REVISTA DE SANIDAD MILITAR

Año XXV | Madrid, 15 de Abril de 1935. | Núm. 4.

SUMARIO

Apuntes para un estudio sobre el onirismo, por el Dr. Ignacio Olea.—*Algunas ideas sobre diversos problemas de la gastropatología*, por el Dr. A. del Río=*Necrología:* Excmo. Sr. D. José Delgado Rodríguez y D. Félix Ruiz Garrido y Saucedo.=*Variedades* =*Prensa médico-farmacéutica:* La radioterapia del sistema nervioso simpático.—El tratamiento de los diabéticos por la insulina.=*Prensa militar profesional:* ¿Es posible una guerra bacteriológica?—Condición sanitaria del Ejército italiano. = *Bibliografía:* El seguro de enfermedad y los médicos.—Escuela de automovilismo del Ejército.—X Congreso Internacional de Historia de la Medicina.—Concurso de premios de la Revista de Sanidad Militar.=*Destinos vacantes.*=*Sección oficial.*

SUPLEMENTO.—Escala del Cuerpo de Sanidad Militar en 15 de Abril de 1935.

Apuntes para un estudio sobre el onirismo.

El ensueño (óneiros) ha sido desde remotos tiempos motivo de intriga para los hombres dedicados o no al estudio, pero siempre que sobre él se ha investigado se ha hecho con fines meramente interpretativos, ejerciendo onirocrítica, considerándolo, tal vez de una manera empírica, como una aparición del subconsciente en el escenario de la conciencia y planteando a la inteligencia el problema nada fácil de su traducción, con el fin de obtener el rendimiento útil de un consejo, de un diagnóstico o de un providencial aviso.

Que nosotros sepamos, sacerdotes, médicos o magos, han querido todos aprovechar los materiales del óneiros, mas se detuvieron poco a discurrir acerca de las esencias de su origen y de su mecanismo, cuyos conceptos, una vez bien esclarecidos, ayudarían a deducir si el ensueño puede proporcionar un fundamento serio de profecía o de diagnóstico.

Ni la Filosofía, ni la Psicología, ni la Psiquiatría han desarrollado con la amplitud debida, ni deslindado con pre-

cisión, los temas del origen y del mecanismo del ensueño y a teorizar sobre ello van dedicadas estas líneas, fruto en su mayor parte de antiguas meditaciones sobre el asunto en épocas de menor solvencia científica, con ser muy modesta la actual, del autor que hoy tiene la audacia, casi con el acervo técnico de entonces, de exponerlas en letra impresa.

En efecto, si habida cuenta de que el ensueño necesita para su aparición que el sujeto se halle entregado al sueño fisiológico, y de las evidentes relaciones entre ambos queremos hacer un estudio previo de éste, veremos que aunque la Ciencia haya jalonado su avance con la emisión de nuevas teorías acerca de él y con su comprobación experimental, ningún paso se ha dado en lo relativo al óneiros, por motivos tal vez inexplicables o en cuya explicación tome gran parte cierto desvío de estos asuntos, desvío que no nos atreveríamos siquiera a insinuar de no apoyarnos en autorizadas opiniones, como la del insigne Marañón, de que "la Humanidad dedica demasiado tiempo a dormir y demasiado poco a pensar sobre sus problemas fundamentales."

Ni los modernos estudios acerca de los centros vigil e hípnico, de von Economo (1909-1925), situados en la parte basal de la pared lateral del tercer ventrículo y la pared posterior del mismo, regiones interpeduncular y acueductal, respectivamente, confirmación de las observaciones geniales de Mauthner y Gayet (1880); ni las numerosas experiencias a ellos relativas, entre las que citaremos como más señaladas la de Hess (1915), que inyectando ergotamina, sustancia poco difusible, en el tercer ventrículo de los gatos logró a los cien minutos como máximum un sueño de dos horas como mínimum, con todos los caracteres del fisiológico (conservación del reflejo de la oreja al rascarla, miosis seguida de midriasis si el animal se despierta asustado o emocionado por la presencia de un perro o de un ratón); las más completas de Demole (1927) que inyectando en el mesencéfalo y diencéfalo de conejos y gatos logra un sueño fisiológico con el cloruro de calcio y fenómenos de excitación psicomotora (cólera, pánico, temblor, espasmos musculares y dilatación pupilar) con el cloruro de potasio; las novísimas y seductoras de Hess (1933) de electrización del diencéfalo en los gatos despiertos, a los que consigue dormir haciendo pasar la

corriente por dos electrodos monopolares introducidos en dicha región, suspendiendo a voluntad el sueño con sólo interrumpir la corriente y ser presa de fenómenos de excitación si es otro el territorio cerebral influído; las confirmatorias y de paciente perfeccionamiento técnico de nuestros Sanz y Rodríguez Lafora; ni las observaciones clínicas y anatomopatológicas de narcolepsia por tumor protuberancial y de la base del cerebro de Raymond, Mesinga, Claude y Lhermitte y otros; de narcolepsia y somnolencia en la meningoencefalitis sifilítica, tuberculosis y esclerosis en placas basilares de Foix y Alajouanine y Baruk, respectivamencas basilares de Foix y Alajouanine, Guillain, Lhermitte y Kyriaco; de Rodríguez Lafora y de Chartier, Alajouanine y Baruk, respectivamente, y de narcolepsia, somnolencia, inversión de la fórmula del sueño, hipersomnio y parosomnio coincidiendo con lesiones en la zona basilar del cerebro, en una casuística extensa de encefalitis letárgica, entre otras muchas registradas, bastan a modificar en nada nuestra antigua y modestísima concepción del óneiros.

Y la explicación es obvia. Nosotros nos acogimos entonces y nos aferramos ahora para fundamentar nuestras hipótesis a la feliz teoría neurodinámica, emitida por Exner, de Viena y Duval, de París, confirmada por los hallazgos histológicos de Tello y Cajal (1903-1904) en los lagartos y serpientes durante el sueño invernal, no porque ella nos abra un camino más desbrozado, sino porque creemos sinceramente que en nada se oponen las actuales ideas sobre el sueño a nuestra teoría, ya que con sólo trasladar a esos centros hípnico y vigil, gracias a una posible inhibición incompleta, la responsabilidad de lo que luego en las neuronas de los centros conmemorativos ocurra, las haremos no sólo compatibles, sino complementarias.

Y terminado este ligero examen de las últimas adquisiciones de la Ciencia, en lo que a nuestro estudio atañe, expongamos los fundamentos de nuestra teoría sobre el onirismo, basada pobremente en escasos datos de observación, ya que lo único experimental que se pudiera hacer siempre tendría un tinte de sugestión o de hipnotismo que restaría la necesaria espontaneidad y pureza a los fenómenos observados.

Desgraciadamete, hoy por hoy (quién sabe si para siempre), sólo podemos acogernos a la fortuna de un acierto intuitivo para desentrañar, y no del todo, estos complejísimos problemas de cuyas múltiples incógnitas ignoramos cuántas conseguirá despejar la humana inteligencia, pues si bien es verdad que sus constantes desvelos hasta ahora fueron coronados con el triunfo, no sabemos si se habrá llegado al límite. nuestro intento es forzarlo.

* * *

Si las tres facultades de la psique son necesarias para la integridad de la vida de relación del sér humano, sabemos que éste puede padecer estados patológicos que le hagan perder su categoría de animal racional, aunque por misericordia no se le tome en cuenta, y si hay afecciones en que la inteligencia no existe o ha sufrido menoscabo, otras en la que la memoria se pierde y algunas en que falta la voluntad y, sin embargo, el sér humano vive, aunque precariamente, compelido a usar en ocasiones tan sólo del instinto, que podríamos considerar como una actividad automática del subconsciente heredado.

Es bien cierto que la ausencia de una de las tres citadas facultades excluye la perfecta utilización de las otras y, por ejemplo, sin inteligencia, para nada serviría la memoria, y sin voluntad, sobraría la inteligencia, y con una ausencia absoluta de memoria, no habría posibilidad de entender ni de ejercitar la voluntad; pero ello no obsta para que, en ocasiones, aunque sin eficacia para su actuación racional, gocen cada una de ellas de perfecta independencia.

Las imágenes de todo orden, los hechos de toda índole, llegan a nuestro cerebro, órgano en que calculamos residen las tres facultades, por las cinco vías de nuestros cinco sentidos y las diversas sensaciones se impresionan y almacenan en él (zona poligonal del esquema de Grasset) y el centro O se encarga de sacarlas a relucir —permítasenos la frase— cuando así lo solicita, ejecutando un acto deliberado de memoria o bien ellas se manifiestan espontáneamente, sin el mandato de dicho centro, en un acto involuntario.

El elemento noble del sistema nervioso, la neurona, en

este caso la perteneciente al polígono, constituye la estación central de las vías centrípetas de los sentidos y es la encargada de recibir el choque de la impresión, de ser el chassis o, por mejor decir, el cliché en que ésta se conserva archivada y el centro O (conciencia) es quien tiene la misión de hacerla patente cuando así lo exige (caso corriente) o sin obedecer a su iniciativa (caso infrecuente); aunque también existan circunstancias en que la voluntad no consigue el recuerdo.

Que hay casos en que la memoria se pone de manifiesto sin que influya para nada la voluntad, lo demuestra el siguiente hecho que todos hemos observado y que se conoce con el nombre de sensación fisiológica de "ya visto": Reunidos, por ejemplo, varios amigos en una habitación, conversan sobre un determinado tema. En un instante dado, otro tema distrae momentáneamente la atención del que escucha y cuando vuelve a atender, recuerda que en otra ocasión se ha encontrado en análogas circunstancias de lugar y tiempo, con los mismos amigos y hablando de un asunto parecido, tan análogas las circunstancias que se dirían iguales, tan parecido el asunto, que se reputaría idéntico. Y así es en realidad, sólo que la ocasión ha sido no remota, sino la reciente de su momento de distracción en el que los sentidos han recogido la totalidad de las impresiones y luego la memoria, sin intervención de la voluntad, las ha revelado. Que el centro O se haya interesado por un tema hasta el extremo de inhibirse para el otro, no ha sido obstáculo a que las neuronas poligonales o del psiquismo inferior hayan seguido funcionando a la perfección.

Quedamos, pues, en que la neurona es el cliché y cada neurona lo será para la totalidad de la impresión o, como parece más lógico suponer, para una fracción de ella, ya que es natural estén, además de agrupadas, especializadas ias de cada sentido y, por tanto, que para un solo y elemental recuerdo tengan que establecer relaciones varias distantes correspondientes a distintos sentidos y que, por ejemplo, para la obtención del recuerdo "rosa" se relacionará la olfatoria que nos da su aroma, con la visual que nos ofrece su forma, color y representación gráfica, con la táctil que nos proporciona la evocación de la suavidad del aterciopelado de su corola y el doloroso de la herida de sus espinas, la gustativa,

si se conoce, de su agua destilada o de su melito y la auditiva del crujido de sus pétalos y de su expresión verbal, recuerdo o acto de memoria que, como las cerezas, lleva enredados el de otros recuerdos en serie interminable, verbi gratia: jardín, primavera, amor... a la vez origen de nuevas series, esbozo de las múltiples conexiones que entre sí tienen establecidas las neuronas.

Pues bien, para cada orden de recuerdos, en este cielo estrellado del cerebro, los sistemas de neuronas se agruparían a manera de constelaciones y cada constelación sería uno de los llamados centros conmemorativos.

La Histología, al describirnos la forma de la neurona, ya nos hace sospechar que es un elemento destinado a sostener innumerables conexiones por infinitas vías. Las dendritas, aunque celulípetas, numerosas para cada una de ellas, y los cilindro-ejes únicos, indubitablemente gozan de una pasmosa movilidad, amiboide o plástica, y establecen relaciones con las más distantes por los más intrincados caminos y sólo de este modo podemos columbrar el éxito del trabajo imaginativo que siempre encontraría un cauce inédito por donde llegar a una imagen nueva.

De estos caminos de relación de la neurona unos serán los corrientes, los habituales, los trillados a fuerza de uso, otros, los de excepción, para seguir, los cuales, quizá, sea más precisa la acción directiva de la voluntad emanante del centro de psiquismo superior o suprapoligonal, y habrá que convenir en que las inteligencias más despejadas conocerán mayor número que las torpes, y asimismo los más breves y hasta a veces se permitirán gozar de las bellezas de los más laberínticos, pero también en que todos los puede seguir la memoria, aunque la voluntad inteligente no la lleve de la mano, aunque la conciencia no ejerza su tutela, aunque el centro O se inhiba en absoluto.

¿Cuándo? ¿En qué momento?

En el del ensueño.

¿Qué circunstancias han de concurrir para que tal ocurra?

El óneiros es la representación imaginativa durante el sueño de hechos con todas las apariencias de realidad.

¿Cómo puede tener lugar esta representación?

Mientras se duerme y el centro O se desinteresa y, por tanto, la inteligencia y la voluntad no actúan, la memoria, por causas que luego se apuntarán y de la propia manera que en la vigilia ocurre, según el caso antes citado, sigue funcionando o comienza a funcionar automáticamente, revelando hechos pasados o elaborando procesos inéditos.

¿Qué es preciso para esto? Sencillamente que una neurona —quien dice una neurona, dice un grupo o dice un sistema— permanezca facciosamente conexionada con otras desde la vigilia o establezca una conexión clandestina durante el sueño, y a este dinamismo puede limitarse la representación onírica o transmitirse, por razones de contigüidad, a otros centros conmemorativos que prestarán el matizado incoherente, y de este modo ocurrirá que el ensueño podrá ser verosímil o no, ya que ni la inteligencia ni la voluntad rigen y la conexión es absolutamente caprichosa. Por ejemplo, puede tenerse el ensueño de que un tren de cristal marcha por su vía de trazado ondulado, sobre las olas de un proceloso occéano rojo; ensueño en que la representación de la marcha del tren, la transparencia del cristal, el paralelismo de los carriles, el movimieto de las aguas y el color rojo, son materiales legítimos de los centros conmemorativos, que al asociarse arbitraria y tumultuosamente lograron una representación inverosímil, lo que no quita para que pueda representarse también el ensueño de que "se va paseando con un amigo por un frondoso parque en una mañana de sol espléndido y conversando de las próximas oposiciones", ensueño perfecto, modelo de verosimilitud. Sin embargo, la causa de cada uno de estos ensueños sería de distinta calidad y actuaría en tiempos distintos.

¿Por qué un sistema de neuronas permanece despierto, cuando los demás descansan y es capaz de establecer relación con otros?

Este sistema de neuronas se halla, indudablemente, excitado por una causa que, comenzando a actuar sobre él en la vigilia, continuó actuando durante el sueño, o que teniendo su origen en la vigilia no empezó a actuar hasta conseguido el sueño, o porque decididamente la causa ejerció su acción en pleno sueño, y esto tiene lugar según que las causas del óneiros sean de orden psíquico, de orden tóxico o de

orden físico, respectivamente, aunque se puedan registrar excepciones.

De este modo, una impresión moral, una preocupación pueden comenzar a actuar durante la vigilia, dejando conectados al pasar al sueño los centros conmemorativos correspondientes, tan fuertemente conmovidos, que logran una representación imaginativa, que en este caso será una *reprisse* dramatizada (caso de los terrores nocturnos infantiles); una intoxicación por el café, por el alcohol, por la nicotina adquirida en plena vigilia puede iniciar durante el sueño su acción onírica o provocar tales efectos una sensación desagradable o grata, percibida en pleno sueño por las neuronas del polígono y sin alcanzar al centro O. Por ejemplo, la presión sobre el plexo solar: un trastorno dispéptico, una dificultad respiratoria (adenoideos), los vermes intestinales (tóxicos y físicos a la par), la picadura de un insecto, un calambre, etc.

En el terreno de la teoría en que nos hemos colocado, pertenecerían al primer grupo los que hemos llamado ensueños verosímiles; los de etiología tóxica serían indistintamente verosímiles o inverosímiles, según coadyuvasen a la producción de los psíquicos o fuesen autónomos, y los últimos citados, los de causa física, caerían dentro del campo de la onirodinia y del onirogma.

La duración del ensueño, desde luego, es breve, pero no instantánea, o al menos no siempre instantánea. El recuerdo necesita de cierto tiempo para representarse, aunque la imaginación sea velocísima, y por el caso de la onirodinia o pesadilla todos hemos podido deducir que es perfectamente cronometrable.

En el terreno de la onirodinia cabría situar el sonambulismo, de orden psíquico y motor a la vez, que podría interpretarse, en lo fundamental, como una ampliación del óneiros vulgar a los centros cinéticos poligonales, motivada por una más intensa excitación, en individuos de una especial disposición temperamental o patológica.

El momento propicio para la aparición del ensueño, también en relación con su etiología, sería el del duermevela (transición de la vigilia al sueño) para los de naturaleza psíquica, el de suficiente intensidad tóxica para los tóxicos

autónomos y el de la sensación originaria para los de orden físico.

En estos últimos existe una variante de excepción en cuanto al momento de iniciarse, pues éste no ha lugar en pleno sueño, sino en el período del duermevela. La sensación originaria ejerce su acción cuando el centro O, a punto ya de desinteresarse, es de nuevo reclamado por el mundo exterior, para volver inmediatamente a inhibirse y es, de este modo, como la voz de una persona a medias escuchada, puede hacer surgir la imagen onírica de ella, el sonido de un timbre o de una campana, iniciar el óneiros, encauzándolo en una dirección determinada (el durmiente soñará, por ejemplo, que acaba de fallecer un deudo y oye la campana funeral).

Como ejemplo de la última calidad de óneiros citado, demostración palpable de que en este caso la sensación es anterior a la representación onírica y, a la vez, de curiosa asociación, citaremos el de naturaleza dinámica, muy experimentado, de que caemos al fondo de un abismo, representación que se desarrolla en tanto que el paciente cae involuntariamente del lecho al suelo; ensueño de cuyo estudio o análisis se deduce la enseñanza, por otra parte, del alcance que la intervención del sentido del equilibrio, conmovido en la caída, tiene su etiología.

Ejemplo notable, también de asociación rápida e inopinada de los diversos centros conmemorativos en el óneiros es el que sigue: En una ocasión fuimos testigos del desarrollo de un ensueño de los llamados somniloquios y en el que el paciente comenzó a soñar en alta voz, repitiendo el nombre de "Carmen", varias veces en tono tan imperativo que, para los que sabíamos que tal era el nombre de su sirviente en aquel entonces, no nos cupo ninguna duda de que soñaba llamarla, e inmediatamente, y en brusca transición, comenzó a tararear la marcha de la ópera de igual nombre, asociación muy propia de un melómano, como era el sujeto en cuestión, por una vía de conexión de centros, para él asaz trillada.

¿El ensueño es una manifestación patológica o fisiológica? La respuesta es fácil. Si atendemos a la etiología de su producción, categóricamente y sin reserva alguna, hemos

de responder que su descripción encaja de lleno en la Patología, y así, además, lo estiman los psiquiatras, que lo utilizan como dato del pronóstico.

¿Ejerce el óneiros alguna influencia sobre la psique al retornar el paciente al estado de vigilia, y es o no beneficiosa aquélla? El ensueño, corrientemente no influye de una manera sensible sobre la psique; sus efectos, en este sentido, están en relación con la intensidad dramática del óneiros, con las circunstancias que rodean al paciente al volver al estado de vigilia, y se extinguen con relativa brevedad, ejercen una mayor influencia los de tema desagradable por la especial propensión del ánimo humano al dolor; la sugestión toma parte muy principal en estos efectos y son los enfermos histéricos los que, por su mayor capacidad de sugestión, sufren de manera muy ostensible esta influencia.

Como prueba de este último aserto, nada discutible; además, citaremos dos ensueños de la casuística del malogrado Nóvoa Santos: Una enferma, que soñando que uno de sus hijos se precipitaba desde un balcón, fué presa de gran terror y no pudo dar un paso para acudir en socorro del hijo precipitado; al despertar tenía paraplegía histérica. Otro enfermo sueña que tiene una grave afección del pecho, y desde este momento aqueja neurosis de tipo respiratorio, con disnea objetiva, opresión y dolores erráticos en el tórax y abdomen, sin que pudiera descubrirse lesión orgánica alguna.

Y, ahora, una última cuestión: ¿Cabe hacer al ensueño el honor de un intento de interpretación? ¿Es posible obtener de su análisis algún rendimiento en el orden diagnóstico, especulación muy interesante? Consecuentes con las ideas antes expuestas sobre el origen y mecanismo o etiología y fisiopatogenia del óneiros, creemos firmemente que nada nos es lícito esperar de su estudio en este sentido.

Hagamos la salvedad, antes de finalizar este pequeño trabajo y en descargo de nuestra intención constructiva y no demoledora, que para nada fundamental nos hemos referido al subconsciente, siempre citado de pasada, mas con el debido respeto, y sobre cuya ingerencia en las representaciones oníricas y consiguiente interpretación no tenemos autoridad para tratar. Reservémonos en lo concerniente a este

aspecto o faceta de la cuestión el, en este caso, modesto papel de Faraón y hagan de José los expertos discípulos de Freud.

BIBLIOGRAFIA

Ramón y Cajal.—"Tratado de Histología".
E. Gley.—"Tratado de Fisiología".
Nóvoa Santos.—"Manual de Patología general".
Dr. J. Grasset.—"Tratado de Fisiopatología clínica".
Emmanuel Regis.—"Tratado de Psiquatría".
Dr. Gonzalo Rodríguez Lafora.—"La Fisiología y la Patología del sueño". (Discurso de recepción en la Academia Nacional de Medicina.—Mayo de 1933.)

IGNACIO OLEA,
Capitán médico.

Algunas ideas sobre diversos problemas de la gastropatología

La presencia de sangre en el jugo gástrico extraído para realizar su análisis es muy raro, sea debida a erosión producida por la sonda. Es hecho innegable la presencia de sangre "muy positiva" en un sondaje fácil —con recogida del jugo apenas franqueado el cardias— motivado por plétora gástrica (abundante contenido), por encontrar una contracción del estómago, o por existir hiperperistaltismo con dificultad al vaciamiento; varios procesos gástricos, algunos duodenales y muchos extragástricos, lo producen. Es así hecho real —alejado de toda discusión—, que enfermos con lesiones que frecuentemente provocan Meyer, Weber, Adler, Thévenon y Rolland, etc., positivos (gastritis, ulcus gástrico y duodenal, apendicitis, cirrosis, etc., etc.), con extracción difícil —por vaciamiento rápido y completo del estómago, por haber ingerido insuficiente cantidad de desayuno de prueba (no nos referimos al análisis fraccionado), por quedar escasa cantidad de él, y ésta con poco líquido y mucho

moco, etc., —es decir, que requieren maniobra más grosera y aun movimientos de excitación—, mediante la sonda—del estómago, y con frecuencia la repetición del desayuno, sin que se presente positivismo en la busca de hemorragia gástrica oculta.

1.° La observación y la experiencia ha determinado con perfecta claridad que puede considerarse como excepcional el acertar cuando acusemos a la sonda como productora de la sangre, unas manos muy inexpertas o maniobras poco hábiles —siempre acompañadas de una labilidad del istmo de las fauces, del esófago, o de la existencia de faringitis— sería necesario para difícilmente producirla.

2.° La presencia de sangre acreditada con la firma del especialista o analista alarma al enfermo e inclina considerable número de grados, hacia la lesión ulcerosa, la flecha o criterio orientador del no especializado. Múltiples lesiones ulcerosas, sobre todo en su período de latencia o inactividad, de calma o no inflamatorio —probablemente infeccioso— no la producen en el jugo gástrico extraído; su presencia puede ser debida a varios procesos: cáncer, ulcus, gastritis, hepatitis y lesiones de las vías biliares, apendicitis, tabes, pancreatitis, perigastritis y perivisceritis, tumores cerebrales, poliposis, tuberculosis abdominal, laringo y faringorragias, enfermedades de la sangre, principalmente la hemofilia, como simple episodio de un estado infectivo pasajero y hasta de naturaleza indeterminada, etc., etc. La presencia de sangre oculta ni debe alarmar al enfermo ni tiene el valor que gran número de no especializados la conceden para el diagnóstico de úlcera gástrica o duodenal; pero, atención, la falta de hematemesis, melena y la ausencia de hemorragia oculta en jugo gástrico y hasta en heces, no permite nunca desechar el diagnóstico de lesión ulcerosa.

3.° En la clientela particular, por conveniencia de producir las menores molestias posibles, y en la hospitalaria abundante, por necesidad de ahorro de tiempo, y en las dos, por no aumentar grandes detalles orientadores, por su extraordinaria rapidez, limpieza y hasta belleza, practicamos el sondaje por expresión "espontáneo", sin aspiración ni ulterior lavado. La extracción de jugo gástrico a la hora de la ingestión de 400 c. c. y 60 grs. de pan tostado —desayuno

de prueba, el más frecuente— roza la cifra de 50 a 70 c. c. en individuos normales. Con mucha frecuencia extraemos menor cantidad o no podemos recoger residuo alguno, lo que es debido a las siguientes causas:

A) Hipervaciamiento o vaciamiento rápido del estómago, originado por lesión intrínsica o extrínsica: de la primera, casi siempre es causante el ulcus. La úlcera, en sus primeros tiempos —difíciles, por múltiples causas, de determinación cronológica exacta—, produce con frecuencia, sobre todo en su fase de actividad, hiperperistaltismo, hipermotricidad e hipermotilidad, es decir, hiperquinesia; sino le acompaña dificultad orgánica, casi siempre dificultad espasmódica, puede durar su hiperactividad hasta completo y total vaciamiento gástrico realizado antes del tiempo normal, no pudiendo recogerse nada en el sondaje; si, por el contrario, existe dificultad a su vaciamiento, aun con la triada radiológica mencionada, es frecuentemente extraída la cantidad considerada como normal y hasta mayor volumen. A la larga, el estómago aumenta de tamaño, principalmente por alargamiento de su curvadura mayor y ensanche de su porción vertical —como lo está determinando las recientes exploraciones gastroscópicas y gastrofotográficas—, dando lugar a esas enormes imágenes radiográficas en plato, y una vez realizada la obstrucción pilórica, por aumento de la úlcera; aumento en intensidad o extensión o en las dos dimensiones —profundidad y extensión— de la gastritis; por mayor continuidad de los espasmos o por varias o todas de estas causas juntas el estómago, aunque continúe al principio de la exploración con las características radiológicas mencionadas, a la larga nos demuestra la pantalla cómo se fatiga y cansa hasta caer en asistolia o estado de diástole, realizándose el retardo de su vaciamiento y recogiéndose entonces gran cantidad de jugo gástrico; como hemos dicho, otras veces la hiperquinesia es extrínsica y tenemos hipervaciamiento rápido, con disminución o falta de recogido gástrico, por hiperperistaltismo de etiología irritativa refleja-extragástrica.

B) Hiposecreción: La hiposecreción es motivo de que se extraiga poco jugo gástrico, y hasta de que el sondaje sea negativo.

C) Rigidez e infiltración de la región antral, con invasión y destrucción de las fibras musculares que hace inhibir la contracción del antro pilórico; si la invasión cancerosa ha alcanzado gran parte del estómago —estómagos radiológicamente pequeños y desprovistos de contracciones—, el vaciamiento se efectúa por simple mecánica, vaciamiento en "cascada" o "cafetera".

D) Por haber pasado el tiempo adecuado —una hora— de la ingestión del desayuno de prueba.

E) La deficiente cantidad unas veces, y otras, el residuo suficiente, pero con exceso de moco, que lleva anejo —por no ser atacado, principalmente, por el A. C. L. y A. C. O., y en menor proporción por el A. C. C.— la existencia de trozos groseros de pan, llegan a impedir el sifonaje gástrico: en el primer caso, por impedimento cuantitativo; en el segundo, por obstrucción de la sonda. Soplar por el extremo distal de la sonda para desobstruirla; no olvidar, lo que sucede con harta frecuencia, doblar su parte distal al extraer la sonda, con lo que impediremos que el aire rechace hacia estómago la pequeña cantidad de jugo gástrico introducido en la sonda y que hubiese sido suficiente para practicar el análisis.

F) Naturalmente, que sin franquear la sonda el esfínter cardias, la extracción puede no realizarse; pero un exceso en la introducción del tubo de Faucher ocasiona también su fracaso, en el que intervendrían dos mecanismos: uno, doblarse la sonda al ponerse en forzado contacto con la mucosa gástrica; otro, porque condiciones anatómicas adecuadas del estómago favorezcan que el pico o punta de la sonda por incurvación, con convexidad en curvadura mayor, quede próximo a curvadura menor en su porción antral, y, por lo tanto, a superior nivel y por fuera de la contracción central del estómago. La salida o vómito gástrico por fuera de la sonda, hecho no extraño, puede ser debida a la plétora gástrica de los retencionistas; a estómagos con abundante contenido y gran hiperquinesia, o por sujetos neurósicos fuertemente excitables, en los que por reflejo inadecuado, sin llegar a franquear el cardias, producen ellos mismos el vómito; pero la mayoría de estas poco vistosas extracciones son debidas a exceso de sonda introducida.

G) Venimos observando el siguiente hecho: Enfermos

que siguen correctamente las prescripciones de la toma del té, sin que a la hora consigamos extraer cantidad alguna; adelantado el sondaje, en pocos minutos se extrae el mismo, o al siguiente día notable cantidad; a varias causas puede ser debido, pero someto a vuestra mayor autoridad la coincidencia con un movimiento de evacuación intestinal postdesayunal y preextraccional; el reflujo gastro-cólico, intenso en algunas personas, y que la civilización, con sus relaciones sociales e inconvenientes fisiológicos lo viene debilitando, lo consideramos causante. El peristaltismo intestinal vacía el estómago, así como los movimientos antiperistálticos —cual sucede en la estenosis crónica y aguda intestinal, de diferentes etiologías— produce espasmos y retención y vómitos.

Por lo expuesto parece, a simple vista, derivarse un confusionismo y hasta cierto contrasentido entre los términos hiperperistaltismo y éstasis o rapidez del vaciamiento, y entre hiper o hiposecreción con diferencias en el residuo extraído, pero en realidad éste no existe si todos nos damos cuenta de la intervención de tres factores; quinesia, secreción y facilidad o dificultad, condicionada esta última a lesiones intrínsicas o extrínsicas, entre las que nos podemos topar hasta con compresiones tumorales que impidan la evacuación, causa de que se den todas las gamas mencionadas.

El aumento en la extracción del jugo gástrico es, generalmente, producido por dos causas:

A) Por hipoquinesia, y en grado más avanzado, atonía gástrica; ligero aumento del recogido en los estómagos alargados (mayor tamaño) de los individuos con naturaleza constitucional longilínea, tipo Stiller; mayor abundancia del recogido en las obstrucciones completas o incompletas pilóricas, sea cualquiera su causa productora.

B) Hipersecreción, muy principalmente cuando acontece que le acompaña una dificultad al vaciamiento.

A la cantidad ingerida creemos no puede concedérsele gran valor en la abundancia o escasez del recogido; parece como si existiese una relación directa —no inversa— entre cantidad ingerida y vaciamiento. Física, mecánica y aun fisiológicamente, a una mayor cantidad de desayuno de prueba correspondería mayor extracción, pero experimentalmen-

le parece no existir esta relación tan directa entre cantidad ingerida y extraída; la observación demuestra, no una relación inversa, pero sí muy pequeñas variaciones en la extracción; dentro de los límites consentidos en los desayunos de prueba, parece como si el estómago se adaptase con relación directa a lo ingerido en su vaciamiento.

4.° Fisiológicamente, la evacuación gástrica se hace por eyaculación, es decir, a pequeñas y sostenidas expulsiones o propulsiones; la parte horizontal del estómago es la zona motora y normalmente se va adaptando con suaves contracciones para el perfecto vaciamiento pilórico. El excitante ácido sería necesario para producir la perfecta evacuación gástrica por eyaculación, y la contracción del esfínter pilórico tendría que ir precedida por la contracción del esfínter antro, contracción mucho más duradera, como lo ha demostrado la gastroscopia y gráficamente la gastrofotografía. El esfínter antro tendría, pues, como misión actuar como tónico de la presión intragástrica, es decir, que entre el esfínter pilórico y el esfínter antro quedaría a manera de una cámara a presión más acentuada que la tonicidad del resto del estómago; la contracción, la porción horizontal del estómago propulsa los alimentos a región antral, y la relajación o diástole del esfínter pilórico —por el reflujo alcalino duodenal— permite la salida del quimo gástrico a cabeza duodenal; el sístole, más sostenido, antral, impediría —ya que las contracciones gástricas no son tan seguidas que puedan evitarlo— que el resto del contenido estomacal refluyese a cuerpo del estómago.

Por claro y sencillo principio dinámico tenemos que concebir la influencia de esfínter antro en la eyaculación gástrica. Una cavidad del considerable aforo de la gástrica, aun adaptándose perfectamente a la cantidad ingerida, y llevándola, con suaves contracciones, a cumplir su misión fisiológica, no podría realizar mecánicamente el vaciamiento tan sostenido de sus pequeñas porciones con la exclusiva intervención de un solo esfínter, el esfínter pilórico. No califiquéis, sin meditarlo, de eregía este nuevo concepto que me permito someter a vuestra mayor capacidad científica, y para ayudar la explicación, voy a poner un ejemplo de cierto parecido mecánico: Coged una vejiga o bolsa de cau-

cho, prestarle los músculos de vuestra mano para poder expulsar su contenido; con los dedos pulgar e índice de la mano opuesta, a manera de esfínter pilórico, efectuar el sístole y diástole, y para que se efectúe un vaciamiento similar al gástrico vemos se necesita una contracción ininterrumpida del cuerpo de la vejiga o bolsa, porque si los dedos atenúan su presión —diástole gástrico—, por el píloro de la vejiga no sale nada, el contenido ha refluído a su fondo; es menester que otro compartimiento sostenga la tonicidad proximal al píloro para la normal evacuación gástrica y para no exigir un tan intenso y sostenido esfuerzo a su musculatura, y nosotros asignamos este papel al esfínter antro, que en la gastroscopia expone con tanta frecuencia a confundirlo con el esfínter pilórico. Y en muchas imágenes radiográficas —y esto ha de servir a los radiólogos para el mayor afinamiento en la interpretación de las imágenes— se señala claramente ésta como cavidad prepilórica, que sería la cámara a presión más intensa, y sobre todo más sostenida que el resto del estómago, y quizás en la atonía acentuada, en esos grandes estómagos, radiológicamente en plato, la dificultad al vaciamiento sea en parte debida a la dilatación y consiguiente pérdida de la contracción de este esfínter que figuraría como roto o desaparecido, unido a la consiguiente relajación muscular y atenuación de los pliegues, tanto de la porción vertical como horizontal, de la mucosa del estómago.

5.° *¿Cómo debe procederse para la más correcta introducción de la sonda?*—Hemos de distinguir la sonda blanda, la semirrígida y la metálica; entre las primeras comprendemos la duodenal, la sonda para exploración de toda la cavidad intestinal, y la empleada para los análisis fraccionados; el tubo de Faucher, empleado para la extracción total y lavados del estómago es semiduro, y en la tercera incluímos el gastroscopio y el cilindro gastroscópico empleado para la gastrofotografía; pequeñas diferentes modalidades requieren en su introducción; para las dos primeras, la posición sentada del enfermo es la más usual y conveniente; para la gastroscopia, ya sea con endoscopio rígido o el más moderno semirrígido, y para la obtención de fotografías del interior del estómago, si bien puede el enfermo estar sentado

tiene mayor ventaja situarle en decúbito lateral izquierdo, apoyada la cabeza —fuertemente doblada hacia atrás en forzada extensión— en una almohada, la extremidad derecha en intensa flexión, el brazo izquierdo doblado y el derecho acentuadamente colgando por fuera de la mesa de reconocimiento.

Las sondas blandas son llevadas directamente a istmo de las fauces por el propio peso de la oliva metálica o por dirección de la mano; el ordenar la propulsión de la lengua fuera de las arcadas dentarias, la "lengua fuera" no es necesario para evitar la introducción en laringe —que el espasmo laríngeo lo evita— e impide el movimiento de deglución necesario para tragar la sonda; lo mismo acaece con la introducción del tubo de Faucher; es muy corriente ordenar se saque la lengua, y la lengua, forzadamente fuera de la boca, dificulta la puesta en esófago e imprime un movimiento de contracción a los músculos del cuello, de todo punto inconveniente; para facilitar el sondaje con sonda semirrígida no debe sobresalir la lengua más de un centímetro de los dientes; la introducción de la extremidad flexible de los tubos metálicos debe ser orientada por el dedo índice de la mano izquierda, teniendo el enfermo la boca muy abierta y, como hemos dicho, la cabeza intensamente flexionada hacia atrás.

6.° *Variaciones en el quimismo gástrico.*—Es tan fácil la investigación del A. C. L. de los A. O. y de la A. C. C., que, salvo errores de milésimas, no puede dudarse de la exactitud de cualquier análisis de jugo gástrico. No es posible, pues, achacar a defecto técnico los muy distantes resultados obtenidos en un mismo enfermo, aunque haya sido realizado con escasos días de intervalo, ni en los coeficientes tan diversos, obtenidos en todos los procesos del aparato digestivo; constituye casi una rareza encontrar ulcus, apendicitis, colecistitis, gastritis, cánceres incipientes, etc., con quimismo idéntico en cada uno de sus grupos; como consecuencia, es grande nuestro pirronismo en el valor diagnóstico del quimismo gástrico; sólo como atenuada ayuda para establecer el tratamiento bromatológico y farmacológico y como ligera orientación clínica hacia diversos grupos de procesos ha de servirnos. Su papel más importante queda

limitado a la eufórica sensación de estudio más detallado y perfecto que se le produce a "Su Majestad" el cliente.

En nuestro trabajo "Algunas consideraciones sobre la apendicitis crónica", damos las normas de escasa orientación a que —con muchos errores— nos puede conducir el estudio del quimismo gástrico.

7.° *Quimismo disociado.*—Se entiende por quimismo disociado el predominio intenso —fuera de lo normal— del A. C. L. y A. O. sobre el A. C. C. o el de éste sobre alguno de ellos. Atención, existe quimismo disociado con acidez total, A. T. normal o hipoacidez total. Controlando análisis de jugos gástricos con resultados operatorios, vemos con frecuencia coincidir quimismos disociados con gran gama de *procesos extragástricos.* La hiperacidez, con quimismo disociado, nos orienta —si coincide con historia clínica y exploración— hacia el diagnóstico de apendicitis crónica.

8.° *Acidez.* — Habréis observado quimismo hiperácido sin manifestaciones clínicas que lo hiciesen sospechable, y lo contrario, claros detalles anamnésicos de acidez, ardor, sensación de quemadura, pirosis, con disminución de la cantidad decinormal de sosa necesaria para neutralizarlo, y se da como hecho curioso, que estos enfermos, con disminución analística de su acidez total, pero con síntomas clínicos que hacen sospechar lo contrario, ven calmadas estas sensaciones con los alcalinos, si bien se exacerben sus otras molestias; pero si bajo el control del análisis establecemos un tratamiento por el ácido clorhídrico o el acidol, pepsina fuerte y por preparados farmacológicos a base de eupépticos, logramos un tratamiento más científico y hasta algo etiológico, calmando sus sensaciones gástricas y haciendo desaparecer el resto de sus molestias, de predominio intestinal.

Hace tiempo vengo recogiendo el detalle de notoria coincidencia entre sensación clínica de hiperclorhidria y exclusivo aumento del ácido clorhídrico, combinado con acidez total normal por coincidente disminución del A. C. L. y A. O. o exclusivamente del primero y hasta con hipoclorhidria total, por ejemplo, A. C. L., 0,20; A. O., 0,10; A. C. C., 1,20 ó A. C. L., 0,00; A. O., 0,00, y A. C. C., 0,60, sangre positiva o negativa; naturalmente que un exceso de los tres ácidos producen con gran frecuencia esta sintomatología, si bien

en otros produzcan con síntoma predominante o exclusivo el dolor, con o sin úlcera. *Desearíamos que los padres de la Iglesia, con un crédito del cual nosotros carecemos, comprobasen si la sensación clínica de acidez es debida al aumento del ácido clorhídrico combinado o a su predominio.*

9.° *Diagnóstico diferencial del ulcus gastro-duodenal.*— Entre los profanos no es infrecuente diagnosticar como ulcerosos a enfermos con apendicitis, gastritis, afecciones de las vías biliares o del intestino, neurósicos con irritación predominante del plexo solar; y más frecuentemente el dejar sin diagnóstico una úlcera gástrica, y sobre todo duodenal. Los errores más frecuentes que en la mesa de operaciones hemos visto que han cometido los entendidos son los siguientes:

A) Ulcera serosa gástrica, con adherencias prepilóricas que producen estenosis, acompañada de lesiones discretísimas abdominales, prefímicas o tuberculosas, muy atenuadas.

B) Perivisceritis del lado derecho (del enfermo) con apéndice ligeramente enfermo y adherencias intensas o membranas del ciego y pericólicas, perigastritis, periduodenitis, pericolecistitis; la vesícula, en algunas ocasiones, también está enferma.

C) Apéndice macroscópicamente con intensas lesiones, sobre todo si es retrocólico y ascendente y produce extendidas y fuertes adherencias.

D) Perivisceritis del lado izquierdo (del enfermo), con intensas adherencias del ángulo esplénico del colon a bazo y adherencias en colon descendente, en las que casi siempre se ha encontrado, además, un apéndice atrófico y muy esclerosado. Estas cuatro causas —en las que separadamente se aprecian diversas modalidades— las consideramos como las de más expuesta confusión diagnóstica con el ulcus gastro-duodenal hasta para los especialistas completamente hechos, y nos permitimos llamar aquí la atención para que lleguemos a aminorar el error diagnóstico, por otra parte, de poca trascendencia, ya que los cuatro procesos son tributarios de la intervención cruenta.

10. *Ulceras hemorrágicas.*—Es clásico en algunas escuelas de Patología gástrica asignar una característica específi-

ca a toda úlcera, con predominio sintomatológico hemorrágico, y muy principalmente hace responsable a la sífilis de todo intenso debut gastrorrágico sin sintomatología alguna precedente, y de toda lesión ulcerosa muy sangrante; con cierta tolerancia casuística se presentan estos hechos en nuestras clínicas. Existen casos en los cuales —aún con esta preponderante sintomatología—ha sido imposible encontrar su especificidad; ni antecedentes paternales, personales y de la descendencia; ni la investigación más cuidadosa de sospechable sintomatología; ni que decir que con todas reacciones serológicas negativas, no podemos, sin caer en una lucubración, asignarle esta etiología; nos consideramos en posesión no de un término medio, sino de la verdad científica al exponer que toda úlcera sifilítica, mejor dicho, que toda úlcera crónica, de etiología todavía ignorada, recayendo en un terreno sifilítico, tiene como característica primordial, más acentuada, el producir sostenidas y hasta repetidas fuertes hemorragias, en una de las cuales suele sobrevenir su perforación; pero consideramos que una úlcera alojada en la vecindad de una arteria gástrica (pilórica, gastro-epiplóica derecha, gastro-epiplóica izquierda, coronaria estomáquica) puede, asimismo, dar lugar a intensas hematemesis o melenas. En contra de algunos *negamos la úlcera sifilítica como manifestación terciaria tardía de una sífilis y sólo creemos en la úlcera crónica, recayendo en un terreno sifilítico, muchas veces ignorado.* Estas úlceras, como hemos dicho, tienen una muy llamativa característica hemorrágica.

11. *Importancia de la historia clínica.*—No se le ha dado todavía—y su rango diagnóstico hace que por derecho propio le pertenezca—adecuada individualidad a la historia clínica de los enfermos de aparato digestivo; y así conocemos una historia clínica "patrón" único para las diversas Escuelas, que estuviese asentada en los detalles de trascendental valor diagnóstico y que no son recogidas en las historias generales empleadas. El horario de las molestias, su duración, motivos o remedios por los que son calmadas, ritmo, la intensidad, el tiempo (temporadas o días), su número, el hábito del enfermo tan ligado a nuestros procesos, la obesidad y delgadez (no existe ningún estenosado gástrico obe-

so), características macroscópicas y microscópicas, la múltiple cantidad de análisis e investigaciones, el patrón radioscópico, etc., etc., están reclamando individualización y reglamentación de la historia clínica de los enfermos del aparato digestivo.

Una historia clínica bien recogida nos permite clasificar, con muy pocos errores, los enfermos en gástricos, hepáticos, intestinales, de asa ilíaca y recto, de esófago, o afectos de trastornos digestivos por secuelas de alteraciones del sistema nervioso, etc., y con mucha frecuencia, hasta afinar el proceso patológico de los tan variados en estos tramos. (Véase algún detalle en "Etiología y clínica de la úlcera gastroduodenal"). Pero no es aquí ocasión apropiada de especificar la conveniente anamnesis de los enfermos de mi especialidad. Desearíamos que inteligencias bien capacitadas y menos ocupadas hiciesen una historia clínica patrón perfectamente orientador de los nuevos entendimientos que a esta especialidad están rindiendo el tributo de su trabajo: las Escuelas de los Dres. Gallart Monés, Hernando y Serrada, están en condiciones óptimas para cumplir esta importante y trascendental labor.

A. del Río,
Capitán Médico,
Jefe de la Clínica de aparato digestivo del Hospital de Madrid-Carabanchel.

NECROLOGIA

EXCMO. SR. D. JOSE DELGADO RODRIGUEZ

Inspector Médico de 1.ª clase en situación de segunda reserva.

Nació el día 28 de Febrero de 1853, e ingresó en el Cuerpo de Sanidad Militar, previa la oposición correspondiente, en 21 del mismo mes de 1873 con el empleo de segundo Ayudante Médico, obteniendo en Junio del mismo año el grado de médico primero como recompensa de hecho de Armas (guerra carlista), en el que resultó contuso, estando destinado en el Batallón de Cazadores de Puerto Rico. Pasó en Sep-

tiembre del mismo año al Ejército de la Isla de Cuba con el empleo de Médico primero de Ultramar, alcanzando el grado de Médico mayor en Febrero de 1874 por méritos de campaña. Por antigüedad obtuvo el empleo de médico primero de la Escala general en Diciembre de ese año, y en Febrero de 1880 el de Médico mayor de Ultramar, declarándosele personal este empleo a su regreso a la Península, alcanzándolo por antigüedad en Octubre de 1890. A Subinspector Médico de segunda ascendió en Mayo de 1900, a Subinspector Médico de primera en Octubre de 1908, siendo promovido al empleo de Inspector Médico de segunda en Marzo de 1915 y al de Inspector Médico de primera en Marzo de 1917.

En el Ejército de Cuba estuvo destinado en el Batallón de Cazadores de San Quintín, con el que concurrió a varios combates. En Abril de 1874 pasó a la Isla de Puerto Rico, donde prestó servicio en el Batallón del mismo nombre y en el fijo de Artillería. Vuelto a Cuba a principios de 1880, estuvo destinado en el Hospital de Bayamo como director, Hospitales de Santiago de Cuba y de la Habana y dirección y subinspección de Sanidad Militar de la Isla. Regresó a la Península en Febrero de 1883 y sirvió en el Batallón de Cazadores de Cataluña, quinto Batallón de Artillería a pie, Escuela Central de Tiro de Artillería, quinto Regimiento de Artillería, Batallón de Ferrocarriles; Hospitales de Bilbao, Málaga y Ceuta, como Director. Fué Inspector de Sanidad Militar de la novena región y de la segunda y primera en Comisión, hasta que ascendido quedó en este cargo en propiedad hasta su pase a la reserva. Desempeñó numerosas Comisiones del servicio y estaba condecorado con una cruz de primera clase, roja, del Mérito Militar; otra, blanca, de segunda clase; dos rojas de tercera clase, de la misma orden, una de ellas pensionada; cruz y placa de San Hermenegildo, grandes cruces de esta orden y del Mérito Militar, blanca; medallas de la guerra civil, de Cuba y de Africa.

Su fallecimiento ocurrió en Madrid el día 21 de Marzo último.

El General Delgado deja un gratísimo recuerdo en nuestro Cuerpo por sus excelentes cualidades, y su pérdida ha producido general sentimiento.

Descanse en paz el respetable Inspector.

DON FELIX RUIZ GARRIDO Y SAUCEDO

Subinspector Farmacéutico de 2.ª

Nació en Badajoz el día 14 de Enero de 1874, verificando los estudios en la Facultad de Farmacia de Madrid, y obteniendo el grado de Licenciado en 21 de Junio de 1897.

Previa oposición, ingresó en el Cuerpo con el empleo de Farmacéutico 2.º el 10 de Diciembre de 1897, ascendiendo a Farmacéutico 1.º en Febrero de 1910, a Farmacéutico Mayor en Mayo de 1919 y a Subinspector Farmacéutico de 2.ª en Diciembre de 1929. Prestó sus servicios en los Hospitales de Badajoz, Ceuta, Archena, Mahón, Alicante, Granada, tercer Grupo de Melilla, Burgos y provincia de Albacete, y Farmacias militares de Sevilla y Valencia; desempeñó los cargos de Inspector de Farmacia de la 2.ª Inspección General del Ejército y Jefe de la Farmacia Militar de la 1.ª División, que servía al ocurrir su fallecimiento, el día 22 de Febrero último. Se hallaba en posesión de la Cruz y Placa de la Orden de San Hermenegildo, y había desempeñado diferentes comisiones del servicio.

Su fallecimiento ha producido penosísima impresión entre sus compañeros de Cuerpo, en el que era muy apreciado.

Descanse en paz nuestro estimado compañero.

VARIEDADES

El 15 del pasado llegaron a Valencia, invitados por el Decano del Hospital Provincial, entre otras personalidades de la ciencia quirúrgica española, los Médicos Militares doctores Gómez Ulla, Manuel Nogueras, Sánchez Vega y Martín Santos.

Visitaron el Hospital Provincial, la Cruz Roja y la Facultad de Medicina, y fueron obsequiados con un *lunch* en el primero de los citados establecimientos y con un banquete en el Club Náutico.

Los citados Médicos, en unión de los ilustres cirujanos civiles igualmente invitados a las sesiones quirúrgicas, verificaron interesantes intervenciones.

Por Decreto Presidencial de 24 del pasado, y por haber cumplido la edad reglamentaria, pasó a situación de primera reserva el Excmo. Sr. Inspector Médico D. José González Granda, que ocupó distinguidos cargos en nuestro Cuerpo.

Muy sentida ha de ser la ausencia de la escala activa de nuestro Cuerpo del General González Granda, a quien enviamos nuestro afectuoso saludo.

* * *

Nos ha complacido recibir un artístico azulejo primorosamente ejecutado, con la fotografía de D. Santiago Ramón y Cajal, que la casa Fernández y Canivell, productora del Ceregumil, ha repartido entre la clase médica, cooperando acertadamente al homenaje nacional tributado a la gran figura del eminente Histólogo.

* * *

El ilustre Dr. Marañón, Presidente del próximo Congreso de Historia de la Medicina, obsequió con un té a los Directores de Revistas profesionales, para acordar trabajos preparatorios del mismo.

Seguiremos con mucho gusto dando información a nuestros lectores de tan interesante reunión, para la que reina gran entusiasmo.

* * *

INSPECCION DE SANIDAD.—LICENCIAS

Circular. Excmo. Sr.: Por este Ministerio se ha resuelto autorizar a los directores de los Hospitales, Clínicas y Enfermerías Militares del Ejército, para que, a propuesta de los jefes de Sala de los mismos, puedan conceder un plazo de convalecencia, que no excederá de quince días, a aquellos individuos hospitalizados, al ser dados de alta, cualquiera que sea el número de estancias que hayan causado, y que, por consecuencia de la enfermedad padecida, necesiten para su total restablecimiento un breve período de descanso.

Estas licencias habrán de disfrutarlas, rebajado de todo servicio, en el Cuerpo a que pertenezcan, en el que se habilitará un local adecuado para alojamiento de convalecientes.

Queda subsistente para todos los demás casos lo legislado en esta materia.

Lo comunico a V. E. para su conocimiento y cumplimiento. Madrid, 23 de Marzo de 1935.—*Lerroux*.—Señor...

* * *

El General de Sanidad de la Armada Excmo. Sr. D. Luis Ubeda, ha tenido la atención de enviarnos un ejemplar de las Estadísticas Sanitarias de la Armada Española, correspondientes al año 1933.

Dámosle las más expresivas gracias por la remisión de tan interesante trabajo.

* * *

En el Hospital Militar de Carabanchel se ha celebrado una sesión clínica a cargo del Dr. Milla Barcenilla, asistente al servicio de Fimatología de dicho Establecimiento, que fué presentado por el Director del mismo Teniente Coronel Médico D. Pedro Bouthelier.

El Dr. Milla, que disertó acerca de los problemas diagnósticos entre la tuberculosis pulmonar y las estenosis del orificio aurículo-ventricular izquierdo, fué efusivamente felicitado, interviniendo lucidamente los Sres. Aranda, Cárdenas y del Río.

* * *

El día 6 del corriente tuvo lugar en el Resturant Cataluña, de Barcelona, un banquete en honor del Coronel Médico D. Armando Costa Tomás, que hasta la fecha ha venido desempeñando el cargo de Jefe de los Servicios Sanitarios Médicos de la cuarta división. El acto, al que asistieron todos los Jefes y Oficiales Médicos y del Grupo de Sanidad Militar residentes en Barcelona, transcurrió en un ambiente de franca cordialidad y camaradería.

Al destaparse el champagne, el Teniente Coronel Médico D. José Pastor Pérez ofreció el ágape, en nombre de los concurrentes, enalteciendo la figura del Coronel Costa, contestando el homenajeado con frases de agradecimiento y elogio para sus antiguos subordinados.

* * *

Damos el más sentido pésame al Excmo. Sr. Inspector Médico de primera clase D. Federico Urquidi, por la sensible desgracia de familia que acaba de experimentar.

En la *Gaceta de Madrid* de fecha 11 del mes en curso, número 101, se auncia un concurso-examen para proveer 6 plazas de Médicos vacantes en los Servicios Sanitarios de las Posesiones españolas del Golfo de Guinea. En él podrán tomar parte los Médicos en activo de los Cuerpos de Sanidad Militar, Armada y Sanidad Nacional. Las Instancias deberán dirigirse a la Inspección General de Colonias, dentro del plazo máximo de cuarenta y cinco días naturales, a partir de la fecha de la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*. El sueldo es de 18.000 pesetas anuales más una gratificación de residencia para determinados destinos.

PRENSA MÉDICO-FARMACEUTICA

LA RADIOTERAPIA DEL SISTEMA NERVIOSO SIMPÁTICO. — Los Dres. J. Gouin y A. Bienvenue (*Rev. d'Actinol et de Physiothér*, Septiembre - Octubre 1934, página 388), observaron que la radiación del sistema nervioso simpático, tenía un valor definitivo en la Medicina general, con aplicación especial a la Dermatología. Estas irradiaciones provocan alteraciones nerviosas, glandulares y humorales, semejantes a las inducidas por la cirugía del sistema simpático. La leucocitosis inducida por las irradiaciones, es de valor en el tratamiento de las supuraciones y de las dermatosis infectivas; mientras que sus efectos locales tróficos y circulatorios, son útiles en otras enfermedades de la piel. En la psoriasis, los beneficios obtenidos no son tan grandes; pero se obtiene una mejoría del prurito que se produce en los niños en los primeros períodos del mal. En el asma, asociado con cierto prúrigo, se obtiene una rápida mejoría, después de la reacción preliminar. El método radioterapio puede también ser empleado en la sífilis y en la tuberculosis, juntamente con otras formas de terapéutica específica, cuyos efectos beneficiosos aumentan positivamente. Los rayos X aplicados al simpático en diferentes partes del cuerpo, dan lugar a varias reacciones generales, cuyas áreas son definidas por los autores. De aquí deducen éstos, que esta forma de tratamiento tendrá grandes aplicaciones en el porvenir, pero que al presente la naturaleza polimórfica con que responde el organismo a su acción, según el sitio en que se aplica, no han esclarecido todavía cuáles deben ser sus aplicaciones prácticas definitivas.—*M. M. S.*

* * *

EL TRATAMIENTO DE LOS DIABÉTICOS POR LA INSULINA, por el Dr. E. Grafe.—Teóricamente, todo diabético debe ser mejorado y curado por la administración de insulina, pero en la práctica es lo cierto que la mortalidad por esta dolencia no sólo permanece estacionaria, sino que aumenta. Cierto que en las clínicas ha disminuído la mortalidad por diabetes, pero en la población global las cifras

son idénticas o mayores. Las causas de esta aparente antinomia son varias y conviene tenerlas muy presentes para el tratamiento de pacientes en la clientela domiciliaria.

La insulinoterapia es una terapia sustitutiva, mediante la que se suministra al enfermo una sustancia cuyo defecto en el organismo es responsable de la dolencia. No obstante haberse obtenido insulina cristalizada, lo cierto es que desconocemos su constitución y que sus efectos no corresponden al peso de insulina suministrada; tenemos que servirnos de la valoración biológica y utilizamos las llamadas unidades de insulina. El medicamento que circula en el comercio está garantizado por los organismos que en todas las naciones existen para ello.

Se trata de una sustancia que ejerce sus efectos preferentemente en los enfermos y cuanto más graves, con más intesidad. En el organismo sano son menos manifiestos. Su acción se exterioriza por desaparición de azúcar de la orina, descenso de la hiperglucemia, mejoramiento del consumo de azúcar en el organismo, cese de la destrucción exagerada de los albuminoideos y desaparición de los cuerpos acetónicos y de la lipemia. Su máxima eficacia se observa en el precoma.

Los precomatosos se curan aun en los casos en que existen graves ro cuando el coma se ha instaurado ra cuando el coma se ha instaurado y lleva más de veinticuatro horas, todos los esfuerzos son inútiles, las lesiones son irrevertibles. Esto demuestra la gran responsabilidad del médico en estas ocasiones, pues de su indecisión y pérdida de horas depende muchas veces que el enfermo cure o sucumba. Agrava la situación del médico, el que puede muy bien tener dudas de si se encuentra ante un coma diabético o ante un coma hipoglucémico, cosa no siempre fácil de decidir.

En un coma por hipoglucemia la insulina sería fatal. En la práctica recomiendo dar, primero una inyección de 100 c. c. de glucosa al 10 ó 20 por 100; si a los pocos minutos no mejora el enfermo hay que pensar en el coma diabético e inyectar 50 unidades de insulina con 0,3 de miligramo de estrofantina. El dar al mismo tiempo glucosa es motivo de discusiones, de todos modos si no se dió antes para hacer diagnóstico diferencial, no hay inconveniente en suministrarla. Hecha esta terapia de urgencia, lo mejor es llevar el enfermo a una clínica, pues para un tratamiento hecho a conciencia precisan determinaciones de glucosuria y glucemias hechas de tres en tres horas. De lo contrario se marcha a ciegas con todos sus peligros. Si se rebasa la dosis precisa no es raro que el paciente pase sin transición del coma diabético al hipoglucémico y muera sin remedio. Esto ocurre mucho en los niños que tienen glucemia labil y reaccionan violentamente a la insulina. Una vez que el enfermo despierta es imprescindible dar dosis muy pequeñas y no elevarlas sin un control perfecto de la glucemia.

En las diabetes no complicadas hay que dar insulina cuando con una dieta adecuada no puede hacerse que desaparezca la glucosuria y la acetonuria y se mantiene alta la glucemia. Llamo dieta adecuada la que suministra las calorías nece-

sarias para cubrir las necesidades de un trabajo moderado y, además, contiene 1 a 1 y $^1/_2$ grs. de albúminas y 2 grs. de hidrocarbonados por kgr. de peso del enfermo; de estos últimos, la mitad en forma de pan, patatas o leche.

Se acostumbra en la clínica a implantar esta dieta paulatinamente y ver cómo se comporta el diabético; en la práctica dimiciliaria, lo mejor es implantar la dieta en su pureza desde el primer instante, y si no se obtiene el resultado apetecido, dar a los dos o tres días, 5 a 10 unidades de insulina, como máximo, treinta a cuarenta y cinco minutos antes de las comidas. Algunos prefieren hacer un día de dieta de legumbres frescas antes de dar insulina. Si persisten acetonuria y glucosuria se va elevando paulatinamente la dosis de insulina. Cuanda haya normalidad diurna y glucosuria nocturna habrá que dar dos inyecciones, mas como se trata de un tratamiento largo hay que contar siempre con los nervios del paciente, pues no es igual soportar mil que dos mil inyecciones. En viejos, hipertónicos o pobres que no pueden costearse el medicamento, permito glucemias de 1,7 y glucosurias de 0,5 por 100.

Cuando por exigencias del enfermo o por temores de hipoglucemias hay que suprimir la insulina, no hacerlo nunca de pronto, pues el coma aparece con facilidad o sobrevienen agravaciones inesperadas.

Hay tres indicaciones inexcusables de insulina; 1.ª, sus complicaciones sean cuales sean y por leves que parezcan; 2.ª, las intervenciones operatorias de todas clases, dándola antes y después de la intervención hasta que hayan pasado los efectos tóxicos del anestésico; 3.ª, para evitar intervenciones quirúrgicas en casos de gangrenas incipientes y aun algo avanzadas.

Son varios los inconvenientes de la insulina. En primer término, si en la preparación no se han eliminado por completo las albúminas extrañas, pueden observarse síntomas de anafilaxia. Por otro lado, la insulina tiene cierta tendencia hidrófila, que en algunos cardíacos puede asociarse a la propia de la enfermedad, y dar lugar a edemas: de este modo se han puesto de manifiesto algunas insuficiencias cardíacas latentes. El administrarse únicamente en forma de inyección trae inconvenientes en enfermos nerviosos y, alguna vez, aunque rara, puesto que el paciente, ante el dilema de inyecciones o coma, ha optado por el suicidio. Finalmente, señalaremos el coma hipoglucémico, que si de ordinario se diagnostica bien y se trata fácilmente y con gran éxito, puede muy bien pasar desapercibido por el paciente y por el médico y conducir a desenlaces fatales.

Existen diabéticos insulinoresistentes. Aparte de los glucosúricos, no diabéticos, que no haremos más que mencionar, se encuentran estas resistencias en las infecciones, en viejos y en casos indeterminados. Respecto a las infecciones, se ha dicho que los fermentos bacterianos destruirían la insulina al igual que los digestivos y de ahí la ineficacia mos se ha hablado de lesiones he- del remedio. En los demás enfer- páticas que impedirían a la insulina ejercer sus acciones, pero no se

ha confirmado ninguna de estas hipótesis

Termina el autor llamando la atención sobre los diversos efectos que se obtienen en las clínicas y en la clientela privada. En esta última es más difícil regular su empleo y son más fáciles de pasar desapercibidos los síntomas iniciales de sus malos efectos, especialmente del coma, por lo que los resultados son mucho peores que en las clínicas y hospitales en los que se obtienen resultados muy superiores.—(*Die Medizinische Welt*. 1934, núm. 43).—*F. G. D.*

PRENSA MILITAR PROFESIONAL

¿ES POSIBLE UNA GUERRA BACTERIOLÓGICA?, por L. Sestini. (*Annali de Medicina Navale e Coloniale*. Settembre-Octobre 1934). El problema de la guerra microbiana continúa llamando la atención de médicos y profanos, sobre todo por lo que tiene de incógnito y misterioso. Se han empleado, desde el punto de vista político, absurdos comentarios acerca de esta clase de guerra, distinguiéndose, en cambio, los periódicos médicos por sus bien pensados artículos, escritos con discernimiento.

El General Médico Sestini, en una revista sintética que dió lugar a una conferencia en la Escuela de Sanidad Marítima de Spezia, después de haber recordado brevemente antecedentes de la cuestión, trata de los gérmenes apropiados para ello y de la modalidad de su empleo.

A propósito de la difusión de los gérmenes patógenos, el autor pasa revista a los medios aéreos, artillería, hombres y animales, y describe la instalación en la carlinga de los aeroplanos de los pulverizadores y difusores, y sobre el empleo práctico de la artillería para diseminar los gérmenes. Cita como bacteria agresiva eficiente el *B. pestis* y se detiene también en el estudio de las epizootias y de los factores necesarios para que el germen patógeno aporte la infección, la enfermedad y después la epidemia.

Desde el punto de vista práctico se tropieza con el gran inconveniente de que no se posee ninguna experiencia respecto al hombre, puesto que se ha experimentado sobre animales.

El autor concluye diciendo que la guerra bacteriológica es científicamente posible, pero sus efectos serán generalmente limitados, especialmente en los países de civilización superior; debiendo verificarse en tiempo de paz el entrenamiento en los laboratorios para el diagnóstico clínico y para la perfecta profilaxis de las principales enfermedades infecto-contagiosas.—*J. P.*

* * *

CONDICIÓN SANITARIA DEL EJÉRCITO ITALIANO.—La Dirección general de la Sanidad Militar de dicho país, acaba de publicar un trabajo acerca del estado sanitario de dicho ejército en 1929. En la referida publicación se de-

muestra que la morbilidad, que en 1928 fué de 573 por 1.000, descendió en 1929 a 546. La mortalidad fué de 3,1 por 1.000, lo que prueba una declinación sobre los años precedentes.

La cifra media de hospitalizados fué 20,9 por 1.000. En general, la mayor morbosidad se aprecia entre los recién incorporados, y la menor en la tropa veterana de Infantería. Ella fué más elevada durante el mes de Julio, descendiendo al mínimum durante los tres últimos meses del año. Las afecciones más frecuentes fueron: malestar general (244,9 por 1.000 enfermos), fiebres infecciosas de corta duración y reumatismos musculares.

Entre los soldados hubo 1,9 por 1.000 atacados de fiebre tifoidea, y entre ellos, la mortalidad se elevó a 16 por 100. Los casos de fiebre ondulante ascendieron a 0,1 por 100, sin ocasionar defunción. No hubo casos de viruela; 4,2 por 1.000 de sarampión, con una mortalidad de 0,3 por 100. Los casos de escarlatina subieron a 0,2 por 1.000, con una mortalidad de 3,6 por 100. La gripe presenta una morbosidad de 12,3 por 1.000, con una mortalidad de 0,07 por 1.000. Un soldado fué atacado de lepra. Los casos de enfermedades venéreas tratados en las instituciones sanitarias del Ejército, se elevaron a 25,8 por 1.000; los de malaria a 7 por 1.000, y los de reumatismo articular agudo a 4,1 por 1.000. 2,7 por 1.000 fueron atacados de tuberculosis, entre los cuales 52,5 por 100 lo fueron de aparato respiratorio, y 47,6 de los otros órganos; de los atacados por tuberculosis, murieron 23,7 por 100.

En todos los hospitales reunidos, se verificaron 8.058 intervenciones quirúrgicas. (*Archives Médicales belges*, Juin 1934.—*J. P.*

BIBLIOGRAFIA

El seguro de enfermedad y los médicos, por Severino Aznar, Catedrático de Sociología de la Universidad de Madrid.

Aunque ajeno a nuestra profesión, no en balde el doctor Aznar ha profundizado las sabias doctrinas de Spencer y sus sucesores, buscando en el ambiente médico que le ha proporcionado las conferencias organizadas por la Sección de Ciencias Médicas del Ateneo de Madrid, las sugerencias necesarias para que la suya, dada en dicho centro el 9 de Marzo de 1924, y llegada con tanto retraso a nuestra Redacción, resulte de lo más eficaz y fructífera, tanto en el aspecto no sanitario de la cuestión como en el propiamente sanitario.

El autor recorre los adelantos experimentados en estas interesantes aportaciones en casi todos los países, desde el punto de vista evolutivo, presagiando en un porvenir no lejano la que denomina cuarta etapa de los Seguros sociales sanitarios, la del seguro integral.

La conferencia que nos ocupa forma parte de las Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión y en ella se alude muy laudatoriamente a la contribución a esos estudios proseguida sin descanso (aun en la actualidad) por nuestro veterano Director Sr. Martín Salazar.—*J. P.*

Escuela de automovilismo del Ejército. Tema estudiado y resuelto por los Jefes que asisten al Curso de información para el Cuerpo de Tren.

Trabajo muy completo cuya difusión ha de proporcionar interesantes elementos de juicio a los distintos componentes del Ejército, en lo que afecta a la esfera de acción del Cuerpo de Tren, de reciente creación en nuestro Ejército.

El desarrollo del ejercicio revela importantes datos en cuanto a la preparación y ejecución del recorrido, material, etcétera, y va ilustrado de croquis y gráficos que facilitan grandemente la comprensión del tema.

Agradecemos al Teniente Coronel Sr. Izquierdo la remisión de tan meritorio trabajo que honra por igual a los Profesores y a los alumnos.—*J. P.*

"CEREGUMIL" FERNÁNDEZ

Alimento completo vegetariano a base de cereales y leguminosas.—Mejor que la carne y la leche.

Especial para niños, ancianos, enfermos del estómago y convalecientes. Insustituible, como alimento, en los casos de intolerancia gástrica y afecciones intestinales.

Fernández & Canivel :-: Málaga.