedulares; pero si la primera sesión no pasa de una hora ú hora y media puede concluirse la operación de una vez. La duramadre se cierra por completo mediante una sutura entrecortada, hecha con seda; los músculos se suturan mediante dos series de puntos con catgut; las aponeurosis mediante una sutura semejante; el tejido celular mediante una sutura sencilla de catgut, y la piel mediante sutura subepidérmica. No se deja desagüe, excepto en aquellos casos en que es preciso cohibir la hemorragia mediante un pequeño tapón de gasa. Después de la operación se mantienen los enfermos en decúbito prono con la cabeza más baja que la columna vertebral durante treinta y seis á cuarenta y ocho horas, pasadas las cuales se les permite po-

nerse de lado, pero siempre con una almohada debajo del cuerpo de manera que la cabeza esté más baja que la región en que se practicó la laminectomía durante tres ó cuatro días. En ocasiones hay que favorecer la exoneración del vientre, pero suelen bastar enemas salinos. El tratamiento restante post-operatorio depende del estado del enfermo. No hacen falta aparatos especiales.

De 16 laminectomías, la extirpación del tumor se hizo en ocho casos. Tres de éstos enfermos se curaron; dos mejoraron mucho; dos mejoraron ligeramente, y uno ha vuelto á tener las mismas molestias. No falleció ninguno. En cinco casos en que no se hizo extirpación de los tumores un enfermo mejoró mucho; dos ligeramente, y dos no mejoraron. (*Minnesota Medicine*, Junio de 1919.)

#### 5. Un caso de contracción espasmódica de los músculos que rodean la cadera, por el Dr. E. Laming Evans.

—Se trata de una muchacha de veintidós años que después de haber padecido un proceso crónico de la articulación de la rodilla izquierda presentó hinchazón de la articulación coxofemoral, blandura por debajo de la parte media del ligamento de Poupert, teniendo en cuenta que la radiografía mostraba una erosión de la cabeza del fémur. El autor diagnosticó una coxalgia y la enferma se sometió á tratamiento por espacio de cerca de dos años. Cuando Laming la volvió á ver la lesión había desaparecido por completo, pero cuando la enferma tenía la pierna en extensión y aproximación se producían contracciones espasmódicas de los músculos que realizan la rotación interna del fémur; cuya contracción al mover el muslo iba acompañada de un salto apreciable á la vista, al oído y á la palpación. Indudablemente se trataba de un movimiento reflejo, en que partiendo el estímulo de los nervios aferentes, procedentes de las fibras anteriores del músculo glúteo mayor, iba á la medula para de allí marchar por los nervios eferentes que inervan los músculos encargados de la rotación interna del muslo. Las contracciones aparecían muy bruscamente, eran completamente independientes de la voluntad y se repetían hasta 49 veces por minuto, cesando en cuanto se cambiaba el miembro de postura, colocándole en flexión ó abducción. No se trataba de tics espasmódicos, puesto que eran sumamente bruscos, dolorosos, completamente independientes de la voluntad, de área anatómica muy limitada, faltando el impulso irresistible y la sensación de bienestar después de realizado el movimiento.

La causa de las contracciones clónicas espasmódicas estaba en una irritación del arco reflejo, y puesto que cesaban cuando el muslo estaba en flexión ó en abducción, es indudable que la lesión irritativa no estaba en el trayecto de las fibras eferentes hacia los glúteos mediano y menor, ni en la medula espinal, y como la posición en que se producían exige cierta tensión de las fibras anteriores del glúteo mayor sobre el gran trocánter, se puede afirmar con seguridad que el estímulo partía de las fibras aferentes de la cadera ó del glúteo mayor.

Durante cinco meses tuvo la enferma puesto un vendaje inamovible, manteniendo el muslo en abducción y en ligera flexión. Los movimientos espasmódicos desaparecieron mientras lo tuvo puesto; pero al quitarle reaparecieron y continuaron. La sugestión bajo sueño hipnótico, tampoco produjo resultado.

Más tarde el autor recurrió á la intervención, incindiendo transversalmente el tensor de la fascia lata y las fibras anteriores del glúteo mayor. Estos músculos fueron diseccionados hacia arriba, extirpando todos los elementos nerviosos que se iban descubriendo. Durante la intervención no se observó nada anómalo en la disposición anatómica del tensor ni del glúteo mayor.

El resultado inmediato de la operación fué la desaparición de todos los movimientos espasmódicos que ha persistido hasta la fecha.

La causa del estímulo aferente es desconocida. La historia previa del caso hace pensar que el espasmo reflejo partía de una excitación ocurrida en la articulación de la cadera después de la curación de una artritis que puede ó no haber sido de naturaleza tuberculosa. La curación se explicaría, por lo tanto, en una modificación de la presión intraarticular que tuvo lugar al disminuir la tensión que sobre el trocánter mayor se ejercía seccionando las fibras anteriores del glúteo mayor. Por otra parte, el estímulo aferente puede haber partido del glúteo mayor, á pesar de que en la operación no se halló nada anómalo. Igual que muchos casos de torticollis espasmódico de origen subcortical ó bulbar, el arco reflejo se establecía sin que hubiese lesión evidente; pero al revés de estos casos que se tratan y curan escindiendo los nervios motores ó eferentes, á lo largo de los cuales pasan los impulsos espasmódicos, en el caso de que nos ocupamos la curación tuvo lugar disminuyendo la tensión de los nervios sensitivos ó aferentes que conducen los impulsos al centro del arco, y sin trastorno alguno de la función normal de los músculos que realizaban el movimiento espasmódico. (*The Journal of Orthopaedic Surgery*, Mayo 1919.)

### VÍAS URINARIAS EN LENGUA EXTRANJERA

#### 1. Riñón izquierdo insuficiente y nefrectomía del lado derecho con resultado satisfactorio, por el Dr. Kümmell.

—El autor estudia el tratamiento operatorio de algunos casos de alteraciones renales bilaterales. El mejor punto de referencia en estos procesos tan complejos es el estudio de la concentración urinaria. El caso de que el autor se ocupa era el de una enferma de cuarenta y nueve años, con tuberculosis en el riñón derecho y nefritis por bacilos coli en el izquierdo. El punto crioscópico de la orina era:  $-0,62^{\circ}$ . La primera operación consistió en descapsulación del riñón izquierdo, tras de la cual la orina de este órgano mejoró, la albúmina y cilindros desaparecieron, y el punto crioscópico subió á  $-0,58^{\circ}$ . Cinco semanas después de la descapsulación, se practicó la nefrectomía del riñón derecho. El resultado satisfactorio fué completo, el punto crioscópico normal, así como la cantidad de nitrógeno residual de la orina. (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 10 de Marzo de 1919.)

2. Tratamiento de las prostatitis supuradas por la vacuna antigonocócica, por el Dr. Antoine:—Según el autor, en la guerra europea se ha observado un aumento constante de los casos de gonococia, pero todavía ha sido mayor el aumento de los casos de complicaciones y muy particularmente de prostatitis que se manifiestan en la tercera ó cuarta semana por dolores profundos en el ano, que se irradian al periné y al pene. Con la micción se exacerban y suelen impedir al enfermo la permanencia sentado; tiene que estar echado y de costado. Al propio tiempo hay tenesmo vesical y disuria que llegan en ocasiones á la retención completa y exigen numerosos cateterismos. Estos hechos en sujetos cuya uretra se encuentra sumamente infectada constituyen un grave peligro. Hay síntomas generales, fiebre, saburra lingual, anorexia, al tacto rectal se encuentra la próstata tumefacta y dolorosa, muy dura y renitente. Ya en este estado suele acabar por supuración, la resolución espontánea es muy rara. El absceso próximo á abrirse da la misma impresión que una tela mantenida tensa por estar sujeta á un bastidor rígido. En los casos de duda acerca de si hay ya supuración ó no, se exprimirá la glándula, con lo cual

si efectivamente hay pus, se verán salir unas gotitas á través del meato. Este síntoma es inconfundible. Las prostatitis crónicas sólo se diagnostican mediante el tacto rectal que pone de manifiesto una glándula grande, muy consistente, de la que sale pus conteniendo gonococos aparte de otras bacterias de infección secundaria; falta todo otro síntoma.

En los casos agudos el autor ha prescrito reposo, dieta láctea, baños de asiento, enemas calientes, supositorios con belladona ó ictiol y suspensión de toda maniobra en la uretra. En las formas crónicas lavados uretrovesicales, masajes de próstata y á veces dilataciones forzadas de este conducto. El tratamiento médico suele bastar para curar las prostatitis supuradas, pero es muy largo; de aquí que sea muy de tener en cuenta el empleo de las vacunas antigonocócicas que le abrevian extraordinariamente. Del estudio de seis casos observados resulta que inmediatamente de poner las dos ó tres primeras inyecciones mejoran los síntomas todos, principalmente los dolorosos. La duración total del tratamiento de la enfermedad queda gracias á las vacunas disminuida en la mitad de tiempo aproximadamente. Ocho á diez inyecciones bastan para conseguir la resolución y hacer desaparecer á los gonococos. Cuando un absceso prostático se abre espontáneamente en el recto, la duración de la enfermedad es mucho menor, con seis inyecciones bastan. En los casos incipientes, el tratamiento por las vacunas es abortivo. Por último, este remedio, por su acción sedante, resolutive y esterilizante y por lo rápido de sus efectos parece evitar por completo á los enfermos los peligros de una intervención quirúrgica. (*Le Courrier médical* 20 de Julio de 1919.)

### DERMATOLOGÍA Y SIFILIOGRAFÍA EN LENGUA EXTRANJERA

#### 1. Las alopecias postgripales, por el Dr. Th. Haggenmüller (1).

—En la clínica donde el autor presta sus servicios se acumularon en Diciembre de 1918 gran número de casos de alopecia, acusando todos los enfermos haber padecido pocas semanas antes la gripe. Aunque en un principio pudiera dudarse de la veracidad de esta dependencia, más adelante no quedó duda alguna; aparte de que el examen microscópico vino á confirmarla. En efecto, la mayoría de las enfermedades febriles agudas atacan los cabellos produciendo tres clases de alteraciones: adelgazamiento, pérdida del color y trastornos de la medula. Los primeros son poco apreciables por lo regular; en cambio las interrupciones que sufre la medula, ó sea la porción central, llena de aire, que se manifiesta al microscopio, como un trazo muy obscuro, son fáciles de apreciar. En condiciones normales, no todos los pelos de una persona tienen esta medula, sino que se suelen encontrar limitados á las sienes y á la nuca. Como quiera que las canas la presentan todas, deben buscarse con especial interés. Cuando el enfermo sufre una afección aguda febril el cabello adelgaza, y este adelgazamiento que muchas veces sólo se puede demostrar directamente mediante medidas micrométricas al microscopio, se manifiesta mucho mejor por la desaparición á su nivel de la medula. Si la alteración fué muy intensa se produce la muerte del cabello, pero queda engastado en el folículo por espacio de dos y tres meses hasta que el nuevo pelo creciendo desde la papila penetra en el folículo y altera el cierre hermético de éste. Entonces los cabellos desprendidos caen al menor acto mecánico que favorezca su desprendimiento, tal como el de peinarse.

(1) En uno de nuestros últimos números (núm. 8.425) hemos extractado un artículo del Dr. Sabouraud acerca de las alopecias postfebriles, por eso nos parece de doble interés dar hoy á conocer la opinión de los alemanes sobre este mismo punto. N. de la R.)

Ahora bien, pregunta el autor, ¿por qué en Alemania no se había observado hasta la fecha en ninguna epidemia de gripe semejante alopecia? Por el momento esta pregunta tiene que quedarse sin respuesta. No cabe duda que las condiciones de virulencia y demás propiedades del agente causal son distintas de una a otra epidemia. Por lo demás, la alopecia postgripal en nada se distingue de la consecutiva a cualquier otra enfermedad aguda febril.

Para más de 100 mujeres vistas en la consulta no se ha encontrado el autor sino con dos hombres que padeciesen esta enfermedad. No depende esto seguramente de que el sexo masculino fuese menos atacado, sino de que aparte de ser los hombres menos aprensivos por lo que a la calvicie se refiere, la caída uniforme del cabello de éstos y su pronta reposición por ser más cortos los pelos no dan a la alopecia caracteres tan alarmantes.

En todos los casos se comprobó la existencia de la gripe dos ó tres meses antes, la mayor parte de las veces fué acompañada de temperaturas muy altas y á menudo de complicaciones como pleuritis, otitis, etc. Coincidiendo con la alopecia había hiperestesia del cuero cabelludo, pero era difusa sin estar afectos principalmente los puntos de emergencia de los nervios. También solían presentar seborrea. La proporción en que los cabellos se desprendían era alarmante; una enferma pretende haber perdido en un solo día 1.700, lo cual es muy creíble. Los largos son más fácilmente atacados que los cortos, pues aunque todos sufren la alteración y en todos se puede comprobar que los extremos radicales están adelgazados, la mayoría de los cortos tienen aún resistencia suficiente para no sucumbir. Los cabellos que subsisten están uniformemente repartidos, de modo que la pérdida se comprueba principalmente observando los que han caído ya; otras veces se echa de ver que los cabellos son muy cortos y no permiten, por ejemplo, hacer una trenza.

Si investigamos otra producción epitelial, la uña, encontramos en ella también señales evidentes de alteración, que se manifiestan por una línea transversal de adelgazamiento, la línea de Beau, especialmente marcada en el índice y pulgar derechos. Sin embargo, las uñas no caen, sino que siguen creciendo, empujando el surco transversal hacia el extremo distal. En el momento en que se presenta la caída del pelo suele estar en la mitad de la uña. La caída del pelo duró de tres á ocho semanas.

Se desconoce el factor causal de la caída; se han incriminado las fiebres y las toxinas. La primera puede excluirse sin más ni más, ya que sólo puede variar en cuanto á su grado y no se concibe que unas veces causase la alopecia y otras no.

Las toxinas son más importantes porque hay sustancias como el talio y la abrina que ingeridos ó administrados en inyección provocan también la alopecia.

Las toxinas gripales deben haber atacado algún órgano especialmente interesante para la vida del pelo, que puede ser el cuero cabelludo, el sistema nervioso ó algunas glándulas de secreción interna. Es poco probable que sea el cuero cabelludo el atacado, porque las lesiones cutáneas son raras en la gripe. No pueden hacerse ni hipótesis siquiera acerca de si estarán afectas las glándulas de secreción interna porque se trata de un terreno todavía poco esclarecido. En cambio el sistema nervioso se encontró muchas veces lesionado en la gripe. Gran número de estos enfermos presentaban pulso lento, manifestación de una lesión del simpático que permitía el predominio del neumogástrico.

El pronóstico de las alopecias postgripales es bueno. Los cabellos caen, pero persisten sus matrices que dan origen á

otros nuevos. Sólo en los casos de calvicie total es dudoso el pronóstico aunque pueden retoñar los cabellos.

La terapéutica es incapaz de evitar la caída y no cuenta con otro recurso que el de favorecer el nuevo crecimiento, lo que se consigue fortificando á las enfermas mediante arsénico y fisioterapia. Es preciso evitar las lesiones seborreicas que acompañan á la caída del pelo y esto se consigue, no con maniobras que exciten demasiado el cuero cabelludo, sino mediante una fricción diaria que se continuará durante años con cualquier tintura muy espirituosa.

Sólo hay un método indudable de favorecer el crecimiento del cabello y es la sección del gran simpático en el cuello que no es aplicable en este caso. El autor ha usado en muchos casos las irradiaciones con luz ultravioleta con objeto de provocar la hiperemia y curar así la seborrea. Ha dado muchas sesiones y ha observado mejorías, pero muy ligeras, (*Zeitschrift für physikalische und diätetische Therapie*, Junio y Julio 1919.)

## ENDOCRINOLOGÍA

### EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Insuficiencia suprarrenal. Astenia é intoxicación, por Soler y Quesada Pacheco.**—Los autores han hecho varias extirpaciones de suprarrenales en el perro. Uno de los efectos que han observado es que la curva de la fatiga es normal en estos perros, hasta los últimos momentos de la vida; resultado - añadimos nosotros—que demuestra el poco valor que muchas veces tienen los datos experimentales; comparados con los datos clínicos que los fisiólogos puros suelen considerar como secundarios. No sabemos qué indudables causas de error habían influido en estos resultados lo que no tiene duda es que la destrucción de las suprarrenales produce una disminución indudable de la resistencia á la fatiga, porque así lo demuestran los datos clínicos, compulsados con los anatomopatológicos, en la enfermedad de Addison.

Según los autores, en estos perros la irritabilidad nerviosa es normal, á excepción de la irritabilidad de las zonas motoras de la corteza cerebral, que está disminuida. Por lo tanto, concluyen los autores, desde este punto de vista, la insuficiencia suprarrenal se puede comparar á la intoxicación por la morfina. (*Actas del I Congreso Nacional de Medicina de Buenos Aires* 1916.)

2. **Influencia de las emociones sobre el contenido de epinefrina de las glándulas suprarrenales.** (*Adrenals content of Epinephrin; Influence of Emotional Disturbances*), por los Dres. Sterwafs y Rogass. —Según los autores, las cápsulas suprarrenales, después de una excitación emocional, contienen la misma cantidad de adrenalina que las glándulas normales. No se observa, pues, la pobreza de la adrenalina contenida en las glándulas, que se puede comprobar, por ejemplo, en el perro y en el gato sometido á la acción de la morfina, ó después de operaciones graves. No confirman, por lo tanto, estos trabajos—muy sujetos por cierto á objeciones—las conocidas ideas de Cannon y otros autores sobre el papel de la adrenalina en la emoción. (*Journal of Experimental Medicine*, 1916.)

3. **Las suprarrenales.**—(*The adrenal glands*), por el doctor Cobb. —En este artículo hace el autor una revista crítica de la psicología y patología suprarrenales, deteniéndose principalmente en lo referente á la astenia é insistiendo—como los autores del artículo anteriormente comentado—en que es dudosa la patogenia hipoadrenalínica de la astenia. (*Med. Press. and Clin.*, Londres 1916.)

# EL SIGLO MÉDICO

## 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.*

### Boletín de la semana.

¿Por qué se han cerrado las Cortes?—La vacuna antituberculosa.

Quince días han pasado desde que fueron suspendidas las sesiones de nuestras Cámaras legislativas por medio de un Real decreto. Quince días han pasado y otros tantos han transcurrido sin que se aparte de nuestro pensamiento esta obsesiva pregunta: ¿por qué se han cerrado las Cortes?

Apenas hace tres meses que fueron elegidas: no es, pues, de creer que los representantes que tanto se afanan, mueven, intrigan y gestionan para obtener su acta, sientan ya el cansancio físico, ni menos el intelectual, que les mueva a solicitar algún reposo.

El Gobierno que ha refrendado el Real decreto lleva apenas dos meses en el poder, y si hoy se siente endeble en el apoyo parlamentario, no debe ser para él una gran sorpresa, pues no se encontraba mucho más fuerte cuando aceptó el compromiso de administrar los negocios públicos al ser nombrado por el Rey.

¿Es que el Gobierno se encuentra cansado? Pues descansen definitivamente, que no ha de faltar quien le sustituya sin que le empeore ni mejore; pero al fin no es mucho pedirle el que deje el puesto a otros que se comprometan a gobernar con las Cortes abiertas; es decir, que se comprometan a gobernar.

¿Es que con estas Cortes no puede vivir Gobierno alguno? Pues disuélvanse y apélese al país para que elija otras cuya mayor homogeneidad consienta plantear y proseguir la reconstitución y las reformas que la nación anhela y que todos confiesan en la oposición que son necesarias, para luego en el poder, imposibilitarlas con el salvador cerrojo que consiente a cada Gabinete arrastrar una vida precaria y provisional de tres a cuatro meses.

Cuando después de los acalorados debates, que con asombro y rubor hemos presenciado, se llegó a la obtención de la fórmula económica que ha dado discutible carácter constitucional a la economía de gastos y de ingresos públicos, se concedió un plazo al Gobierno para que hasta el 15 de Noviembre redactase unos presupuestos definitivos; pero esto no significa que otro género de reformas judiciales, de

organización administrativa, de Obras Públicas, de Instrucción Pública, de orden sanitario, de orden social, etc., etc., no pudieran continuar siendo discutidas por el Parlamento. Cerrar éste equivale a renunciar a ellas con un desenfado que creemos que no será satisfactorio para el país. El 15 de Noviembre (ni un día antes, estamos seguros) se abrirán las Cortes, se planteará un debate político que durará hasta Nochebuena; entonces los padres de la patria y sus abuelos sentirán la necesidad de saborear tranquilamente el pavo, como sienten hoy la de cabildear é intrigar al arrullo de las olas del Cantábrico y se reanudarán las sesiones a mitad de Enero y entonces se entrará atropelladamente en la discusión de los presupuestos y se dirá que no se cuenta más que con 50 sesiones para autorizarlo en ambos Cuerpos colegisladores y se invocará el precepto constitucional y la libertad de la prerrogativa regia y todas las cosas que nos han encallecido ya los oídos, aburrido la inteligencia y entristecido el corazón. Y el 1.º de Abril volverán a suspenderse las sesiones y quedarán sin estudiar las reformas judiciales, la organización administrativa, la de la Instrucción Pública, las de Fomento, las de Sanidad y las sociales y entretanto, probablemente habrán cambiado otros dos ó tres Gabinetes, cada uno de los cuales habrá renovado el personal de directores, gobernadores, subsecretarios, etc., etc.

Y todo esto por qué. Porque hace calor (a lo menos, esto se dice). Como si en Italia, en Francia, en los Estados Unidos, en Hungría y en todas partes hiciera frío en el mes de Agosto, y, sin embargo, en todas ellas están abiertos los Parlamentos.

Las razones son otras, y el creer que se engaña a los demás con tales cosas, no es dar prueba de muy fina sutileza.

De todos nuestros lectores es seguramente conocida la campaña de vacunación profiláctica antituberculosa que viene llevando a cabo en varias poblaciones del reino de Valencia el afamado Dr. D. Jaime Ferrán. Aunque esta campaña comenzó hace más de mes y medio, nosotros no la hemos dedicado el espacio que por su importancia merece, porque teniendo en cuenta lo delicado del asunto y lo difícil que es

en el actual momento anticipar un juicio definitivo, ni siquiera aproximado acerca de él, hemos esperado á reunir, como hemos reunido datos informativos suficientes, para que nuestros lectores puedan seguir con la posible exactitud el desarrollo de los hechos y las conclusiones que puedan irse deduciendo. Reunidos ya los datos necesarios, por testigos presenciales y por personas de alta autoridad, publicaremos desde el número próximo, primero un amplio trabajo informatorio y luego los juicios favorables ó adversos á que tan importante asunto puede y debe dar lugar.

Conste, que nuestro silencio ni significaba desdén ni hostilidad, ni podía significarlo, siendo como somos los primeros en desear que las teorías y los esfuerzos del Dr. Ferrán se vean confirmados por una demostración irrefutable que significaría el mayor bien que puede hacerse á la humanidad y la mayor gloria para la Medicina española.

DECIO CARLAN

#### CURIOSIDADES MEDICO-HISTÓRICAS

### LOS DOCTORES DEL RENACIMIENTO

POK

JOSÉ MARÍA ALBIÑANA Y SANZ,

Doctor en Medicina, Derecho y Filosofía y Letras (Sección de Historia); Académico C de la Real de Medicina; Profesor auxiliar de la Facultad.

Cuando no hace muchos meses se aplaudía por algunos espíritus superficiales una absurda disposición ministerial que suprimía las reválidas y tesis doctorales, cuantos rendimos culto á los altos prestigios universitarios, no podíamos menos de recordar con nostalgia el antiguo esplendor de las solemnidades docentes, rayano, á veces, en la más sorprendente exageración.

La rapidez con que marcha la vida por imperiosa exigencia del progreso, hace que en la actualidad apenas se fije nadie en la importancia y significación del grado de doctor; las costumbres sociales cambian, y hoy se hace poco caso de doctores, canónigos, generales, aristócratas y demás elementos que en época no lejana constituían vistoso adorno de las sociedades, colocados en un rango superior.

¿Signo de los tiempos? ¿Conquistas de la Democracia? Lámesse como se quiera á esta *capitis diminutio*; pero el caso es que con la ramplonería dominante y el rastacuerismo ambiente se va perdiendo el respeto á instituciones universitarias que, aparte de su valor histórico, tendrán siempre el de una alta representación científica.

Aquí sí que puede aplicarse la dolorida afirmación de Jorge Manrique:

Cómo á nuestro parecer  
cualquiera tiempo pasado  
fué mejor...

Si miramos al tiempo del Renacimiento y examinamos cómo se hacían los doctores en aquella época erudita y la consideración y alta estima en que tal grado se tenía, deploremos, entristecidos, su actual decadencia. Haremos, pues,

una breve excursión por los siglos XV y XVI, y recordando los esplendores pretéritos, procuraremos consolarnos del desdén presente.

No es necesario salirnos de nuestra nación para encontrar los ejemplos que buscamos; precisamente era España, por aquella época, especialmente en el segundo de los siglos señalados, no sólo la primera potencia mundial, sino un faro potentísimo de cultura que irradiaba á los demás pueblos.

Entremos en una Universidad española: Salamanca, Alcalá. Observemos una Universidad francesa: París, Montpellier. Asistamos al solemne acto de recibir un graduando la solemne investidura de doctor. El ceremonial es muy parecido en todos los centros docentes. Veamos

Pero antes conviene que examinemos los grados inferiores: bachiller y licenciado; con respecto á los médicos, se entiende, pues para boticarios y cirujanos no existían los grados.

El Bachillerato, tanto en España como en Francia, habilitaba para dedicarse al ejercicio profesional, después de haber practicado durante dos años al lado de un doctor. Para ser bachiller en Medicina era indispensable serlo antes en Artes, por lo que aquel bachillerato equivalía á nuestra licenciatura; acreditar que durante cuatro años se habían estudiado, con prueba favorable, las enseñanzas de Prima, Vísperas, Anatómía, Cirugía, Astrología, Matemáticas y Método (*Métodus medendi*); haber leído en cátedra, durante una hora, 10 lecciones sobre los temas siguientes: «de rebus naturalibus», «de rebus non naturalibus», «de sanguinis missione», «de pulsibus», «de urinis», etc., y haber disertado públicamente en uno de los dos últimos cursos.

Aunque los documentos que examinamos para reunir estos datos nada dicen de los textos docentes, es de suponer que serían las obras de Hipócrates y Galeno: para el estudio de *pulsibus*, el tratado de Philareto; para *de urinis*, el de Theophilo. Estudiábase también el *Cánon*, de Avicena; el *Cólliget*, de Averroes; los escritos de Avenzoar y Rhaces, y los preceptos higiénicos de la Escuela de Salerno.

Terminados estos estudios el aspirante solicitaba del Rector el acto, para proceder al examen preparatorio del grado, el cual se celebraba ante un Tribunal compuesto por ocho doctores, uno de ellos el Rector ó Decano; en este duro examen el aspirante debía sostener sus conclusiones y contestar 16 argumentos correspondientes á otras tantas materias médicas y quirúrgicas.

Aprobado este difícil ejercicio, el aspirante juraba guardar los estatutos de la Universidad, pedía el grado en un breve discurso; disertaba en cátedra sobre un punto de Hipócrates, Galeno ú otro clásico, y prometía defender la *virginidad de María* (!). Los derechos de grado eran 43 pesos, repartidos entre propinas y el fondo de la Universidad. Después de tan rigurosas pruebas, no se libraba al bachiller su título hasta pasados dos años de ejercicio al lado de un médico experimentado.

En la Universidad de París, las tesis sostenidas por los graduandos debían comenzar forzosamente por una invocación á Dios Todopoderoso, á la Santa Virgen y á San Lucas; su discusión comenzaba á las seis de la mañana para terminar á mediodía. Los gastos de grado eran muy elevados, pues además de los honorarios devengados por los profesores, el canon que había de pagarse á la Facultad y las retribuciones á los bedeles, el candidato tenía que convidar á comer á todos los compañeros y maestros que tomaban parte en la discusión.

Terminado el ejercicio de la tesis procedíase al examen teórico-práctico de Anatomía, que duraba *toda una semana*. Por cierto que la práctica sobre el cadáver debía constituir

un espectáculo atrayente, pues aparte de los estudiantes, acudían á presenciarla, en Montpellier, gentes de sociedad, señoritas y monjes. Y hasta se dió el caso de que en París, el aspirante Thomas Diafoirus invitara á su novia á presenciar, *para divertirse* (!) la disección de una mujer, sobre cuyo tema él había de disertar.

Para la prueba de *licenciatura* sosteníanse tesis análogas á la del bachillerato, discutidas con iguales formalidades, y el último ejercicio lo constituía un examen clínico, para el cual el candidato era llamado á casa de un doctor regente (profesor oficial), quien le sometía un caso patológico, haciéndole luego redactar una consulta acerca del mismo.

Después de este último examen, los licenciandos eran presentados oficialmente al canciller de la Universidad, de ordinario canónigo de Notre-Dame y habitante en el palacio, episcopal. Los candidatos pronunciaban sendos discursos en latín y ofrecían al canciller, al decano y doctores regentes pastillas de azúcar en las que frecuentemente iba reproduciendo el retrato del Decano.

Algunos días después comenzaba para los licenciandos una serie de visitas á los altos funcionarios del Estado, á los miembros del Parlamento, Tribunal ó Corte de los Condes y al gobernador de París; después, á los señores de la Villa, al representante del comercio y á los regidores. Todos estos elementos eran invitados, en nombre de la Facultad, á asistir á la recepción de los candidatos para juzgar ellos mismos de su sabiduría.

Al domingo siguiente á este visiteo adornábanse ricamente las salas en que había de tener lugar la solemne ceremonia del grado, en la cual el decano hacía observar á los candidatos el ósposorio espiritual que iban á contraer con la ciencia.

Los grandes personajes de la Corte asistían á estos brillantes actos, y el propio emperador Segismundo asistió á uno celebrado en 1416. Los detalles de la ceremonia, muy antigua, fueron reglamentados definitivamente en 1550.

Los diferentes candidatos eran clasificados en una lista, por orden de méritos. La Facultad se reunía en pleno, presidida por el obispo; los candidatos, con la cabeza descubierta, eran llamados, acudiendo uno tras otro, hincando la rodilla, y el canceler, con majestuosa gravedad, les otorgaba la licenciatura, en los siguientes términos:

«Ego, cancellarius auctoritate apostolicá quâ fruor in hac parte, do vobis licentiam legendi, interpretandi, et faciendi medicinam hic et ubique terrarum, in nomine Patris et Filii et Spiritus sancti. Amen.»

Terminada la ceremonia trasladábase la Facultad entera á Notre-Dame, donde se celebraba un *Te Deum*. Luego, el cortejo volvía en procesión á la Escuela de Medicina y los nuevos licenciados ofrecían un banquete al decano, á los doctores regentes y al canceler.

El grado de licenciado no significaba solamente como en nuestros días, permiso para ejercer la profesión, sino que autorizaba también para dedicarse á la enseñanza de la medicina. Los graduados en París podían ejercer *urbi et orbi*, pero los que realizaban sus estudios en las demás universidades francesas, sólo podían practicar su carrera en la demarcación de su distrito universitario. Hasta tal punto de rigor se llevaba esta limitación, que los que osaban ejercer fuera de su jurisdicción, eran perseguidos por intrusos, equiparados á los charlatanes.

Si para bachilleres y licenciados empleábanse tan brillantes solemnidades, ¿qué importancia no tendría el acto de recibir la investidura doctoral, máxima jerarquía académica?

El futuro doctor, después de solicitar su grado, debía ir á visitar, vestido de túnica roja y tocado de bonete de pieles, á

todos los doctores regentes; acompañábanle, como escolta de honor, dos bachilleres y varios bedeles, vistosamente uniformados. El gran día de la ceremonia la Facultad se adornaba con ricos tapices, á costa del candidato, que debía abonar para este decorado la cantidad mínima de 36 libras.

En esta fiesta, que se desenvolvía con lucimiento mayor al de las anteriormente descritas, el candidato prestaba juramento sobre los extremos siguientes:

1.º Observar los derechos, estatutos, decretos, leyes y costumbres de la Facultad.

2.º Asistir al día siguiente de la fiesta de San Lucas á la misa por los doctores fallecidos.

3.º Combatir con todas sus fuerzas á los que practicasen el ejercicio ilegal de la Medicina, pudiendo dañar á la salud y á la vida de los ciudadanos. En esta persecución se comprendía, como hemos dicho, á los doctores de otras Facultades.

Cumplido el juramento, el presidente, después de hacer la señal de la Cruz, colocaba el birrete doctoral sobre la cabeza del graduando, en el nombre del Padre, del Hijo y del Espíritu Santo, celebrándose grandes fiestas, según la posición económica del nuevo doctor, y distribuyendo éste entre profesores y bedeles los regalos tradicionales, consistentes en azúcar, bonetes y guantes.

Estas ceremonias, comunes á todas las Universidades francesas, salvo pequeñas variantes, revestían mayor pompa en España, donde algunos graduandos sufrían graves quebrantos en sus intereses; tales gastos justificábanse por una tradición muy antigua, pues el Papa Clemente V, en el Concilio de Viena, año 1311, mandó que no se permitiese gastar más de tres mil sueldos torneses de plata, para evitar la ruina de los graduandos. No obstante esta limitación, el carácter español, alegre y rumboso, siguió celebrando con suntuosidad este grado, cuyo ceremonial se ajustaba, por lo general, á este pintoresco programa:

Después de solicitado el grado del maestrescuela y de depositar en la Tesorería de la Universidad los pagos y propinas correspondientes (sólo para el licenciado eran de 150 pesetas), llegaba la víspera del día designado por el Cancelario (el *chancelier* francés), para graduarse el candidato. Organizábase con gran pompa una vistosa cabalgata, precedida de trompetas y tambores. Todos los doctores y maestros de la ciudad, montados á caballo, acudían á la casa del graduando. A las tres en punto de la tarde se ponía en marcha la lucida comitiva; en primer término iban los músicos; detrás los caballeros y personalidades invitados; á continuación el claustro de la Universidad, delante los bedeles con sus ropillas y mazas, el secretario y el tesorero; luego el acompañamiento de doctores, médicos, teólogos, canonistas y le-gistas, de dos en dos, por orden de antigüedad ó de categoría; seguían los fiscales, oidores y autoridades, y, finalmente el rector, con sus insignias, borla y capirote, llevando á su izquierda al doctorando y á su derecha al decano de Medicina, con los lacayos y pajes, de librea y con bastones pintados. Seguía á este último grupo un hombre de armas, conduciendo un caballo de la brida, espléndidamente aderezado y llevando un bastón dorado y las insignias del futuro doctor. En último término iba el padrino del graduando, que siempre solía ser persona principal, acompañado de dos caballeros. La procesión iba á casa del maestrescuela que esperaba á caballo; se incorporaba al grupo del rector y seguía la comitiva por las principales calles de la ciudad, volviendo luego á dejar en sus casas al cancelario y el doctorando, con lo cual terminaba el paseo. Durante este día y el que seguía al grado, el candidato colocaba en sus puertas ó ventanas un dosel, con el escudo de sus armas.

El día de la ceremonia engalanábase el Paraninfo ó la Catedral (pues también se celebraba en alguna). En una plataforma situábanse la Universidad y los invitados; sobre una mesa colocábanse las insignias doctorales (borla, anillo, libro, espada y espuelas), todo en fuente de plata; también se depositaban los guantes y propinas.

A las nueve de la mañana, y con el mismo ceremonial de la víspera, llegaban al local el maestrescuela y el candidato, el cual ocupaba la Cátedra y discutía brevemente una cuestión, defendiéndola contra sus impugnadores, que eran el rector, un doctor en Medicina y un bachiller.

Resuelta la discusión, tenía lugar el *Vejamen*, así llamado por consistir en una oración crítica que un doctor designado al efecto dirigía al graduando, quien debía escucharla descubierto y en pie. La crítica alcanzaba á los demás doctores allí presentes.

Finalizado este número del programa, el maestro de ceremonias y los bedeles dirigíanse al asiento del decano y le acompañaban á la mesa donde aguardaba el graduando; llevaban á éste delante del maestrescuela para que le pidiera en latín las insignias académicas, y el decano se las confería por este orden: dábale primero un ósculo en la mejilla *in signum fraternitatis*; colocábale luego el anillo *in signum desponsationis inter te et sapientiam*; entregábale en seguida el libro como símbolo de la función docente; después ceñía-le la espada como signo de milicia para luchar contra el morbo; á continuación, entre él y el padrino calzábanle las espuelas «para cabalgar sobre toda la caterva de enfermedades». Y finalmente, le llevaba de la mano á la cátedra, diciéndole: «ascende in cathedram, et sede in eo, ut tanquam doctor Hippocratem et Galenum possit expendere, ac interpretari».

Al bajar de la Cátedra, el doctorando con su acompañamiento arrodillábase ante el maestrescuela, y puestas las manos sobre los Evangelios, juraba la pureza de María; inmediatamente el maestrescuela confería el grado pronunciando una fórmula latina.

El nuevo doctor daba las gracias y se repartían las propinas y demás obsequios, volviendo á su casa con el mismo ceremonial que le había traído.

Tan brillantes actos no podían realizarse con menos de mil pesos, que el graduando había de pagar. Estas solemnidades siguieron celebrándose, con algunas variantes, hasta el segundo tercio del siglo XIX, si bien en época muy anterior suprimiéronse las procesiones y banquetes. A tal extremo llevóse el despilfarro en estas fiestas académicas que en Salamanca, al final del siglo XVIII, costaba el doctorarse unas cinco mil pesetas; entre los gastos realmente sorprendentes figuraba el de tres toros que habían de lidiarse en la fiesta del doctorado. ¡Cosa rara! ¡La tauromaquia y la sapiencia hermanadas en una demostración de júbilo académico!

Lo que no dicen las crónicas es si el doctorando venía obligado á matar los cornúpetos ó si éstos eran pasados de muleta por el Rector ó algún profesor de *tanda*; porque si tan estúpida práctica hubiera prevalecido en las Universidades españolas, habría sido curioso, aunque esta suposición peque de irreverente, ver cómo *veroniqueaba* el atildado maestro Fray Luis de León, ó cómo clavaba un par de rehiletes el erudito Antonio de Nebrija.

## Sección oficial.

### MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN

#### REAL ORDEN

Vacante en el Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII el cargo de jefe de la Sección de Bacteriología, dotado con la gratificación de 4.000 pesetas, mas los emolumentos que puedan corresponderle, con arreglo al Real decreto de 3 de Octubre de 1916,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer se proceda á la provisión de dicha vacante, de conformidad con lo dispuesto en el art. 5.º del Real decreto de 31 de Enero próximo pasado y el 43 y siguientes del Reglamento del citado Instituto Nacional de Higiene.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 28 de Agosto de 1919.—Burgos y Mazo.—Señor inspector general de Sanidad. (Gaceta 29 de Agosto de 1919.)

Examinado el recurso interpuesto ante este Ministerio por D. Pedro Alíer y Bonet contra providencia de V. S., fecha 22 de Marzo último, nombrando subdelegado de Farmacia de Manresa á D. Francisco Cirera Flotats; y

Considerando que dicho Real decreto, al establecer las condiciones que dan preferencia para ser nombrado subdelegado, é incluir entre ellas la de haber ejercido ese cargo, se refiere taxativamente á los que lo hayan desempeñado en propiedad, circunstancia que no concurre en D. Pedro Alíer, porque el nombramiento que obtuvo en 28 de Mayo de 1917 tenía el carácter de interino, y el que se le confirió en 1.º de Septiembre siguiente fué anulado por la repetida Real orden de 3 de Enero último, por lo cual ha de entenderse que no ha existido nunca;

S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido á bien disponer que se desestime el recurso y se confirme, por consiguiente, la providencia de ese Gobierno, fecha 22 de Marzo del corriente año, por la que se nombró subdelegado de Farmacia de Manresa á D. Francisco Cirera Flotats.

Lo que, con remisión del expediente, comunico á V. S. para su conocimiento y efectos. Dios guarde á V. S. muchos años. Madrid, 4 de Julio de 1918.—García Prieto.—Al gobernador presidente de la Junta provincial de Sanidad de Barcelona.

No habiendo sido posible durante la reciente epidemia gripal conseguir con la debida urgencia y necesaria exactitud los informes relativos al número de invasiones y defunciones registradas diariamente en cada pueblo, y siendo por tanto de capital importancia llevar á cabo algunas reformas en el régimen establecido para la recopilación de los datos estadísticos de morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas é infectocontagiosas, se interesó por Real orden de este Ministerio del de Gracia y Justicia que por la Dirección general de los Registros se diesen las órdenes oportunas á fin de que los jueces municipales pongan en conocimiento del inspector provincial de Sanidad las defunciones que inscriban en los Registros por las citadas enfermedades. Y habiéndose dictado por la expresada Dirección en 28 de Junio último una circular ordenando dicho servicio,

S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido á bien disponer:

1.º Que siempre que de los partes facilitados por los jueces municipales resulte un extraordinario aumento de la mortalidad ó alteraciones anormales de la salud pública, den cuenta los inspectores provinciales de Sanidad, expresando las causas que lo motiven, á la Inspección general de Sanidad.

2.º Que los servicios de estadística sanitaria relativos á la recopilación de datos semestrales de la mortalidad por enfermedades infecciosas registradas en las provincias, así como los de vacunación y revacunación de las provincias y de las capitales á que se refieren las Reales órdenes de 19 y

# SIL - AL

## SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO

Laboratorio Gamir, VALENCIA.—J. Gayoso. MADRID

21 de Julio de 1909, queden á cargo de los inspectores provinciales de Sanidad, quienes se entenderán directamente con los alcaldes para la recopilación de los datos de referencia que deben utilizar para la confección de los estados generales de cada semestre.

3.º Que los Gobiernos civiles cesen en este servicio y suspendan por tanto el envío á este Ministerio de los estados semestrales, según se dispuso por las reglas 3.ª y 5.ª de la Real orden de 16 de Octubre de 1913, y disponga V. S. que las hojas semestrales y cuantos datos sean necesarios para esos trabajos los remitan los referidos alcaldes al inspector provincial de Sanidad.

4.º Que estos funcionarios redacten todos los meses un informe sanitario con los datos que reciban de los subdelegados de Medicina, en el que deberá constar, además de los relativos á la morbilidad, los que hayan sido facilitados por los Juzgados municipales respecto á las defunciones por enfermedades infecciosas ocurridas durante el mes, con especial mención del estado sanitario en general de la provincia, así como del de los pueblos en donde las invasiones puedan ser sospechosas por su tendencia ó por revestir carácter ó forma epidémica y de las medidas que adoptaran contra la propagación y difusión de las enfermedades evitables.

5.º A la expresada información acompañarán un resumen general de la estadística de morbilidad correspondiente al mismo mes, con la refundición de los cuadros que hayan recibido de los subdelegados, según está ordenado por las disposiciones vigentes sobre estadística de morbilidad, cuyos trabajos serán enviados á la Inspección general.

Los resúmenes de las informaciones que remitan los inspectores provinciales de Sanidad se publicarán en el Boletín mensual de estadística demográfico-sanitaria.

De Real orden lo digo á V. S. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. S. muchos años. Madrid, 6 de Agosto de 1919.—Burgos y Mazo.—Señor gobernador civil de... (Gaceta 7 Agosto.)

## MONTEPIÓ FACULTATIVO

### SECRETARÍA GENERAL

#### ANUNCIO DE PENSIÓN

Dña María de los Angeles Balño y Picazo, huérfana de la pensionista Dña Pilar Picazo, solicita pensión de orfandad.

Lo que se publica para conocimiento de la Sociedad y á los efectos del reglamento.

Madrid, 25 de Agosto de 1919.—El secretario general, *Marín*.

3

## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 710,5; id. mínima, 701,1; temperatura máxima, 29,4; id. mínima, 11,8 vientos dominantes, O. SO. y ONO.

Pocas variaciones se han registrado durante esta semana en el estado de la salud pública. Siguen predominando entre los afectos agudos los de localización gastro intestinal, de vías biliares y los de índole infecciosa con iguales localizaciones. La mortalidad se contiene en límites moderados y en los niños no se observa ningún afecto de carácter epidémico.

## COLEGIO DE HUERFANOS

### NOTICIAS PARA LAS FAMILIAS

Han ingresado sin novedad los niños de ambos sexos correspondientes á las cuatro promociones hasta ahora convocadas y se ha avisado á los pertenecientes á la quinta, que deberán hallarse en Madrid el próximo día 15.

### SERVICIO MÉDICO Y SANITARIO

Director: D. Jesús Sarabia, director del Hospital del Niño Jesús.

Médicos: Doctores Cavenet Arquellada, del mismo Hospital.

Asistencia de urgencia: Dr. Francés, de la Casa de Socorro del distrito de Buenavista.

Desinfecciones: Dr. Cortezo y Collantes, jefe del Parque Sanitario Central.

Servicio de peluquería: D. Juan Piñero.

Todos estos servicios son absolutamente gratuitos.

La salud de los niños es hasta ahora inmejorable. Algunos pequeños trastornos de indigestión pasajera, han sido asistidos con cariñoso interés por el Dr. Francés. El Dr. Sarabia inspecciona periódicamente á los que van entrando.

La niña C. B., en quien se comprobó á su ingreso una escoliosis, fué conducida al siguiente día á la consulta del doctor Arquellada, y previa radioscopia y radiografía, le será aplicado el oportuno aparato.

Por la Compañía Arrendataria del Timbre están autorizados todos los estancos ó expendedurías de España para vender los sellos del Colegio, concertando antes con el correspondiente Colegio provincial de médicos la forma de llevarlo á cabo.

El Colegio es visitado diariamente por muy distinguidas personalidades médicas y no médicas, muchas de las cuales hacen donativos, conforme á sus medios sociales.

Los médicos ó personas que encontraran dificultades para la remisión de cantidades, por pequeñas que sean, pueden hacerlo por Giro postal al tesorero Dr. Isla Bolumburo, decano del Hospital provincial.

En estos últimos días se han suscrito: el Dr. D. Francisco Huertas por 50 pesetas anuales; su hijo, por 26; don Florestán Aguilar do 100 pe-et-as; D. Avelino Benavente, 50; D. Manuel Martín Salazar, 60.

Se están fabricando las mesas, bancos y material de Escuelas con arreglo á los últimos modelos pedagógicos para la inauguración de los estudios que tendrá lugar el día 1.º del próximo Octubre.

Se invita á todos los médicos que residen en Madrid ó que accidentalmente pasen por aquí, para que visiten el local y á los hijos de sus compañeros.

Por el Patronato se ha dispuesto que para la correspondencia con las madres y familias de los alumnos se empleen tarjetas postales en que vayan sus retratos, para que juzguen de su estado.

## Crónicas.

### ESPAÑA

**Muestras de la raza**—Bajo este epígrafe publica *El Sol*, en su número correspondiente al 2 de Septiembre, un interesantísimo relato de la vida de nuestro ilustrado compañero D. Fermín Cubero, que es un positivo ejemplo de esfuerzo personal en quien nació en humilde cuna y supo alcanzar, tras vicisitudes numerosas, un nombre y una posición entre los que hoy son sus coprofesores, y principalmente entre los especialistas dermatólogos.

Por las condiciones á que debe ajustarse esta nota, no hacemos un relato detenido de los méritos que le elevaron, de la más humilde esfera social, á la consideración científica en que hoy se estiman sus trabajos.

Únicamente nos detenemos á considerar que en el número de huérfanos hasta hoy recogidos en el Colegio del Príncipe de Asturias, hay muchos que se vieron obligados, no contando la edad de diez años, á llevar los aperos y comidas á los trabajadores del campo á través de las barba-cheras castellanas que calcina el sol de Agosto ó pisando la nieve de las sierras asturianas; que en sus espíritus, humillados por la necesidad, habrá gérmenes de hombres laboriosos que, ayudados por el esfuerzo común de la clase, podrán desarrollarse y adquirir el grado de cultura primordial que los eleve, sin tanto esfuerzo propio, á ser genios de una especialidad y á reivindicar el estado social de su familia que la muerte implacable impidió realizar al compañero que mu-

## TOLUDEN

Pelrid's C.º, New-York

Pomada al diazoamido-toluol, tolueno, bals Peruriano, etc. El más poderoso cicatrizante y antiséptico de heridas. La más reciente aplicación de la moderna química á las necesidades de la actual cirugía.

Laboratorio: J. Ferret y Robert, Sitges (BARCELONA).

rió en temprana edad ó á consecuencia de su altruismo en el ejercicio de su noble sacerdocio.

**Medidas sanitarias en Vigo.**—La Junta local de Sanidad de Vigo ha tomado, con motivo de los temores circulados de que pudiera propagarse de nuevo la gripe, los siguientes acuerdos: Que el alcalde continúe sus gestiones para que los enfermos de gripe desembarquen en el lazareto de San Simón. Que se interese del Ministerio de la Gobernación el envío de pabellones. Que se invite á las casas navieras que tienen aquí representantes á que ayuden al alcalde en estas gestiones.

**Conviene distinguir.**—Las censuras que tomadas de los bios del gobernador civil de Madrid ha generalizado la Prensa y se han comentado en todos los círculos con motivo de la organización y gestiones de la *Junta provincial de Protección á la Infancia*, han dado lugar á confusiones entre esta entidad y el *Consejo de Protección á la Infancia*, pues al nombrarse la primera sin citar el adjetivo *Provincial* parece que los periódicos se refieren al segundo. Algunas personas nos ruegan que llamemos la atención para la aclaración de este punto, en el cual no entramos más que para este sólo objeto. Hay que tener también en cuenta que existen otras sociedades protectoras de niños, que no son la *Junta provincial de Protección á la Infancia*.

**Defunción.**—Ha fallecido á los sesenta y un años en Osorno (Palencia), nuestro antiguo amigo y suscriptor don Valentín Maté Román. Con tan triste motivo, enviamos nuestro sincero y sentido pésame á sus hijos D.<sup>a</sup> María Patrocinio, Antonina, Valentín y á su hijo político D. Tomás Alonso Pérez.

**La peste bubónica en Dakar.**—La prensa diaria de Las Palmas se alarma de las terribles consecuencias que podría originar una invasión de esta epidemia en el territorio canario, dada la proximidad de Dakar en que el mal ha tomado caracteres extraordinarios.

Recogiendo los temores que inspiran al articulista de uno de los diarios de aquella plaza, somos también de opinión de que deben extremarse cuanto se pueda las medidas sanitarias en evitación del peligro.

Es de suponer que á estas fechas y dado el carácter de la queja, hayan tomado las autoridades sanitarias las debidas normas que aseguren el mantenimiento del estado sanitario actual en la provincia española de Canarias.

**En honor de Goyanes.**—El eminente cirujano y querido amigo nuestro D. José Goyanes, que está pasando una temporada en La Coruña, ha sido durante su estancia objeto de un homenaje por parte de sus antiguos condiscípulos y admiradores y también por el Ayuntamiento de aquella ciudad.

Los primeros le agasajaron con un espléndido banquete al que asistió un crecido número de amigos suyos, y el Ayuntamiento por unanimidad acordó declararle hijo adoptivo de la ciudad.

Nuestra enhorabuena cordial al ilustre médico y redactor de EL SIGLO.

**Reformar á retazos.**—Leemos en un telegrama de El Sol:

«La higiene en Sevilla.—El Comité de Higiene ha visitado al gobernador para notificarle que determinadas casas no sufren la inspección higiénica que es necesaria, porque en Sevilla no hay médicos municipales encargados de este servicio.

El gobernador les prometió gestionar los medios para que en breve se puedan convocar unas oposiciones y queden cubiertas las plazas de médicos necesarios para atender al aludido servicio.»

Muy bien nos parece la gestión del Comité de Higiene sevillano, y de perlas encontramos la contestación que le ha dado el gobernador civil. Pero ¿podrán esos inspectores domiciliarios resolver el verdadero problema sanitario de Sevilla que radica en sus aguas potables y en su deficiencia de alcantarillado? ¿No se podrá antes, ó á un tiempo mismo que se nombran inspectores, corregir faltas y defectos que son de tal notoriedad que ninguna inspección les es necesaria?

Sevilla por su situación y su clima debiera ser una de las ciudades que dieran en la Península menor cifra de mortalidad, y sucede lo contrario, porque no tiene dotación suficiente de aguas puras y porque no tienen conveniente salida las residuales. Esto es lo que importa y no construir plazas ostentosas y palacios teatrales, que vienen á ser para una ciudad como las plumas elegantes en el sombrero de una señora que se supiera que llevaba las medias sucias y rotas.

**Los médicos militares elogiados por los ingleses.**—Por el Ministerio de jornada (en San Sebastián) se ha facilitado á la prensa política un suelto del *Morning Post*, del 25 de Agosto, titulado *España en Marruecos*, en que el cronista inglés reseña su interviú con el general brigadier Rudkin, de la Real Artillería inglesa, que acaba de llegar de Larache, después de haber visitado los puntos avanzados españoles de los distritos de Tetuán, Ceuta y Larache.

Después de elogiar nuestros procedimientos de lucha, nuestra artillería, etc., de ensalzar el espíritu de nuestros soldados y generales, comentó la intensa y fecunda labor realizada por los oficiales médicos, los cuales han establecido dispensarios don le la policía no ha montado puestos y cuyos trabajos son muy apreciados por los moros.

Verdaderamente, los médicos militares con destino en Marruecos son dignos de todo elogio. En uno de nuestros últimos números vieron nuestros lectores el retrato de un compañero héroe para el que se solicita la Cruz laureada de San Fernando.

## FRANCIA

**Un legado importante para familias numerosas.**—El legado de 57 millones de francos á que hacíamos referencia en uno de nuestros últimos números, de M. y Mme. Cognacq para que la Academia francesa pueda todos los años repartir la renta entre las familias numerosas, habrá de ajustarse para su reglamentación al espíritu de las siguientes cláusulas en que se estatuye el legado:

«Deseosos de animar en su generosa misión á los que aumen la pesada tarea de crear grandes familias francesas, hemos decidido constituir una renta anual de 2.250.000 francos en provecho de los matrimonios que tengan muchos hijos y sólo dispongan de mezquinos recursos, habiendo ya demostrado que son capaces de emplear bien el dinero de la donación.

Cada familia á quien se dote debe estar compuesta, por lo menos, de nueve hijos vivos ó que hayan perecido por la patria. Tanto el padre como la madre tienen que haber nacido en Francia.

Las cuestiones políticas ó religiosas no deberán ejercer influencia alguna en el reparto de la dotación.

En principio, la distribución del dinero deberá realizarse cada año, por un determinado departamento del territorio continental francés. Cada departamento presentará una lista en la que conste el mayor número de familias que reúnan las condiciones exigidas, y cuando en alguno de ellos no hubiese ninguna en suficientes condiciones prolíficas, el dinero se repartirá entre los otros.»

Como por la premura de tiempo no podrán repartirse los donativos hasta el año 1920, las familias que á ellos quieran optar podrán presentar sus solicitudes hasta el 31 de Diciembre próximo.

Con motivo de la noticia dada por la prensa, ha llegado de algunos departamentos noticia de la existencia de matrimonios hasta de 27 hijos.

El espléndido donante, M. Cognacq, que tiene al presente ochenta y un años, no hace dos entregó para diversas instituciones de beneficencia una suma parecida.

¿Cuántos imitarán en España este ejemplo?

**El aumento de las indemnizaciones á los internos en Medicina y Farmacia de los hospitales.**—Iniciada esta cuestión por M. Henri Rouselle en nombre de la 5.<sup>a</sup> Comisión, el Consejo municipal acaba de tomar los siguientes acuerdos:

1.º Fijar de la siguiente manera las indemnizaciones permanentes y anuales:

**LA DIABETES Y SUS COMPLICACIONES** SE CURAN RADICALMENTE CON EL **VINO URANADO PESQUI**

que elimina el azúcar á razón de UN gramo por día, fortifica, calma la sed y evita las complicaciones diabéticas.

De venta en todas las farmacias y droguerías. Literatura y muestras gratis. LABORATORIO PESQUI. Prim 25. San Sebastián

Internos de 1.º año ó profesionales, 2.300 francos.

Idem de 2.º año, 2.600 francos.

Idem de 3.º año, 2.900 francos.

Idem de 4.º año, 3.200 francos.

Idem laureados, 3.500 francos.

Idem de Farmacia de 5.º año, 3.400 francos.

2.º Concederles una indemnización de vida cara de 730 francos por un año que seguirá la suerte de indemnizaciones para categorías de personal análogas, y

3.º Fijar en 1.º de Julio de 1919 la fecha de aplicación de esta reforma.

**Hospital Laennec.—Cursos de vacaciones.**—Bajo la dirección del Dr. Lombard, jefe del servicio del Hospital Laennec, se han organizado cursos prácticos de otorrinolaringología que empezarán el 10 de Septiembre de 1919.

Habrán dos clases de cursos: 1.º, curso elemental; 2.º, curso de perfeccionamiento.

Cada curso comprenderá varias series y tendrán número limitado de alumnos.

**Estadística municipal de la ciudad de París.**—Se han registrado durante la semana 32, 620 defunciones en lugar de 621 durante la semana anterior y en vez de 659, promedio de la estación.

La viruela ha causado 2 fallecimientos y se han declarado 3 casos nuevos en lugar de 2 en la semana precedente.

De varicela se han señalado 2 casos.

El sarampión ha causado 14 defunciones en lugar de 8 durante la semana anterior (promedio 5). El número de casos nuevos es de 78 en lugar de 75 durante la semana precedente (promedio 57).

La escarlatina ha ocasionado 4 muertes en vez de 5 (promedio 1). Los casos nuevos son 79, que se elevaron en la anterior semana á 84 (promedio 59).

La meningitis simple ha producido 13 defunciones (promedio 9) y la cerebrospinal epidémica 1. Se han señalado 3 casos nuevos.

#### ITALIA

**En honor de Ruggi.**—Con motivo de haber llegado á la edad de setenta años, de llevar cuarenta y cinco desempeñando la cátedra de Cirugía en la Universidad de Bolonia y de retirarse de la vida científica activa, sus ayudantes y alumnos le han rendido un merecido homenaje de admiración y de cariño. Este consistió en una manifestación verdaderamente conmovedora de afecto hacia él, realizada al finalizar la última conferencia que desarrolló en su cátedra.

**Bassini se retira.**—Otro catedrático de Cirugía, también italiano, abandona la cátedra por haber llegado á la edad de setenta y cinco años.

El profesor A. Preti, director del Instituto Bassini, para tratamiento de la hernia, ha publicado una breve historia de la institución como tributo al que la dió su nombre y se ha abierto una suscripción, que al presente alcanza la suma de 21.000 liras, para hacer que la institución tenga una más sólida base.

#### BELGICA

**Reaparición de «Le Scalpel».**—El decano de los periódicos médicos de Bélgica, *Le Scalpel*, ha iniciado un movimiento con objeto de fundir en una sola revista las diversas de menor importancia que se publicaban en aquel país antes de la guerra, siendo ella la que primeramente ha aparecido.

#### ALEMANIA

**Por las familias numerosas.**—En Alemania la última forma de proteger á las familias numerosas se ha basado en el aumento de sueldos á los empleados en relación proporcional con las obligaciones y necesidades de sus hogares.

Así, los empleados casados y con hijos recibirán una indemnización de 1.000 marcos, y un suplemento sobre esta cantidad por cada hijo, proporcionando la cifra á la edad del niño, y siendo tanto mayor la escala cuanto más pequeño sea.

Los funcionarios casados, sin hijos, recibirán 600 marcos; los solteros, 200 marcos, con escala de suplementos para los que mantengan á sus padres sexagenarios.

Desde luego este procedimiento es más equitativo y

ahorraría el trabajo de establecer el impuesto sobre el celibato en muchos de los países en que se han de tomar medidas análogas.

#### AMÉRICA DEL NORTE

**Un yanqui generoso.—Ejemplo digno de imitación.**—De *El Sol* reproducimos la siguiente noticia:

«El procurador neoyorquino Mr. John W. Sterling ha enviado á la Universidad de Yale 18 millones de dólares de los 20 que le ha ofrecido con destino á la construcción de un edificio donde se establezcan Asociaciones científicas y literarias y Cátedras de todas clases, con material moderno y grandes bibliotecas.

Se concederán becas y premios, y á las enseñanzas serán admitidos todos los que deseen aprender. En la biblioteca tendrán éstos á su disposición cuantos libros y documentos les sean indispensables para los estudios.

La espléndida donación de Mr. Sterling es una prueba de gratitud á la Universidad de que fué alumno, y que le puso en condiciones de elevarse al puesto social que hoy ocupa.»

Nunca nos cansaremos de reproducir en nuestras columnas ejemplos de esta índole que bien podían imitar nuestras clases privilegiadas, tan apartadas, al parecer, de un movimiento de protección á la cultura nacional.

**CASA METZGER**, Paseo de Gracia, 76, Barcelona. Sirve toda clase de material para Laboratorios en el acto. Pídanse catálogo.

**NIÑOS.—FIEBRES PALUDICAS, GASTRICAS, TIFOIDEAS, de DENTITION, GRIPALES, después del brote en las ERUPTIVAS, estados febriles de las NEUMONIAS, BRONQUITIS** y en cuantos casos está indicada la quinina se prescribe una caja de

#### Quininfantina Delgado Ronco.

Papeles á base de *etilcarbonato de quinina*, valorado su alcaloide (quinina), permitiendo dosificación exacta, no irrita el tubo digestivo, y de sabor agradable. Más eficaz que los supositorios y enemas que provocan deposiciones y las pomadas de difícil absorción.

**IODASA BELLOT.** Solución titulada de **IODOPEPTONA ODO-FISIOLOGICO, SOLUBLE Y ASIMILABLE**

gotas: 1 centigramo de iodo puro, enteramente combinado con la peptona.—Todas las indicaciones del iodo y los ioduros. Sin iodismo.

El mejor sustituto del aceite de hígado de bacalao.

20 gotas obran como un gramo de ioduro alcalino.

Dosis.— Niños. . De 5 á 20 gotas.—Adultos. . de 10 á 50 gotas

Muestras y prospectos: **F. BELLOT**

Laboratorio: Martín de los Heros, 63.—MADRID

**SOLUCION BENEDICTO**  
Glicerofosfato 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, caries, raquitismo, escrofulismo, etc.

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

El papel de esta Revista está fabricado especialmente para *EL SIGLO MÉDICO* por LA PAPELERA ESPAÑOLA.

IMPRENTA DEL SUCESOR DE E. TEODORO

Glorieta de Santa María de la Cabeza, núm. 1.—Madrid, Tel 552