

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XX Madrid 15 de Septiembre de 1906 Número 462

XV CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA

En la hermosa ciudad de Lisboa se ha celebrado en Abril último el XV Congreso internacional de Medicina, y seguramente no pudo escogerse para este objeto localidad más apropiada para reunir una asamblea médica como la que allí se ha congregado.

Es Lisboa de clima agradablemente templado, puesto que la temperatura media anual de su ambiente es de 15°,63 centigrado, y tan saludable, que la mortalidad por 1.000 de sus 376.455 habitantes sólo alcanza anualmente la cifra media de 22'4. Ofrece esta población, cuyo centro está en forma de anfiteatro, vista desde la maravillosa rada que allí forma el Tajo, grandioso á la vez que pintoresco panorama. Está abundantemente aprovisionada de agua, disponiendo de 15.788.652 metros cúbicos, de los cuales se han consumido en un año 10.788.501 metros cúbicos. Esta agua es de excelente calidad y verdaderamente potable, según indica el siguiente análisis bacteriológico hecho por el Instituto de Higiene de aquella ciudad:

Bacterias licuefacientes de la gelatina...	25 por cc.
Idem no licuefacientes.....	100 id.
TOTAL.....	125 por cc.
Título termófilo.....	0'1
Idem coli.....	0'1
Estreptococcus.....	0

Las alcantarillas de Lisboa—sobre todo de la parte vieja de la población—están en mediano estado, y por el sistema de *tout à l'égout* vertiendo en el Tajo. Existe el proyecto de construir un gran colector que arroje los materiales todos de la *excreta* en el Océano á distancia de más de 30 kilómetros de la ciudad.

Contiene esta población numerosos é interesantes edificios é instituciones dignas de estudio, tales como la nueva Escuela de Medicina, que ha sido inaugurada por el Congreso de Medicina, los hospitales de San José, Estefanía, San Lázaro, Desterro, Rego, el militar, el de marina y el de Rilhafolles ó de locos. La mayor parte de estos hospitales han sido instalados en antiguos conventos; sólo el de Estefanía ha sido edificado expresamente, hace treinta años, tipo de edificio simétrico formado por pabellones separados por un patio; el de San Lázaro, que es igualmente un edificio nuevo, destinado á los leprosos; el de Rilhafolles, recientemente adicionado con nuevos pabellones aislados, y el últimamente construido, que es el hospital de Rego, para el tratamiento y aislamiento de las enfermedades infecto-contagiosas, formado también por pabellones aislados de pequeña capacidad, de un solo piso. A esto hay que añadir la Escuela de Medicina Tropical, con el hospital Colonial, el dispensario de la Reina, el *Lactorio* (Gota de leche), la Misericordia y el dispensario de asistencia á los tuberculosos. A más, son muy dignos de ser visitados los Institutos Bacteriológico, el Oftalmológico y el de Higiene, los puestos de desinfección y el lazareto.

Expuesto el vasto campo de observación que nos ha ofrecido Lisboa, vamos á referir brevemente lo más importante de lo que allí hemos visto, relatando de sencilla manera nuestras impresiones profesionales.

Comenzaremos, en primer término, reseñando la labor realizada por la XV Sección del Congreso, ó sea la de Medicina militar, en la que ha sido Presidente el Sr. Coronel médico Dr. Monis Tavares, y Secretario el Teniente médico Dr. Gião, del ejército portugués. Ocupóse esta Sección, primero de *La organización del servi-*

cio sanitario de primera línea, leyéndose los trabajos del Sr. Inspector médico D. Pedro Gómez, de Sevilla; del Dr. Gião; del Coronel médico Dr. Imbriaco, de Florencia, y del Dr. Kern, de Berlín. Intervinieron en la discusión de este tema de una manera brillante el Inspector médico Dr. Vaillard, Director de la Escuela de Val-de-Grâce, y el General médico Dr. Kern, el Teniente Coronel médico holandés Dr. Van-der-Moer, el Médico mayor francés Dr. Lacronique, el General médico austriaco Dr. Moris, así como el Médico mayor español Dr. Gamero.

El Dr. Nicolás Senn, de Chicago, presentó unos aparatos para fracturas de miembros, hechos de alambre y revestidos de escayola.

En segundo lugar púsose á discusión el siguiente tema: *Cirugía de guerra en los puestos de socorro*. Se leyeron trabajos del Dr. Nimier, de París, y del Dr. Barbosa Leão, de Lisboa. Discutióse este tema por los señores antes citados, y á más por los Dres. Radcliffe, Crocker, Reig Gascó, Rothkenz, Schickert, Barbosa Leão y Lucio Numes.

En tercer término se discutió el tema: *Educación del Médico militar*. Acerca de este asunto, el Sr. Inspector médico de la Armada española Dr. Fernández Caro, leyó un trabajo del Médico mayor Dr. Larra, de Madrid; el Dr. Lacronique, un estudio del Dr. Lemoine, Profesor de Val-de-Grâce, y el Dr. Gonçalves Numes, de Lisboa, dió á conocer una Memoria suya referente á este mismo tema.

El Dr. Vaillard expuso un estudio sobre la *Profilaxis de la tuberculosis*, que consiste principalmente en someter al peso, con periódica frecuencia, á todos los soldados para aquilatar su estado de nutrición general y ponerse en guardia cuando revele desnutrición.

El Dr. Cornelius, del ejército alemán, leyó su comunicación acerca del *Circuito nervioso y amasamiento de los nervios*.

El Dr. Montinho, de Lisboa, dió á conocer su *Cuadro optométrico*.

Y el Dr. Alcaide, de Madrid, leyó su comunicación sobre *Odon-tología militar*.

En otra sesión, el Dr. Vaillard habló extensamente de un sistema por él ideado para la *Purificación de las aguas en campaña*.

En la última sesión, el Presidente, Dr. Monis, pronunció un conmovedor y afectuoso discurso, dando las gracias á los concurrentes á esta Sección de Medicina militar, al que contestó muy discreta y elocuentemente el Dr. Vaillard, felicitando en nombre de todos los colegas extranjeros al Presidente, y Secretario Doctor Gião, por la brillante organización dada por ellos á los trabajos todos de la Sección.

Galantemente invitados por la Sección de Medicina militar visitamos varios establecimientos, entre ellos los siguientes:

La *Manutención Militar*, que tiene verdadera importancia, está dotada de una potente máquina de vapor que produce electricidad y movimiento para accionar los numerosos aparatos encargados de transformar los trigos en harinas para abastecer todo el ejército y confeccionar pan para la guarnición de Lisboa.

El *Hospital militar de la Estrella*, antiguo convento transformado en hospital en aceptables condiciones después de acertadas reformas. Cerca de éste, en una explanada, visitamos dos pabellones de un solo piso, de moderna construcción, destinados á oftálmicos y cirugía. En este mismo sitio vimos los *Depósitos de material sanitario*, que no tienen material moderno, y el de medicamentos.

La *Escuela del Ejército*, perfectamente organizada, funciona bajo la dirección de un General de brigada, con numeroso cuadro de Profesores que dan enseñanza á los futuros Oficiales del ejército, como también á los alumnos para Ingenieros civiles, que hacen sus estudios en esta Escuela sometidos al internado y régimen militar de la misma.

El *Cuartel de la Guardia Municipal*, muy bien dispuesto, ofrece condiciones higiénicas en todos sus departamentos, especialmente en los dormitorios, cuyos pisos pueden lavarse á chorro de agua haciendo una perfecta limpieza, y los lavabos, que son una serie de pequeñas duchas de lluvia descendente que vierten en un canal; colocado cada individuo debajo de su ducha, hace perfec-

tamente las abluciones del busto, brazos y manos, sin el inconveniente de los lavabos con pilas, donde siempre suelen quedar detritos de los que se lavaron anteriormente.

El *Cuerpo de Sanidad Militar portugués* está formado por 130 señores Jefes y Oficiales médicos. La plantilla es de un Coronel médico, Jefe superior en la 6.ª Sección del Ministerio de la Guerra; 6 Tenientes Coroneles, Jefes de las divisiones militares y Directores de los principales hospitales, y 9 Mayores, 60 Capitanes y 54 Tenientes y Subtenientes, que están destinados en los Cuerpos armados y dependencias militares, alternando todos en el servicio de las clínicas de los hospitales que no tienen personal propio. El ingreso se hace mediante oposición. No tienen Escuela de Medicina Militar.

Los *enfermeros militares* forman una compañía sanitaria, mandada por Oficiales médicos. Los individuos de esta compañía pueden ascender hasta el grado de Capitán. Reciben instrucción técnica en una Escuela especial.

Modelo puede llamarse el *Real Instituto Bacteriológico*, que ocupa un hermoso edificio construido *ad hoc* cerca de la nueva Escuela de Medicina; está destinado á los importantes servicios de sanidad pública y á la enseñanza de la bacteriología. Esta enseñanza tiene lugar durante los tres primeros meses del año. La admisión de los alumnos se hace por concurso, en el que son preferidos los Médicos y los estudiantes con buena hoja de estudios. En el Instituto se permite á los alumnos el uso de aparatos y materiales necesarios, excepto el de los microscopios. Terminado el curso pueden aquéllos asistir al laboratorio hasta fin del año escolar.

El Director del Instituto puede dar á los Médicos y á los estudiantes de Medicina y de Medicina veterinaria, ya provistos de los conocimientos necesarios de bacteriología, autorización para hacer trabajos y para organizar también cursos auxiliares de histología, microscopia clínica ú otros, que están á cargo de personal técnico

Por iniciativa y á expensas del personal del Instituto, ha sido

creado un premio, *Camara Pestana*, para recompensar el mejor trabajo científico hecho en el establecimiento. Los trabajos de los bacteriólogos del Instituto quedan fuera de concurso. Caso de no presentarse trabajo alguno digno del premio, el importe de éste se aplica á la compra de microscopios de estudio para uso de los estudiantes que frecuentan el Instituto.

Los servicios más importantes de este Instituto son: los análisis bacteriológicos, la preparación de sueros y vacunas y el tratamiento antirrábico y antidiftérico. Los análisis están á cargo del Sr. Director; se hacen por cuenta de los servicios sanitarios ó por petición de Corporaciones particulares. Estos análisis son gratuitos cuando son en beneficio de los pobres. Se hacen también análisis para los particulares mediante retribución. Los análisis diagnósticos de la difteria se hacen gratuitamente, y el Instituto facilita, sin retribución, el material necesario para recoger los productos sospechosos para analizar. Lo mismo se hace para la busca del bacillus de Koch; estos últimos análisis, como todos los referentes á la tuberculosis, han sido establecidos por acuerdo de la «Asistencia Nacional á los Tuberculosos». Los análisis son gratuitos para los pobres.

El servicio de sueroterapia está á cargo de un Jefe de servicio, que prepara actualmente los sueros antidiftérico y antitetánico, que se envían gratuitamente á los hospitales en frascos de 10 cc., y se venden á los Farmacéuticos al precio de 1.000 reis (5 pesetas 50 céntimos).

El servicio de vacuna está dirigido por otro Jefe. Se practica la vacunación antirrábica.

El Instituto tiene salas admirablemente acondicionadas para la hospitalización de personas sospechosas de incubación de rabia y de los diftéricos. Es gratuita para los pobres.

Hay en el Instituto un Médico veterinario, que hace el servicio de la clínica veterinaria de los animales destinados á las experiencias y á la producción de sueros y vacunas. Empléase para los sueros la raza asnal en vez de la caballar, con buen resultado.

La vacuna antivariólica no se produce aún en este Instituto, la proporciona el «Parque Vaccinogénico» del Dr. Monis Tavares.

La *Escuela de Medicina Tropical* tiene dos clases de alumnos: Primera, Médicos candidatos á las plazas de Médicos de Ultramar y de marina, y los que son ya de estos Cuerpos. Segunda, los Médicos civiles ó militares que voluntariamente quieran seguir los estudios. Los cursos son en número de tres, que duran de Noviembre á fin de Febrero. Primero. Patología clínica. Segundo. Higiene y Climatología. Tercero. Bacteriología y Parasitología. En la primera mitad de Marzo se celebran los exámenes, consistentes en parte teórica y parte práctica, en el laboratorio y en las clínicas del hospital de Colonia. A los alumnos aprobados se les expide un diploma que les da preferencia á ser destinados á los servicios médicos de las colonias y de la marina.

Esta Escuela tiene laboratorios de bacteriología, parasitología y análisis, museo y biblioteca. Organízanse en la misma las comisiones científicas á las colonias portuguesas y extranjeras. La última de estas comisiones ha sido realizada en 1904 por el Doctor Ayres Kopke, en el África occidental, para estudiar el Beri-beri y la enfermedad del Sueño.

En esta misma Escuela se da también una enseñanza secundaria, consistente en cursos trimestrales de higiene colonial, climas coloniales, medicina práctica, primeros socorros á los heridos, plantas útiles y medicinales de las colonias, etc., obligatoria para los misioneros, Oficiales militares, empleados en los trabajos públicos y Profesores de instrucción primaria de Ultramar.

Unido á la Escuela de Medicina Tropical está el *Hospital Colonial*, destinado al tratamiento de enfermos de Ultramar, y sirve, á la vez, para la enseñanza general y secundaria de la medicina especial de las colonias. En este hospital vimos algunos pacientes de la enfermedad del Sueño, todos de la raza negra.

El *Instituto de Higiene* es otro establecimiento digno de ser visitado; está destinado á la instrucción especial técnica para ad-

misión en los destinos de Médico é Ingeniero del Cuerpo de Sanidad Pública.

Los cursos duran un semestre, con el siguiente programa:

1. Derecho sanitario.
2. Demografía y estadística médica.
3. Meteorología y climatología. Hidrología.
4. Química sanitaria.
5. Carnes, mataderos, leche, enfermedades contagiosas de los animales transmisibles al hombre.
6. Epidemiología general.

}	a) Profilaxis contra la tuberculosis, fiebre tifoidea, etc.
}	b) Enfermedades zimóticas, diagnóstico bacteriológico, técnica bacteriológica.
7. Desinfecciones y desinfectantes. Aislamiento.
8. Higiene industrial.
9. Práctica sanitaria oficial.
10. Sanidad marítima.
11. Asistencia de las clases pobres.
12. Higiene infantil.
13. Aprovechamiento de agua. Saneamiento.

Damos fin á nuestra reseña—por no cansar más al lector— haciendo una sola consideración: la de que Lisboa ofrece vasto campo de enseñanzas médicas, y que seguramente para nosotros los españoles nos serán más fácilmente asimilables los modernísimos estudios médicos de las Escuelas, Institutos y hospitales de allí que los de otros países, por razón de la similitud de nuestro idioma con el portugués.

J. REIG Y GASCÓ,

Subinspector médico de segunda clase.

PSICOLOGÍA DE LA ORIENTACIÓN

(Continuación).

Mas si, como digo, aún hay quien pretenda negar tales sensaciones, así como las vías encargadas de conducirlas, creo que su existencia real es fácil de probar, tan sólo teniendo en cuenta la pérdida posible de la capacidad de reconocer la posición respectiva de nuestros órganos, que es la función que esas vías y centros desempeñan; experimento mil veces realizado por la enfermedad en el hombre, la cual viene á demostrarnos, enriqueciendo en este punto á la Fisiología en su campo experimental, que no solamente existe real y verdaderamente tal grupo de sensaciones kinestésicas, sino que son distintas de las táctiles y conducidas de distinta manera en su trayecto medular, puesto que hay ocasiones y lesiones medulares que alteran las unas sin detrimento de las otras, ó las de un lado sin alteración de las del conjunto.

Probada, pues, su existencia, pasemos á estudiar sus caracteres.

Las sensaciones kinestésicas, en contraposición á las demás sensaciones, forman en la vida una serie no interrumpida que, partiendo constantemente de nuestros músculos, huesos, articulaciones, tendones, etc., constantemente también están llegando á nuestros centros nerviosos para cumplir la orientación; distínguese por este carácter, como digo, de las demás sensaciones (ópticas, táctiles, gustativas, etc.), las cuales asaltan nuestros sentidos de una manera discontinua y alterna, pues no estamos constantemente oyendo, tactando, viendo, oliendo ni gustando, sino que todas estas distintas sensaciones las recibimos alternativamente, y en cambio, constantemente se están produciendo en nosotros sensaciones internas ó kinestésicas que nos dan cuenta de nuestra posición en el espacio; de aquí resulta que si es constante la producción de dichas sensaciones kinestésicas y su llegada á los cen-

tros, igualmente constante será la función que desempeñen, como así es, en efecto, pues en ningún momento perdemos la orientación, salvo caso patológico.

Ahora bien; así como nosotros podemos hacer que las demás sensaciones no lleguen á influirnos, mediante la oclusión más ó menos completa de los órganos encargados de recibirlas (cerrando los párpados, los oídos, la boca, etc.), las sensaciones kinestésicas no son susceptibles de esta interrupción, más que nada, por la naturaleza y disposición del aparato encargado de recibirlas, el cual, como ya hice notar al principio, carece de autonomía anatómica propia é individualidad y de perfeccionamiento suficiente, hasta ahora, para poder funcionar con igual independencia que los demás. No obstante, si no de una manera tan mecánica y visible como en los demás aparatos, podemos también en éste ocluir voluntariamente su aparato receptor, haciendo que sus sensaciones lleguen á disminuirse en tal grado que casi desaparezcan, y en tal caso es claro que dejará de realizarse la función que desempeñan y perderemos la orientación segmentaria.

Un sencillísimo experimento, que quizás muchos hayan realizado y observado sin darse cuenta, sirve para probar lo que antecede. Como las sensaciones kinestésicas proceden, como hemos visto, de las impresiones musculares, óseas, articulares, tendinosas, etc., de todo nuestro cuerpo, cuando en un momento dado reducimos éstas al mínimum mediante el reposo absoluto (estando en cama, por ejemplo), y por ningún otro sentido (vista ó tacto, principalmente), podemos darnos cuenta de la posición de nuestras piernas, por ejemplo, estando tapadas, llega un momento en que perdemos la orientación segmentaria de nuestros miembros abdominales y difícilmente sabemos dónde está nuestra pierna derecha y nuestra pierna izquierda.

Permanézcase, pues, un corto rato acostado en el lecho y tapadas ambas piernas, sosténganse en el más absoluto reposo todos sus músculos, y al cabo de un momento no llegará á nuestra conciencia la sensación de nuestros miembros abdominales, y habre-

mos perdido la conciencia de su existencia, ó al menos nos será muy difícil su orientación. Para que de nuevo podamos adquirirla, será necesario que descubramos los referidos miembros, y entonces, por la vista, penetra en nuestra conciencia su orientación, ó que las toquemos con nuestras manos para que lo supla el tacto, ó que ligeramete movamos sus músculos y sus vías naturales kinestésicas que nos orientan en su situación; pues de manera tan maravillosa se suplen unos á otros los distintos centros de orientación merced á sus asociaciones nerviosas, como en las demás funciones psíquicas se suplen constantemente los diferentes centros que las rigen (ceguera verbal, asimbolia táctil, pérdida del sentido steriognésico, etc.)

Otro carácter de estas sensaciones kinestésicas es la manera semiautomática de su producción; observándonos nosotros mismos podemos comprender que esto es así. En efecto; todos los movimientos, posiciones, actitudes, etc., que se producen en nuestros miembros y en el cuerpo en general de un modo casi constante, apenas si nuestra conciencia tiene noticia de ellos, ó si la hay es tan rara é incierta que parecemos enterarnos simplemente que el movimiento se cumplió; es, pues, *ordinariamente*, la orientación segmentaria, inconsciente, ó al menos subconsciente. Pero esta serie continua de sensaciones kinestésicas, que de ordinario no llega á entrar en la conciencia ó lo hace de una manera vaga é indefinida, entra en ella de lleno y llegamos á tener conocimiento pleno de su efectividad cuando cualquier causa interrumpe la serie de sensaciones que continuamente afluyen á nuestros centros inferiores de orientación; así, por ejemplo, nadie cuando va caminando piensa que lo hace; apenas si nos damos cuenta de los múltiples y variados movimientos que hacen nuestras manos cuando comemos y llevamos el alimento á la boca; nunca tenemos noticia de los movimientos que hace nuestra lengua al hablar, etc.; pues todo ello se realiza de un modo automático é inconsciente, ó por lo menos subconsciente, es decir, regido por nuestros centros nerviosos inferiores de orientación; pero si cualquier causa interrumpe nues-

tros movimientos y tropezamos al andar, ó un obstáculo nos impide llevar el alimento á la boca ó mover la lengua para hablar, parece como si esta interrupción diese más fuerza á la sensación, la cual, llegando á centros superiores, hace ya penetrar en nuestra conciencia la noción respectiva de aquellos órganos y corregir, conscientemente, la irregularidad cometida.

Analicemos, para terminar, los diferentes elementos que constituyen la sensación kinestésica. Vemos que ésta se halla constituida por la contracción que en un determinado nervio produce la contracción de un músculo, por el roce de un hueso sobre otro en una articulación, etc., etc., y sin embargo, estas diferentes sensaciones simples, elementales ó primordiales que podríamos llamar, no penetran en nuestra conciencia como tales, pues nosotros no tenemos conocimiento del músculo que se contrae, ni del hueso que se mueve, ni del tendón que tira, sino del conjunto, que es la actitud del miembro entero; parece, pues, como si estas distintas sensaciones que evidentemente se producen no tuviesen por sí fuerza bastante para penetrar en la conciencia y darnos noticia detallada de los distintos órganos, razón por la cual se asocian unas á otras, y todas juntas ya pueden traspasar sus límites, penetrando en ella y dándonos la sensación de conjunto, que es la orientación. Pero aun así, reunida toda esta serie de sensaciones simples y elementales, para penetrar en la conciencia todas juntas aún no llegan á la plena conciencia y sí solamente á un estado de subconciencia (pues ya hemos demostrado que de ordinario la orientación es subconsciente); siéndolas luego necesario, para poder entrar ya de lleno en la conciencia, una especie de último esfuerzo, que en este caso estaría representado por una desordenación, por un desequilibrio en la serie de movimientos normales y ordinarios que constantemente producen sensaciones kinestésicas.

Toda esa serie de sensaciones simples, elementales ó primordiales que constituyen la sensación kinestésica, vendrían á ser, respecto á ella, algo así como las cualidades primarias de los objetos respecto á los objetos mismos. Sabido es que el color, sabor, dureza,

temperatura, suavidad, etc., así como todas las demás cualidades abstractas reunidas y combinadas de cierta manera en número, proporciones, etc., en el espacio, es lo que constituye los cuerpos todos, y que nosotros poseemos la facultad de reconocer, ó bien esas cualidades aisladas (que en este caso semejarían las sensaciones simples ya dichas), ó bien algunas de ellas reunidas de cierta manera en un punto del espacio, que es reconocer un objeto (que representaría la sensación kinestésica); poseemos igualmente la posibilidad de perder separadamente cada una de estas dos facultades, y así, por ejemplo, un sujeto puede reconocer, mediante todos sus sentidos, que un cuerpo es redondo, suave, rojo, blando, dulce, acuoso en su interior, etc., y, sin embargo, no sabe que el cuerpo en cuestión es una naranja (asimbolia), y viceversa, reconocer una naranja y no poder apreciar sus cualidades elementales (pérdida del sentido steriognésico ó asteriognesia). Pues bien, esas cualidades primordiales de la sensación kinestésica ya señaladas, comparables á las cualidades elementales de los cuerpos, cuya facultad perceptiva perdida constituye la asimbolia, no son susceptibles de perderse, porque jamás penetraron en nuestra conciencia y en vano podemos dejar de conocer lo que nunca llegó á formar parte de nuestro conocimiento; en cambio, la sensación kinestésica, conjunto de todas ellas, que en nuestra comparación representaría el objeto, como subconsciente que es, ya puede ser perdida, como se perdía la facultad de reconocer el objeto, conjunto en un punto del espacio de varias cualidades abstractas de cierta manera combinadas. En otros términos, y para resumir, *fisiológicamente, acusaciones elementales ó primordiales de la sensación kinestésica*, son á ésta lo que *cualidades primarias de los objetos son á los objetos mismos* (1); y *patológicamente, pérdida de las sensaciones primordiales de la sensación kinestésica (si fuera posible)*, es á *pérdida del sentido de las actitudes* lo que *asimbolia es á asteriognesia*.

En definitiva, pues, queda plenamente demostrado que, de or-

(1) Me refiero á la *percepción* de las cualidades y de los objetos, no á las cualidades y objetos en sí mismos.

dinario, las funciones de *orientación y equilibrio se realizan de una manera automática y semiconsiente*, cayendo, por tanto, su percepción en el campo de la conciencia oscura, aunque conservando la posibilidad de poder pasar á la plena conciencia (como tantas otras funciones, especialmente las vegetativas, quizá las primeras que aparecieron en el animal, y, por tanto, las más antiguas y de más largo tiempo transmitidas por herencia), para lo cual sería necesario una interrupción é irregularidad en la manera ordinaria de su producción.

(Continuará.)

G. GONZALO,

Médico segundo.

PRENSA MEDICA

Novedades terapéuticas.—

Histosan.—El Dr. Neviny da á conocer el histosan (*Wien. Klin. Rundsch.*, núm. 33), que es una substancia compuesta de guayacol combinado con albúmina. En esta forma el guayacol es más fácilmente absorbido que en la de carbonato de guayacol ó duotal. Según el autor, el histosan se desdobra en el intestino y es mejor tolerado por el tubo digestivo que los demás compuestos de guayacol. Sus aplicaciones terapéuticas son las mismas que las de este último medicamento, principalmente en el tratamiento de las bronquitis agudas y crónicas.

Kephaldol.—El kephaldol, estudiado por Fritsch (*Wien. Klin. Wochenschr.*, núm. 33), es un nuevo antipirético y antineurálgico, de acción pronta y suave, que ni

con grandes dosis da lugar á trastornos de importancia en el organismo.

Tripsina.—El Dr. Pusey ha publicado (*Journ. of Ameri. Assoc.*, número 23) la historia de siete casos de carcinoma inoperable y uno de sarcoma de células redondas, también inoperable, tratados por las inyecciones de tripsina. En casi todos los enfermos la acción de la tripsina fué perjudicial, porque precipitó el período de caquexia. Sólo en un caso de cáncer del pecho dieron las inyecciones buen resultado.

Guatanina.—El Dr. Winterberg, de Viena, ha dado á conocer (*Therap. Monatsh.*, núm. 8) este medicamento, que es un compuesto de guayacol, ácido tánico y ácido cinámico. El autor dice haberlo empleado con éxito en dos casos de

diarrea crónica y en uno de tuberculosis pulmonar.

Viferral.—Mackh, de Nördlingen, manifiesta (*Munch. med. Wochenschr.*, núm. 31) que este nuevo medicamento, obtenido por síntesis, es un hipnótico que provoca un sueño largo y agradable. Sin embargo, tarda en producir su acción en casos de alta fiebre ó de intensos dolores, y en ese concepto parece inferior á otros, como el sufonal, etcétera, más usados.

Aspirina.—Chidichimo estudia (*Therap. Monatsh.*, núm. 8) la acción de la aspirina sobre el sistema vascular, y dice que aumenta la presión sanguínea en los vasos periféricos y disminuye la frecuencia del pulso. Administrada á altas dosis disminuye la temperatura. Sobre los músculos de fibra lisa obra en el sentido de hacer la contracción más prolongada y menos enérgica. La respiración no es influida de ningún modo. La aspirina administrada por la boca es absorbida de los quince á treinta minutos.

Hemato-albúmina.—Es un preparado orgánico de hierro, que según manifiesta Jacobacus (*Therap. Monatsh.*, núm. 8) es el mejor medio de combatir las anemias.

Lipomatosis.—El Dr. Fierovanti discute en un artículo (*La Clin. Med.*, núm. 12 de este año) muy bien escrito, la patogenia de las distintas formas de lipomatosis, y sostiene que todas ellas son, en último término, debidas á trastornos en la función trófica y vasomotora de los centros nerviosos; es decir, que son en realidad trofo-neurosis. Es bien conocido en la clínica que muchos casos de lipomas

aparecen como edemas angio-neuróticos. Entre las distintas causas externas á que se les atribuye, es la excitación producida por pequeños y repetidos traumatismos la que más se comprueba en la práctica. El reumatismo crónico es considerado como una causa predisponente. Hay casos de lipomatosis asociados claramente con lesiones de los nervios, sea en sus orígenes centrales, y entonces los lipomas son bilaterales, ya en su curso periférico. En las lipomatosis generalizadas, simétricas, se observan dos principales grupos: en uno los lipomas son pequeños y sin dolor, y en el otro las tumoraciones son mayores y dolorosas, que es lo que constituye la enfermedad llamada de Dercum. La adiposis dolorosa es más común en la mujer, especialmente si es alcohólica, artrítica ó neuropática.

En cuanto á la relación de estas afecciones con enfermedades del tiroides y de otras glándulas de secreción interna, es hoy de ordinario desechada, después de conocerse la ineficacia del tratamiento con los jugos ó extractos glicerinados de esas glándulas.

Dado este concepto patogenésico sostenido por Fierovanti, lo racional es dirigir las investigaciones de la terapéutica en el sentido de excitar la función de los centros nerviosos tróficos y vasomotores.

Tratamiento de la diabetes sacarina.—El Dr. R. F. Williamsson, en dos artículos publicados con pequeño intervalo, uno de Abril en *The Practitioner*, y otro en *The Medical Chronicle* de Mayo último, hace algunas observaciones nuevas y de valor sobre la te-

rapéutica de la diabetes. El autor manifiesta que aunque el tratamiento dietético es sin duda alguna el más importante, hay algunos casos en que puede ser combinado con ventaja con el uso de la aspirina ó del salicilato de sosa, en la seguridad de que se disminuye la cantidad de azúcar en la orina con el uso de estos medicamentos sin necesidad de exigir al enfermo un régimen dietético exagerado. Además de la estimación cuantitativa del azúcar y de medir la cantidad total de orina excretada en las veinticuatro horas, el Dr. Williamson insiste sobre la importancia de investigar con frecuencia la reacción de Gerhardt, ó sea la presencia del ácido diacético, obtenida sencillamente por la coloración especial que da la orina con la adición de una solución de percloruro de hierro. La reacción de Gerhardt es un signo grave que precisa vigilar constantemente para conocer el pronóstico y conjurar la crisis que anuncia con un apropiado tratamiento.

En los casos leves de glucosuria, un régimen dietético adecuado es suficiente para disminuir mucho la cantidad de azúcar; pero cuando se resiste ésta á desaparecer, un día de ayuno, en que el enfermo no tome más que caldo, te, café ó vegetales, suele traer consigo la completa desaparición de la glucosa. Cuando la reacción de Gerhardt se presenta es preciso darse prisa á establecer un plan dietético riguroso.

Para instituir un plan dietético racional es menester tener siempre presente el valor total de los alimentos, estimado en calorías.

El autor refiere muchos casos en que muestra el poder terapéutico de la aspirina, junto con una

dieta apropiada, en la disminución de la glucosa en la orina.

También habla con cierta originalidad sobre el valor de algunos frutos y ciertas verduras, así como los métodos de utilizar la leche con el objeto de obtener de ella la grasa y los albuminoides y eliminar la lactosa.

*
* *

Diabetes y pneumonia. — El Dr. Glaessner, de Viena, ha publicado (*Wien. Klin. Wochensch.*, número 29) un caso muy curioso de curación de una diabetes á consecuencia de una pulmonía intercurrente. Trátase de una mujer de cincuenta y cuatro años que padecía hacía tiempo una glucosuria grave, y que, coincidiendo con un ataque formal de pneumococia, desapareció el azúcar que contenía la orina, hasta el punto que tres meses después, que duró la observación, no se había vuelto á presentar la glucosa. El autor se pregunta la causa del fenómeno, y se le ocurre pensar si será debido á una elevación del título de alcalinidad de la sangre ocasionada por la infección. No creemos que á nadie satisfaga la teoría.

*
* *

Vacunación antitífica. — El Médico mayor del ejército inglés en la India Dr. Porter da cuenta (*British Medical Journal*, 11 Agosto, 1906) de una estadística que tiende á mostrar la eficacia de este medio profiláctico contra la fiebre tifoidea, aplicable á las tropas. El regimiento de Lanceros, número 17, llegó á la India con 600 hombres de fuerza; 400 rechazaron la vacunación antitífica y 200 la aceptaron y fueron vacunados. A poco

contrajo el regimiento la fiebre tifóidea en forma epidémica y en muy corto tiempo ingresaron 62 enfermos en el hospital. De entre éstos sólo dos habían sido vacunados y ninguno de ellos había consentido en recibir la segunda inoculación, como es preciso para tener confianza en la inmunización artificial. La vacuna usada fué la de Wright, harto conocida de nuestros lectores.

* *

Institución contra el lupus en Viena.

—En una de las últimas sesiones de la Sociedad Clínica de Viena, el Dr. Jungmann presentó unos cuantos enfermos de *lupus vulgaris* que habían sido tratados y curados por el método de Finsen. Los pacientes procedían de distintas clases sociales y habían sido curados en distintos períodos de tiempo, desde seis meses hasta dos años y medio. El Dr. Jungmann aconseja á los enfermos seguir el tratamiento por la luz, aun después de estar, al parecer, completamente sanos. Los resultados son excelentes. El coste del tratamiento con las nuevas modificaciones hechas á la lámpara de Finsen, que requiere sólo una tercera parte de energía eléctrica y un décimo del tiempo anteriormente empleado, es menor que el de la aplicación de los rayos X.

* *

Tratamiento de las heridas del pulmón.

—En el *Boletín de la Sociedad de Cirugía de París*, número 20 de este año, aparece un estudio de Mr. Tuffier sobre la conducta que debe seguirse en el tratamiento de las heridas del pulmón ocasionadas por armas de fuego. El autor se muestra convencido por una gran experiencia de que, en

la inmensa mayoría de los casos, estas heridas se curan sin intervención quirúrgica alguna, por simple oclusión aséptica de la abertura externa y absoluto reposo del paciente. En ciertos casos la sangre derramada en la cavidad pleurítica es infectada, y entonces se hace preciso dilatar la herida y asepticizar el foco. Hay casos en que el estado del herido es tan grave que el Cirujano queda perplejo sin saber qué hacer. En un herido de esta clase — cuenta Tuffier —, en que la gran pérdida de sangre y los síntomas de asfixia le decidieron á intervenir poniendo al descubierto y suturando una gran herida del pulmón izquierdo, producida por una bala de revólver, el enfermo sucumbió de septicemia á los pocos días.

En el curso de la discusión de este asunto, el célebre Cirujano militar Delorme se mostró menos partidario de este proceder pasivo, sosteniendo que en aquellas ocasiones en que la hemorragia primitiva es muy grande, ó siendo moderada se hace persistente é incoercible, es preciso practicar la toracotomía é intentar cohibir la salida de sangre, sea por sutura ó por presión directa. La opinión general de la Sociedad de Cirugía sobre el asunto, fué expresada por Michaux en la conclusión de que las intervenciones quirúrgicas en las heridas del pulmón deben ser excepcionales y reservadas casi exclusivamente á las heridas del *hilum* pulmonar, y, por consiguiente, cuando hay razón para sospechar una herida complicada con lesión del corazón ó de la arteria mamaria interna. Por lo demás, en la mayoría de los casos la abstención debe ser, conforme con la idea de

Tuffier, la línea de conducta del práctico.

**

Tratamiento de la neuritis óptica por trepanación del cráneo y abertura de la dura madre.

—En el número del 25 de Agosto último aparece en el *British Medical Journal* un notable discurso, pronunciado por Sir Victor Horsley en el mitin celebrado por *The British Medical Association*, sobre las operaciones practicadas en el sistema nervioso. El Profesor Victor Horsley es una de las figuras más salientes de la Ciencia médica en Inglaterra, y el discurso que acaba de pronunciar sobre la cirugía del cerebro es tan notable, que sentimos mucho que la falta de espacio no nos permita dar á conocer á nuestros lectores más que un sólo punto de los varios que han sido por él magistralmente tratados.

Dice Horsley que una de las causas que con más frecuencia dan lugar á la neuritis óptica, que ordinariamente termina por la total ceguera y que suele ir acompañada de vómitos y grandes dolores de cabeza, es la presión intracranial que ocasionan ciertas enfermedades cerebrales. Pues bien; asegura el insigne Profesor inglés, que todos esos síntomas, que son dependientes de un aumento de presión intracraniana, se mejoran instantáneamente y desaparecen con sólo hacer una pequeña trepanación y una ligera abertura de la dura madre. En todo caso de neuritis óptica que no sea de origen tóxicómico debe procederse á operar de este modo, en la inteligencia—dice Horsley—que si no se hace así y sobreviene en el enfermo la ceguera, puede haber responsabilidad al Médico que no intente la cura de una enferme-

dad tan grave por un medio hoy relativamente sencillo. Para que la intervención quirúrgica sea eficaz, es preciso que los cambios anatómopatológicos permanentes de la papila no se hayan todavía producido. Es en el primer período de la neuritis, cuando las pérdidas de la visión son simplemente dependientes de la inflamación aguda superficial, transitoria, del disco papilar, cuando la vista del enfermo puede ser salvada con sólo hacer una sencilla abertura en la dura madre. El autor cita casos en que no cabe duda la responsabilidad en que incurren los Médicos que no acuden en tales ocasiones al tratamiento operatorio. Refiere, entre otros, el de una joven en la que se desarrollaron síntomas de tumor cerebral con neuritis óptica aguda, y que habiendo consultado con un neurólogo le manifestó éste que nada había que hacerle de cirugía. Después del tratamiento con los yoduros, la neuritis de esta enferma llegó hasta dejarla ciega, mientras la lesión cerebral curó espontáneamente. Este es un caso claro para mí—dice Horsley—en que la neuritis óptica, debida á hipertensión craneal, se hubiera curado, y se hubiese evitado, por lo tanto, la pérdida de la visión de haber practicado á tiempo la operación indicada.

**

Observaciones sobre la sífilis.

—Metchnikoff y Roux (*Boletín de la Academia de Medicina de París*, 8 de Mayo de 1906) han dado cuenta de una serie de observaciones y experimentos muy interesantes sobre la sífilis. En primer lugar, han intentado la preparación de un suero antisifilítico, aunque sin éxito. Luego han procurado la atenua-

ción del germen haciéndolo pasar muchas veces por el organismo de los monos *catarrinos*; después de ocho pases, el virus no producía la sífilis en el *Macacus rhesus*.

Los autores piensan que sea posible obtener por este camino una vacuna que prevenga en el hombre la sífilis. Mientras tanto, insisten en sus pruebas sobre la neutralización de la infección sifilítica mediante la aplicación local del unguento mercurial dentro de las primeras veinticuatro horas que siguen á la inoculación. Las últimas experiencias las han llevado á cabo en un estudiante de Medicina que no había padecido sífilis ni tenía antecedentes hereditarios y que se ofreció voluntariamente á la prueba. El 1.º de Febrero de 1906 fué inoculado con virus sifilítico tomado de dos chancros duros de dos sujetos claramente infectados, sobre dos series de escarificaciones hechas en el surco balano prepucial. Una hora más tarde, el sitio de la inoculación fué tratado con untura de una pomada compuesta de una parte de calomelano y tres de lanolina. Al mismo tiempo que

el estudiante, cuatro monos macacos (*macacus cynomolgus*) fueron inoculados con el mismo virus; uno de estos monos fué tratado con la misma pomada una hora después de inoculado; otro, veinticuatro horas más tarde, y los otros dos no recibieron la acción de la pomada. El estudiante de medicina no presentó ni chancro, ni infarto de las glándulas inguinales, y el 8 de Mayo último no mostraba ningún signo de infección sifilítica. El macaco tratado con la pomada una hora después de la inoculación, no contrajo la sífilis. El tratado á las veinticuatro horas, presentó un chancro primitivo á los treinta y nueve días de incubación. En los otros dos monos en que no se aplicó la pomada, el chancro tuvo su aparición á los diez y siete días.

De estos experimentos deducen los autores que la profilaxis de la sífilis es posible por este procedimiento; y á nosotros se nos ocurre pensar si no sería conveniente que en las conferencias que los Médicos nuestros dan en los Cuerpos se les enseñara á la tropa este medio tan sencillo de prevenir la sífilis.

SECCION PROFESIONAL

DESPACHO Y TRAMITACIÓN DE ASUNTOS

«Circular.—Excmo. Sr.: Con objeto de que en la medida de lo posible se simplifique la tramitación ordinaria de asuntos y abrevie el tiempo de su resolución, sin que se entorpezca, antes bien se facilite su buena marcha, el Rey (Q. D. G.) se ha servido resolver lo siguiente:

Artículo 1.º Se confiere á los Generales de Cuerpo de ejército, Capitanes generales de Baleares y Canarias y Gobernadores militares de Ceuta y Melilla, además de las atribuciones que hoy tienen asignadas, las de resolver, dentro del territorio de su mando, en los asuntos siguientes:

A. Cambio de residencia de Jefes y Oficiales excedentes y de reemplazo, no sólo dentro del territorio de su jurisdicción, sino de una á otra

Región ó distrito, en cuyo caso se lo comunicarán á la autoridad á que corresponda según el punto en que vayan á residir los Jefes y Oficiales, participándolo también por relación mensual á este Ministerio.

B. Rescisión de compromiso de los individuos filiados como voluntarios, con arreglo á las disposiciones reglamentarias para cada caso.

C. Facultades para desestimar las instancias en que se solicite exención del servicio, siempre que éstas no sean de las comprendidas en el artículo 149 de la Ley de reclutamiento y que de los informes de las Comisiones mixtas y Cajas respectivas resulte que los interesados carecen de derecho. Igualmente podrán desestimar las solicitudes pidiendo redención del servicio militar activo, cuando haya transcurrido el plazo legal para efectuarla.

D. Resolución de todos los asuntos é incidencias que se refieran al régimen y servicio interior de los Cuerpos activos y de reserva, zonas, Cajas de recluta y cuantos servicios y establecimientos existan en su Región, como Inspectores que son de ellos, con sólo las excepciones y limitación que determina el artículo 3.º del Real decreto de 2 de Noviembre de 1904.

E. Determinación de los horarios, tanto para el servicio interior de los Cuerpos como para el de las plazas, quedando autorizados para fijar y variar convenientemente todas las horas, incluso las del toque de diana, relevo de guardias y retreta, con arreglo á la estación, clima, condiciones de la localidad y necesidades del servicio.

F. Ejecución de obras de reparación y entretenimiento en las zonas polémicas de las plazas de guerra, fortalezas y puntos fortificados, así como también permisos para las instalaciones de carácter periódico que hubiesen sido permitidas anteriormente y prórrogas de las concesiones ya hechas, dando cuenta en todos los casos á este Ministerio de las resoluciones que hayan dictado.

G. Aprobación de presupuestos para recomposición de armamento y material de Artillería, de propuestas de inutilidad y desbarate y de presupuestos para ejecutar esta operación, de los servicios de Artillería; de presupuestos correspondientes á subsistencias militares, acuartelamiento, hospitales, transportes y convenios para ellos, de los servicios de Administración Militar, y de propuestas de los hospitales para dar de baja, reponer ó adquirir material sanitario, de los de Sanidad Militar, cuando las cantidades que importen pasen de 750 pesetas y no excedan de 1.000, dando cuenta á este Ministerio y sujetándose estrictamente á la cantidad que por el mismo se asigne á los establecimientos y servicios para llenar las necesidades de la Región ó distrito.

(Continuará).