

Revista Médica Salmantina

Año IV

SEPTIEMBRE DE 1908

Núm. 9

Los alienados en Portugal

por el DOCTOR PINILLA

Profesor de Medicina.—Inspector de Sanidad

El verificarse dentro de pocas semanas un Congreso internacional de Psiquiatría en Viena, y el haberse tratado en el Congreso de los diputados de Portugal, el tema interesante de la asistencia hospitalaria de los alienados pobres del país, nos mueven á dar cuenta de lo por nosotros visto y observado sobre estos asuntos en una breve excursión por el vecino reino, y de la campaña caritativa y científica que han emprendido los psiquiatras portugueses.

Hay en nuestro convecino reino médicos de una reconocida autoridad y competencia, pero quizás donde más renombre han conseguido precisamente es en el campo de la neuropatología. Miguel Bombarda, el simpático secretario general del anterior Congreso internacional de Lisboa, es una figura bien conocida en Europa, y citada por sus estudios de Patología nerviosa en libros de medicina que andan en nuestras manos. Bombarda es hoy diputado á Cortes y hace muchos años dirige en Lisboa "*A Medicina Contemporánea*,".

Julio de Mattos y Magalhaes Lemos, son dos neuropatólogos de una grande experiencia ejercitada en el Hospital de Porto llamado del Conde Ferreira, así como Julio Gama, inteligente y activo secretario de esta Institución, y Antonio José de Almeida, el batallador diputado republicano, aunque no especializado en estos conocimientos, es también un clínico eminente, como es

así mismo una verdadera esperanza de la ciencia, si no se empeñase en vivir retirado de los grandes centros, el joven doctor Laranjeira, de quien es un bonito trabajo publicado sobre este mismo tema en la Revista de Porto que dirige y fundó nuestro distinguido amigo Alfredo de Magalhaes, y que se titula "*Porto Médico*,".

Al lado de estos hombres que heredan ejemplos y enseñanzas de psiquiatras nacionales y extranjeros, Portugal cuenta con dos Nosocómios de primer orden para enfermos de sistema nervioso, el Manicómio fundado por el Conde Ferreira en Porto, y el Hospital de Rilhafolles en Lisboa. El primero hospitaliza 758 enfermos, y el segundo 520.

Existen además un Manicómio para hombres: Telhal, para 84 camas; Idanha, capaz para 76 mujeres; y por último la pequeña fundación de Funchal, el Manicómio Cámara Pestana, que solo es capaz para 22 enfermos. Total unos 1.450 enfermos hospitalizados ó recogidos más bien.

Nosotros conocemos tan solo Rilhafolles y Conde Ferreira; considerado como Manicómio, el último es el que merece tal nombre, y constituye un honor para Portugal. Para Portugal como pueblo, por haber sido un hijo del país el que legó tal fundación. No para Portugal-Estado, porque en semejante concepto el Estado portugués no cumple con su deber.

Tienen en efecto razón nuestros convecinos, para recriminar á sus gobiernos por el abandono en que tienen á estos enfermos, y á esta enseñanza clínica. Y hacen bien en haber puesto á la vergüenza pública esta situación en el Congreso de Viena y en la Cámara popular por boca de Julio de Mattos y de Antonio José d'Almeida.

Portugal, con más de cinco millones de habitantes, y contando más de diez mil alienados, debería hospitalizar por lo menos las dos terceras partes.

Se dá el caso vergonzoso de que en 1889 se crearon una serie de impuestos, mediante una Ley hecha con este objeto. Y los impuestos ó gabelas, las recoge el

Estado, y ¡no las aplica al fin sagrado para que fueron creadas!

Desde 1889, en efecto, pagan los portugueses (artículo 8.º de la Ley) derechos especiales sobre los breves y dispensas de matrimonio entre consanguíneos; sobre herencia de títulos nobiliarios, licencias de casas de préstamos; rentas de todas las hermandades y cofradías que pasen de 250 pesetas anuales, sin contar con el impuesto en forma de un sello especial sobre todas las loterías, el importe de los valores recogidos en las casas de juegos ilícitos, el de la tercera parte del producto del trabajo de los presos, y algunos otros impuestos más, que vienen cobrándose nada menos que durante diez y nueve años. ¡Unos cuantos millones! que según ley debieran aplicarse á recoger y curar los enfermos de la mente, y unos cuantos millones que no parecen, y que solo en pequeñísima parte han obtenido aplicación: en la reciente mejora y ampliación del hospital de Rilhafolles, de Lisboa.

Ahora bien, si los Gobiernos en general hubiesen de limitarse á gastar millones y millones en Asilos para locos, más vale que no los malgasten.

Consuélense los portugueses. Allá andan los locos sueltos; entre nosotros están asilados, recogidos, pero sin fruto para la ciencia, y con enorme carga para los presupuestos provinciales. En España también tenemos mucho que andar.

Es verdad que son buenos Manicómios el de Carabanchel, de fundación particular del doctor Ezquerdo, el de San Baudilio de Llobregat, San Gervasio de Casolas y Nueva Belén, cerca de Barcelona; y son regulares el de Ciempozuelos, á cargo de los Hermanos de San Juan de Dios, los de Santa Isabel, en Leganés y el nuevo de Valencia; pero quedan en quince capitales de provincia otros tantos Manicómios pagados por el presupuesto de las Diputaciones, que son refugio de locos, pero no lugares de tratamiento de enagenados, ni casas de educación moral y física, ni sitios de seguridad y preservación.

También en España hace falta meter en la cabeza de las gentes y en el pensamiento de los Gobiernos, la necesidad de crear cátedras de Psiquiatría, y de que no crean que el aislamiento del loco es la secuestación, sino la liberación del pobre enfermo del medio en que viven y donde su dolencia fué originada, la sustracción á la influencia eletérea de las causas externas que representan un gran coeficiente ó la totalidad de las causas de su locura, que no confundan la cárcel celular con el frenocómio.

También, también en España hace falta propagar las nuevas ideas del *non restraint* aplicable cada día á mayor número de dementes. También hace falta echar abajo los depósitos de locos, más que hospitales que tenemos en tantos sitios.

Nuestra situación, la situación de España frente á este problema no es tan mala como en Portugal, pero no es buena tampoco.

Y advertamos que en uno y otro país, lo mejor que existe en la materia es obra individual, de iniciativa privada.

¡Ah! y en Portugal como en España, nos falta una estadística nosográfica de la locura. Averiguado, á poco más ó menos el *quantum*, se ignora la clasificación de las locuras, las variedades predominantes, el mapa en fin, de esta plaga social, base firme, como dice el doctor Larangeira, de una terapéutica social é individual.

A este fin debían responder las estadísticas de morbilidad que á la clase médica encomendó la Instrucción de Sanidad de 1904, y que tan mal cumplen los médicos en general, no facilitando los datos convenientes á los Inspectores Sanitarios municipales ni provinciales.

UNA HIPÓTESIS*La circulación fetal
de las glándulas suprarrenales*por Antonio Bondía

Alumno del sexto año.

Las hipótesis en Medicina, como en todas las ciencias, son altamente importantes. El investigador necesita de ellas si quiere explicarse el porqué de todas las cosas que observa; no importa que al explicarlas lo haga bien ó mal. Una piedra, pequeña y cubierta de polvo, estática en un lugar, no llama la atención de nadie; si un pasajero la recoge y la lanza al espacio posee por el momento una fuerza viva capaz de trastornar al universo en más ó en menos cantidad, según el sitio en que caiga.

Los estudiantes de Medicina de España se van á reunir en un Congreso para tratar de la mejora en los procedimientos de enseñanza. Todos, unánimemente, van á votar por la enseñanza clínica, en desperjuicio de la teórica. Y eso será, á mí entender, una promesa ventajosa para el médico, pero también una grave amenaza para la ciencia médica española. Bien está que se quede uno en su casa, pero después de haber recorrido todo el mundo; la clínica, sí, pero después de haberse fortalecido en el cuarto de estudios. Cajal entró triunfante en Madrid; pero, ¿de dónde vino?; de un pueblo, de un gabinete silencioso y abandonado, donde con febril impaciencia hojeó toda clase de libros. Para saber es preciso antes educar la vista.

Sería un error si los estudiantes españoles se decidieran por ese procedimiento de enseñanza. Y más en España, donde, pese á quien pese, por el clima, por el temperamento, por mil cosas, somos más adecuados para la hipótesis, para el sueño, y no para la actividad curandera. Un español descubrió el vanadio; al poco tiempo lo obtuvieron los extranjeros y negaron enton-

ces el descubrimiento del español; y éste en vez de defenderse, dijo que estaba bien, que no le molestaran. Renunció á la gloria para que lo dejaran en paz.

Esa es la característica del español; por una ley de compensación entre la voluntad y la inteligencia, de la cual me ocupé en uno de los números anteriores de esta Revista, el español *hace*, mejor dicho, descubre echado en la cama, y luego se cruza de brazos, sin pregonar el descubrimiento, sin defenderlo tan siquiera.

He aquí una hipótesis. Es una piedra pequeña y cubierta de polvo. Yo la lanzo. Puede caer en sitio poblado y hacer sangre; puede hundirse en el oceano y permanecer para siempre en el fondo de los mares después de haber removido la superficie de las aguas con ondas que nazcan tal vez para morir al poco rato.

* * *

Disecando un día en un gato recién nacido me encontré con que la arteria capsular superior, rama de la diafragmática inferior era bastante voluminosa, tanto que se distinguía fácilmente, cosa bastante difícil en un gato recién nacido y con una arteria de tan escasa importancia. Los libros de texto, al hablar de la anatomía de esta arteria, dicen que algunas veces es bastante voluminosa. Sabido es que las cápsulas supra-renales tienen tres arterias: la superior, la media y la inferior; los libros dicen que esto es así para asegurar el riego de un órgano tan importante. ¿Para asegurar el riego? Importante es el riñón y el hígado y no tienen más que una. Busquemos el origen de ese riego exuberante en el feto.

Las cápsulas suprarrenales son, después del hígado y el timo, los órganos más desarrollados en el feto. Esto no tiene nada de particular si se tiene en cuenta que una de las secreciones de estas glándulas es la lecitina, esa grasa que tanta importancia tiene en el desarrollo y crecimiento del individuo. Lo que sí tiene de particular es que esos órganos no reciben la sangre suficiente, no en cantidad, sino en calidad, para cumplir con tan-

ta función como tienen. Porque hay que fijarse en la circulación fetal. La sangre, procedente de la placenta, entra en el feto por la vena umbilical, y el primer órgano que riega es el hígado; éste recibe, pues, sangre completamente arterial; cosa que está en conformidad con la importancia de ese órgano en el feto. Después, esa sangre arterial se mezcla con la sangre venosa—bien es verdad que en pequeña cantidad—de la vena cava inferior; entra en el pecho ya impurificada, aunque poco, y riega el timo, el corazón, órganos que funcionan en el feto y que necesitan por consiguiente sangre más ó menos arterial. Pero en el corazón la sangre se mezcla por completo, se impurifica, del corazón derecho pasa directamente al izquierdo, de la arteria pulmonar á la aorta; y cuando ésta, descendiendo, entra en el abdomen, lleva ya sangre en su mayor parte venosa, apta solo para el lento crecimiento de las extremidades y de los órganos contenidos en el abdomen que, como el riñón, los intestinos, etc., no funcionan ó no necesitan para su función sangre exclusivamente arterial. Tanto es así que de la aorta abdominal emergen las arterias umbilicales que son las encargadas de conducir la sangre venosa á la placenta para su pronta y completa purificación. Y de la aorta abdominal nacen las arterias capsulares. ¿Se concibe que un órgano tan importante en el feto como la glándula suprarrenal, que está encargada de la secreción de la lecitina, el cuerpo del cual depende el crecimiento y desarrollo de todo el organismo, reciba sangre venosa un poco arterializada y pueda con ella y solo con ella, cumplir con la compleja y variada fisiología que abarca en sus dominios? Que el riñón reciba esa sangre bien está; porque él, de hacer algo, solo cumple con la función antitóxica, y para ello con poca sangre arterial le basta. Pero en las glándulas suprarrenales no es solo una función antitóxica, es, además, una función formadora y formadora de grasas; y para esc necesita oxígeno, mucho oxígeno. Yo no concibo esa circulación venosa en tal órgano y en tal edad de la vida.

Por eso fué un rayo de luz para mí el encontrarme con aquella arteria capsular superior tan desarrollada. Porque esa arteria procede de la diafragmática inferior y ésta se anastomosa con la diafragmática superior y con las esofágicas, y por intermedio de una y otra con las tímica y mamaria interna; con arterias, en fin, de sangre mucho más arterializada. Y así se concibe la circulación fetal de las cápsulas suprarenales: pues de ese modo recibe sangre tan arterial como la que recibe el timo, el corazón y el hígado, aunque no tanto como éste; órganos todos que tienen en el feto la primacía de función y que deben recibir por consiguiente sangre arterial pura ó poco impurificada.

Esa es la hipótesis, aunque de escasa importancia. El caso es éste: ¿las cápsulas suprarenales tienen tres arterias para que así el riego esté asegurado, en cantidad, ó al contrario, es así porque necesita de todas ellas y en calidad, pues la sangre en el feto es distinta en unas y en otras?

Yo creo esto último.

Y puede ser...

Primer Congreso nacional de la tuberculosis en Zaragoza

En atención á la importancia de esta Asamblea científica próxima á verificarse, damos á conocer á nuestros lectores las Conclusiones de las Ponencias y Memorias más notables que se han de discutir en ella

He aquí esos temas y conclusiones:

TEMA

Mecanismo de la inmunización tuberculosa consecutiva á inyecciones de tuberculina.

Conclusiones

1.^a Individuos diagnosticados de tuberculosis abiertas reaccionaron todos de un modo típico á las inyecciones de tuberculi-

na. De sesenta individuos tratados reaccionaron cincuenta y cinco á las primeras cinco dosis inyectadas. (Las dosis no fueron mayores de 1 mg.)

2.^a Aquellos individuos afectos de tuberculosis abiertas en periodo de estadio de la curación, pierden la hiperestesia provocada por las inyecciones de tuberculina.

3.^a Sobresale de una manera manifiesta de los datos que apunto al principio que existe una estrecha relación entre la reacción mínima á la tuberculina y el periodo de estadio de la enfermedad, en el sentido de que cuanto más avanza el periodo curativo más disminuye ó se debilita la reacción mínima á la tuberculina.

4.^a Las modificaciones acaecidas en el organismo inyectado después de varias inyecciones de tuberculina, modificaciones que eran consideradas como resultado de la acumulación de efectos de ésta, deben ser consideradas como hiperestesia del organismo.

5.^a La hiperestesia es un estado de la inmunidad. Del mismo modo que con la toxina antidiftérica, puede con la tuberculina alcanzarse voluntariamente con la elección de las dosis, bien la hiperestesia, bien la inmunidad.

6.^a Con la administración continuada de pequeñas dosis de tuberculina se consigue tanto en enfermos leves como en los graves, un estado prolongado de la hiperestesia. Administrando tres ó cuatro veces la misma dosis de 1,10 ó 2,10 de mg., se observa sin excepción en los positivamente tuberculosos que la intensidad de la reacción desciende extraordinariamente. La primera excitación, igual cuali y cuantitativamente las siguientes, prueba el cambio operado en el organismo en el sentido de descenso de la onda excitante.

7.^a La hiperestesia depende en primer lugar de las dosificaciones de las inyecciones y subsiste más tiempo que la inmunidad.

8.^a El valor diagnóstico de la hiperestesia debe ser comprobado por nuevas experiencias sobre individuos no tuberculosos.

9.^a Reacción febril y reacción inmunizadora no son en ningún modo idénticas, porque pueden presentarse de un lado inmunidad sin reacción febril y de otro reacciones repetidas sin alcanzar inmunización.

10. Para conseguir la inmunización en enfermos graves se

precisa un tratamiento continuado largo tiempo y un gran número de inyecciones (cociente de inmunidad) y por consiguiente cuidar de administrar siempre igual dosis mínima.

11 Las observaciones apuntadas demuestran que la terapéutica isopática de la tuberculosis dados los actuales medios de tratamiento es lo más racional.

12. La reacción á la tuberculina se basa en la hiperestesia del organismo tuberculoso.

13. Para la comprobación del efecto terapéutico de las inyecciones hay que tener presente que la penetración de los bacilos en los leucocitos nucleados (con uno á tres) tiene lugar: a) En enfermedades ó procesos tuberculosos crónicos; y b) En las agudas que se inclinan á la curación. (La penetración del bacilo en el leucocito significa la próxima desaparición de éste de los esputos).

Ponente, *Dr. Cándido Navarro Vicent.*

TEMA

Algunas consideraciones acerca del pronóstico de la tuberculosis pulmonar.

Conclusiones

1.^a La tuberculosis, á semejanza de otras enfermedades infecciosas, origina buen número de casos frustrados, atenuados ó de evolución tórpida que son susceptibles de curación. Esta curación se verifica muchas veces espontáneamente.

2.^a Hasta el momento actual no cuenta la Terapéutica con ningún recurso para curar la tuberculosis; pero sí para favorecer las naturales suspensiones del proceso morboso que colocan al enfermo en condiciones de poderse curar.

3.^a Considerada la tuberculosis como una abstracta entidad morbosa podemos considerarla como la más curable de todas las enfermedades infecciosas; en Clínica, los tuberculosos se curan muy rara vez, y cuando tal vez sucede, no puede el médico vanagloriarse del resultado, pues desconoce si perdurará y tiene la convicción de que los recursos higiénicos y terapéuticos empleados han sido meros auxiliares de las defensas orgánicas (alexinas, agresinas, etc.)

Ponente, *Dr. Antonio Piga.*

TEMA

Tratamiento de la fiebre de la tuberculosis

Conclusiones

1.^a Que, cuando por la cura de reposo al aire libre en la vivienda ó en el hospital, empleada de modo sistemático y prolongado, no se consiga resultado favorable en el tratamiento de la fiebre de los tuberculosos, debe acudirse á la ayuda de los medicamentos, conocidos como antipiréticos.

2.^a Que de todos los medicamentos de este género utilizables en otras fiebres, solo en las formas agudas ó subagudas de la tuberculosis pulmonar y en los estados febriles relacionados con un estado congestivo ó debidos á accidentes agudos intercurrentes de la misma enfermedad, pueden y deben emplearse, la criogenina, la quinina y el canforato de piramidón, solos ó asociados y con las limitaciones derivadas de sus efectos.

3.^a Que en las formas febriles de la tuberculosis pulmonar crónica, sola ó asociada, no debe de emplearse otro tratamiento para combatir la fiebre, que la criogenina á dosis, nunca superior á setenta y cinco centigramos á un gramo diario y éste durante el periodo apirético, y

4.^a Con el uso de los demás medicamentos anti-piréticos, los tuberculosos febriles no se benefician nunca y con la mayoría de ellos se perjudican.

Ponente, *Luis Fuentes*.

TEMA

La tuberculina en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar

Conclusiones

1.^a El empleo de la tuberculina produce, en los casos apropiados, mejores y más duraderos resultados que todos los demás medios de tratamiento.

2.^a Las tuberculinas de Koch se han mostrado en la práctica más eficaces que las de otros autores, y merecen ser preferidas, sin perjuicio de emplear otras más débiles como tratamiento previo, cuando aquellas sean mal soportadas.

3.^a El empleo de la tuberculina en los casos iniciales suspendiendo el desarrollo del proceso en un tanto por ciento elevadísimo de casos, merece ser erigido en tratamiento sistemático de la tuberculosis incipiente.

4.^a En estas condiciones la tuberculina, suspendiendo el desarrollo de la enfermedad, impide los ulteriores contagios y constituye por lo mismo un medio profiláctico de la mayor importancia en la lucha social contra la tuberculosis.

Ponente, *Verdes Montenegro*.

TEMA

Tratamiento quirúrgico de la tisis pulmonar

Conclusiones

- 1.^a Que la tisis es un resultado.
- 2.^a Que no es necesario el tubérculo para ser tísico.
- 3.^a Que aun siendo el enfermo además de tísico tuberculoso, es posible la curación radical y completa.

4.^a Que existe un procedimiento quirúrgico para la curación de la tisis pulmonar, sea ó no tuberculosa, usado por mí desde el año de 1886 y del cual no tengo noticias de que nadie lo haya usado ni antes ni después, cual es «La resección pulmonar.»

Ponente, *Hoyos Marfori*.

TEMA

Medios contra el contagio tuberculoso en los niños

Conclusiones

1.^a La tuberculosis no se hereda, lo único hereditario es cierto grado de predisposición.

2.^a El niño adquiere la tuberculosis principalmente por contagio por sus padres.

3.^a El niño desde que nace debe ser separado de los padres tuberculosos ó presuntos tuberculosos.

4.^a Las vías por donde principalmente adquiere el niño la tuberculosis son: la respiratoria y la digestiva, no siendo menos interesante la cutánea.

5.^a Evitar las enfermedades infecciosas es el medio más principal contra el contagio tuberculoso

6.^a La lactancia debe ser en lo posible natural, materna cuando en la madre no exista indicio de tuberculosis, mercenaria cuando haya sospechas en la madre, en este caso la nodriza debe ser sometida á un reconocimiento detenlo y en los dos casos,

después de ser sometida la leche á un análisis químico y micrográfico.

6.^a La lactancia artificial debe desecharse, y en caso contrario utilizar animales cuya leche sea la más parecida á la de mujer y siempre después de un reconocimiento detallado y servirse del mismo animal todo el tiempo que dure la lactancia.

8.^a Paseos diarios al aire libre y durante las horas de sol.

9.^a Cuando el niño va á la escuela, se procurará sea de locales amplios, bien ventilados y soleados.

10. Permanecerá el menor tiempo posible en lugares cerrados.

11. Por una inspección minuciosa y frecuente, serán separados de las escuelas todos los tosedores ó sospechosos tanto alumnos como profesores.

12. No se fatigará la inteligencia del niño.

13. La única sociedad del niño es el campo y espectáculos al aire libre.

14. La única ocupación los juegos higiénicos.

15. Y en todos los casos, aire, luz y alimentación, son los medios contra el contagio tuberculoso en los niños.

Ponente, *Dr. Eduardo Pastor.*

TEMA

La inspección de los niños tuberculosos en las escuelas

Conclusiones

1.^a La lucha antituberculosa es un problema social de la más alta importancia y á ella debemos contribuir los médicos, los sociólogos y los gobiernos, unos dando consejos y los otros los medios necesarios para realizarlos.

2.^a Los gobiernos de todos los países deben consignar en sus presupuestos las cantidades necesarias para atender á las reformas higiénico-sanitarias que se hacen precisas.

3.^a La tuberculosis es muy frecuente en la infancia y su mortalidad excede con mucho á la de cualquiera de las demás enfermedades.

4.^a La depauperación orgánica ya sea congénita (herencia) ó adquirida (falta de luz, de aire, de alimentación y exceso de trabajo) son la causa del desarrollo de la tuberculosis, tomando en ello

mayor parte las condiciones del organismo que la especificidad del bacilo.

5.^a El bacilo tuberculoso penetra en nuestro organismo por vía respiratoria, digestiva, cutánea y mucosa.

6.^a Se hace preciso el establecimiento de la inspección médica de las escuelas, no limitándose á examinar las condiciones higiénicas de las aulas como dispone la vigente instrucción general de Sanidad, sino también éxtendiendo su acción al mismo niño y á todo lo que con él tenga relación, dictando reglas para prevenir el contagio.

7.^a Al ingresar un niño en la escuela debe hacerse su hoja antropométrica consignando en ella la edad, naturaleza, alimentación que disfruta, habitación donde vive, estatura, peso, perímetro torácico, capacidad vital pulmonar, estado de los ganglios linfáticos, de las amígdalas, del hígado, del bazo y del quimismo urinario, anotándose en ella todas las variaciones que se observen en las visitas quincenales ó mensuales que deberán practicarse.

8.^a Es preciso disminuir el trabajo del niño reglamentando la edad para el ingreso en la escuela que no debe ser antes de los seis años, limitando el número de horas de permanencia en la escuela, conforme á su edad, distribuyéndolas de manera que queden suficientes espacios de descanso y combinando el trabajo intelectual con el físico mediante ejercicios adecuados.

9.^a Siendo la tuberculosis curable, la inspección debe tender á conseguir un diagnóstico precoz que al mismo tiempo que haga aquélla posible, prevenga el contagio.

10.^a El diagnóstico precoz de la tuberculosis debe fundarse principalmente en el estado de los ganglios linfáticos en los síntomas recogidos del aparato respiratorio, en el quimismo urinario y en la oculto-reacción con tuberculina al 1 por 200 ó por 150 como máximun.

11.^a A los niños sospechosos debe señalársele un sitio separado en el mismo local y para los diagnosticados deben construirse grupos escolares con condiciones especiales; procurando la formación de colonias escolares

12.^a Debe insistirse en que las escuelas se construyan con arreglo á lo establecido por la higiene respecto á estos establecimientos, dotándolos de los servicios necesarios, de mobiliario adecuado á la edad del niño y del suficiente número de escupideras colocadas convenientemente.

13.^a El material de instrucción (libros, plumas, lapiceros, etc.) deberán ser nuevos para cada alumno, destruyéndolos cuando no les fuesen necesarios.

14.^a La inspección médica debe extenderse al Maestro ó personas que con él habiten en el local de la escuela, consignándose en un libro especial las condiciones de salud, de los mismos, así como de las alteraciones que en ella ocurran, no dando posesión á ningún Maestro tuberculoso.

15.^a En las escuelas debe dárseles á los niños nociones de lo que es la tuberculosis, medios de contagio y medidas encaminadas á prevenirla y combatirla, siendo muy conveniente escribir libros de lectura donde vayan consignados estos preceptos.

Ponente, *Dr. Felipe Saenz de Cenozo*

TEMA

Mortalidad infantil por tuberculosis

Conclusiones

1.^a El estudio de la mortalidad infantil por tuberculosis nos da á conocer, si no la totalidad, una parte principalísima del problema médico y social de esta enfermedad.

2.^a Siendo indispensables las estadísticas de mortalidad tuberculosa, conviene fomentarlas, publicarlas y sobre todo perfeccionarlas.

3.^a Puede admitirse razonablemente que el término medio de la mortalidad infantil urbana para tuberculosis es el *quince por ciento* de la mortalidad infantil total.

4.^a Conviene unificar la nomenclatura de las cosas tuberculosas en los certificados de defunción, usando siempre el nombre de tuberculosis, y aun distinguir estos certificados por un diferente color del papel.

Ponente, *Dr. Borobio*.

TEMA

El crecimiento y la tuberculosis

Conclusiones

1.^a El crecimiento puede considerarse como una *edad crítica* para el niño.

2.^a El crecimiento prepara el terreno orgánico para la infección tuberculosa.

3.^a Esta predisposición que el crecimiento favorece siempre, y aun quizá puede crear, para la tuberculosis, está demostrada por los hechos.

4.^a Tal *predisposición* se explica por el mayor gasto de energías y la consiguiente disminución de resistencias orgánicas, que determina el crecimiento, sobre todo cuando es excesivo.

5.^a Debe cuidarse más esmeradamente que nunca la salud de los niños que crecen, disminuyendo en lo posible sus fatigas, así físicas como intelectuales y morales, y aumentando la cuantía de sus ingresos nutritivos.

6.^a En tal sentido obran sobre el niño y son de recomendar, la buena alimentación, el reposo prolongado, el descanso intelectual, la estancia en el campo, las colonias escolares, etc.

Ponente, *Dr. Borobio.*

TEMA

Selección de los niños pretuberculosos

Conclusiones

1.^a En mi opinión, el estado pretuberculoso no existe. Aún cuando la *herencia de grano* y la *herencia de terreno* parece que inducen á admitir, por esta última, la pretuberculosis, desde el momento que es un hecho inconcuso que ni el atleta más vigoroso, ni el niño más endeble están libres del ataque, gozan de inmunidad contra el bacilo tuberculoso, todas las personas deben ser consideradas por igual como víctimas posibles de la tuberculosis, y por tanto, la selección, como prueba de profilaxia, debe alcanzar á todos los niños.

El estado tuberculoso debe considerarse como una *tuberculosis latente* en la cual el organismo realiza débiles actos de protesta, producen síntomas vagos é indeterminados, como el enflaquecimiento, la fiebre con hipertermia é hipotermia, anemia hemoglobínica, clorosis etc., estados que después de algunas semanas, de meses ó de años, cristalizan en una tuberculosis articular, vertebral, visceral ó celutitis extensa.

3.^a Es muy importante la selección en los niños con tuberculosis latente; ya que la tuberculosis en las diversas formas mata á

muchos niños; ya que muchos niños que escapan á la tuberculosis, mueren en la adolescencia ó en la edad adulta por tuberculosis pulmonar; ya que es idea corriente el que muchos adultos han contraído la tuberculosis durante su infancia, es en la niñez cuando se debe averiguar si hay ó no barruntos de tuberculosis. Porque como el problema terapéutico de la tuberculosis no está resuelto, ni hay por desgracia vislumbres de que se resuelva en plazo breve, es preferible buscar por algún medio preventivo la manera de conferir al hombre cierta inmunidad contra el gran azote. De aquí surge la inmensa utilidad de la selección.

Para llevar ésta á cabo tenemos dos métodos:

1) Clínico: el examen de la hipotermia persistente y alterante con hipertermia proceso descrito por mí en 1895; la auscultación de la región cervical y de las cuatro primeras vértebras dorsales, por si se oye el *cuchicheo* y la *broncofonía* descritas por D'Espine, la percusión á nivel del mango del esternón y el examen de la micropoliadenopatía.

2) Experimental: la exploración de la sensibilidad tuberculosa, ya por la reacción oftálmica ya por la reacción cutánea. Estos hacen innecesaria la inyección de tuberculina.

4.^a Si con el método clínico y el experimental se adquiere el convencimiento de que hay tuberculosis en un niño, sin pérdida de tiempo se le separará de la comunidad para que deje de ser un peligro para los demás, y porque por la rusticación y todos los medios de eficacia probada puede ser inmunizado ó rehabilitado contra la tuberculosis.

Ponente, *Dr. Martinez Vargas.*

TEMA

Vías de introducción de la tuberculosis en la infancia

Conclusiones teóricas

1.^a Que la tuberculosis en la primera edad tiene un origen congénito, sobre todo en la que se manifiesta en los dos primeros años de la vida. Y se observa en niños criados al biberón con leche de cabras ó con esterilizada ó con nodrizas no tuberculosas.

2.^a Es una vía de entrada importante la vía mucosa, nasofaríngea, en la edad en que los recessus linfoides del anillo de Waldeyer tienen su apogeo ó están hipertrofiados.

3.^a Debe admitirse la vía de ingreso intestinal sin pretender que sea la predominante, y menos debe creerse mientras no se demuestre la identidad de las tuberculosis humana y bovina.

De estas premisas teóricas puede llegarse á estas

Conclusiones prácticas

a) El matrimonio entre tuberculosos, cualquiera de los cónyuges, debe impedirse. En su imposibilidad, se hará comprender á ambos el peligro de su prole.

b) Debe tratarse intensivamente la tuberculosis de la madre embarazada, teniendo en cuenta la disminución de las toxinas bacilares, agentes degenerativos.

c) Trátase como enfermedad grave todo coriza infantil, extírpense las vegetaciones hipertróficas contemporícese con las amígdalas que no dificulten la respiración y caigan en sujetos fuertes, pero extírpense en los debilitados, aun no dificultando esas funciones.

d) Apártese á la prole de un lugar tuberculoso.

e) Impídase usar en el biberón leche de vacas sin esterilizar. Favorézcase la vida de las «Gotas de leche» que cuando menos facilitan leche prácticamente estéril.

f) Oblíguese á las prácticas de gimnasia sueca en todas las escuelas y pídase al gobierno instituya la obligación en los maestros de destinar dos tardes á la semana para paseos escolares.

g) Propáguese la idea de municipalizar los baños y duchas á precios económicos.

Ponente, *Dr. Pinilla.*

TEMA

Gotas de leche y tuberculosis

Conclusiones

1.^a Las «Gotas de leche» establecidas con arreglo á las instrucciones de su ilustre fundador, son un arma poderosa, según lo prueban los hechos, contra la mortalidad infantil é indirectamente contra la tuberculosis, una de sus principales causas.

2.^a Conviene favorecer su desarrollo, encauzando en tal sentido los sentimientos filantrópicos, porque su instalación es sencí-

lla, poco costosa y los beneficios que proporciona á la humanidad verdaderamente útiles.

Ponente, *Avelino Benavente*.

TEMA

La leche de vaca y la tuberculosis del niño

Conclusiones

1.^a Es posible el contagio del niño por ingestión de leche de vaca no esterilizada.

2.^a Para preservarle, actualmente la ciencia puede solo aconsejar el uso de la leche de vaca esterilizada, apreciando, no obstante, sus múltiples inconvenientes respecto á su digestibilidad disminuida por las modificaciones que el calor imprime á sus elementos integrales.

3.^a *adicional*. Estando bastante generalizado entre nosotros, por no poder contar con leche de vaca, en buenas condiciones y en abundancia, el uso de la leche de cabra, es conveniente aceptar la esterilización de la de vaca como accidental, y dirigir nuestros esfuerzos á corregir la variable composición de aquella, en manteca y en caseína con una alimentación apropiada y una buena selección de razas, á fin de poderla recomendar, *cruda ó pasteurizada*, para la lactancia artificial de los niños, por ser su composición más parecida á la de la leche de mujer y no poder propagar la tuberculosis, siempre que se encuentre un medio práctico de ordeño aséptico.

Ponente, *Dr. Juan Coll y Bofill*.

TEMA

Las enfermedades tuberculígenas en el niño

Conclusiones

1.^a La investigación de la causalidad, aunque, por lo general sembrada de dificultades, aparece bastante expedita respecto de la tuberculosis desde que el célebre Koch descubrió el bacilo que la produce; si bien quedan todavía problemas de orden secundario es verdad, pero no desprovistos de alto interés, entre otros, los referentes á las *enfermedades tuberculígenas en el niño*, para cuya solución no son de importancia decisiva las estadísticas, to

da vez que éstas, bajo apar encias de irreprochable unidad en su caracter fundamental, son un verdadero mosaico cuando se analizan las diversas influencias que han concurrido en cada uno de los sumandos que integran la cifra total; siendo, por consiguiente, preferible el criterio escuetamente numérico, el nosológico, justipreciando al efecto el por qué patogénico de cada una de las enfermedades que predisponen ó coadyuvan al desarrollo de la tuberculosis.

2.^a No sería prudente considerar al bacilo de Koch como la causa específica y por lo tanto única de esta enfermedad, pues aun cuando es el que [la produce en la localidad pulmonal (en la casi totalidad de los casos) y, por lo general, en las demás localizaciones de la tuberculosis, socavan la noción de la especificidad tres hechos de gran significación: 1.^a el que la entidad anatómo-patológica que conocemos bajo el nombre de *tubérculo*, es una modalidad de reacción de los tejidos que, aunque de objetividad uniforme, tiene lugar por causas diferentes, constituyendo en ciertos casos pseudo tuberculosis; 2.^a que algunos procesos de los pulmones, y muy particularmente las tuberculosis cutáneas y quirúrgicas ocultan muy probablemente enigmas de naturaleza, á juzgar por la gran variabilidad que observamos en e' grado y en la marcha de sus lesiones; y 3.^a que en muchos casos de tuberculosis externa no se puede comprobar la existencia del bacilo de Koch. Así, pues, hay que hacer constar la posibilidad de que las pseudo-tuberculosis sean más frecuentes de lo que actualmente se supone sin que esto obste para que pertenezcan á la tuberculosis típica la inmensa mayoría de los casos de tuberculosis que en la práctica observamos.

3.^a El bacilo puede llegar al órgano que invade, por diferentes itinerarios: 1.^a durante la vida intrauterina puede pasar desde la sangre de la madre á la del feto, á través del filtro placentario, pues aunque no quepa hacer una afirmación categórica, sí debe considerarse como muy verosímil el heredo-contagio; 2.^a penetración del bacilo procedente del exterior, mediante los alimentos, las bebidas, el aire atmosférico, etc., dando lugar al desarrollo de la tuberculosis directamente en los órganos en que se fija desde luego; 3.^a penetración del bacilo, también desde el exterior, pero atravesando tejidos sanos, que continúan indemnes, para desarrollar su acción en tejidos profundos más ó menos distantes de aque-

llos que le dieron acceso; 4.^a propagación sucesiva por continuidad ó por contigüidad de tejidos, desde el primitivamente afectado á los circunyacentes; 5.^a autoinoculación. ó sea autocontagio realizado por el mismo individuo llevando inadvertidamente gérmenes de una á otra región de su organismo; 6.^a por la vía linfática, y 7.^a por la vía sanguínea.

4.^a Aparte del bacilo, la influencia tuberculígena más generalizada y de acción más certera es la herencia en forma de predisposición, pues anida como una impresión semivirtual en lo más recóndito de la trama orgánica del nuevo ser, dándole una acentuada receptividad á la influencia del bacilo.

5.^a El contagio familiar, silencioso, solapado, que flota en el medio que rodea á padres é hijos, encubriéndose traidoramente con el tierno ropaje de las caricias maternas. y á veces con la complicidad del hacinamiento, de la suciedad y de la inadvertencia, comparte con la herencia la siniestra propagación tuberculosa, excediéndola probablemente en su radio de acción, ya que muchos de los casos que se atribuyen á la herencia son tal vez debidos al contagio.

Y 6.^a Entre los diversos elementos coadyuvantes del bacilo que intervienen durante la vida extrauterina, circunscribiéndose á los de orden patológico, se hallan gran número de enfermedades que, aunque de distinta naturaleza, puede referirse su acción á dos grandes procedimientos patogénicos; debilitación del organismo, lo cual implica encadenamiento de la actividad celular y disminución paralela de su resistencia ante la influencia del bacilo y un determinismo local, fisiológico ó morboso, según los casos (orgasmo epifisario durante el crecimiento, catarro bronquial sarampionoso, hiperemia meníngea en las fiebres eruptivas, etc.), que constituye la sollicitación ó causa ocasional del proceso tuberculoso,

Ponente, *Dr. Francisco Criado y Aguilar*.

TEMA

Colaboración de la escuela en la lucha contra la tuberculosis

Conclusiones

1.^a Nombramiento por el Gobierno de una comisión técnica, compuesta de higienistas, arquitectos y personas competentes en

administración, encargada de estudiar y dictaminar acerca del saneamiento relativamente rápido, práctico y en armonía con los recursos de las corporaciones á cuyo cargo corre la enseñanza, de los locales escolares de todo género, que fueran susceptibles de ello, y los que no lo fueran de su sustitución por otros nuevos, que reunieran las debidas condiciones higiénicas. Para ello, la comisión informará también los medios de facilitar á Diputaciones, Ayuntamientos, Patronatos y demás corporaciones el expediente, arbitrio de recursos, empréstitos y demás medios que se indiquen para la realización del objeto.

2.^a Inspección rigurosa de los establecimientos de enseñanza privada y clausura inmediata de todos aquellos que no reúnan las debidas condiciones higiénicas. Una vez que éstos se hayan puesto en condiciones y previa nueva inspección, se autorizará su apertura, y

3.^a Promulgación, lo más pronto posible, de disposiciones ministeriales encaminadas por una parte á evitar el contagio y procurar la curación de la tuberculosis, en todos los establecimientos públicos y privados de todos los grados de la enseñanza y por otra á la profilaxis de la misma enfermedad y en los mismos establecimientos.

Respecto á la primera parte, evitar el contagio y procurar facilitar la curación de la tuberculosis en las escuelas; las disposiciones ministeriales habrán de preceptuar

a) Creación del cuerpo de inspectores médicos de establecimientos de enseñanza.

b) Reconocimiento previo por el inspector médico de todo individuo que solicite una colocación de cualquier género que sea, en un establecimiento de enseñanza.

c) Provisión de escupideras prácticas en todo local escolar, enseñando su uso á maestros, alumnos y dependientes y obligando á todos á servirse de ellas

d) Visita médica reglamentaria, quincenal, con reconocimiento de la clase de unos y otros, siempre que sean sospechosos de padecer tuberculosis ó sean confirmados.

El maestro conservará su haber íntegro todo el tiempo que el médico considere necesario tenerlo alejado de su clase.

c) Hoja sanitaria de cada alumno llevada al día por el médico del establecimiento. En dicha hoja se hará constar *el peso, la es-*

tatura y el perímetro torácico, más aquellas observaciones que el médico considere pertinentes; las variaciones sufridas se comprobarán mensualmente, haciéndose en la hoja las anotaciones de dichas variaciones, en el acto de la comprobación.

Esta hoja, que formará parte del expediente académico de cada alumno, pasará de un establecimiento á otro á medida que el alumno cambie de escuela ó de grado de enseñanza, de modo que no sufran interrupción en ningún caso estas observaciones, desde el primer ingreso del niño en la escuela á la total terminación de sus estudios.

f) Sujetos á inspección y revisión semestral de locales, maestros, empleados alumnos y sus hojas respectivas, por el inspector médico de la demarcación, quedarán autorizados, los internados y demás colegios privados, siempre que así lo deseen á que en estos servicios el médico especial sea sustituido por el particular del colegio.

Y respecto á la segunda y última parte: medidas que por el Ministerio de Instrucción pública, se han de dictar relativas á la profilaxis antituberculosa en las escuelas, deberán dichas disposiciones preceptuar:

a) Desinfección periódica y frecuente de locales escolares, sus dependencias y menaje de enseñanza.

b) Colocación de carteles con grabados y prescripciones claras y sencillas, relativas á higiene individual colectiva y con aplicación especial á evitar el alcoholismo y la tuberculosis.

c) Estudio obligatorio de la higiene, que constituirá una asignatura sencilla y de fácil adaptación á la inteligencia del niño.

d) Conferencias periódicas y frecuentes, dadas en todos los establecimientos de enseñanza por el médico del establecimiento y por cuantas personas lo deseen, alusivas á higiene antituberculosa.

e) Dar la mayor extensión y amplitud posible á los ejercicios corporales, en particular á los que sirven para fortificar los pulmones y el corazón, sobre todo en la época de la pubertad.

f) Mayor protección y fomento de las colonias escolares de vacaciones.

Ponente, *Luis Fuentes*.

TEMA

Declaración obligatoria de la tuberculosis y prácticas de la desinfección domiciliaria en España

Conclusiones

1.^a La declaración de los casos conocidos de tuberculosis im puesta obligatoriamente á los médicos y á otras entidades por el artículo 124 de la Instrucción general de Sanidad vigente, resulta prácticamente estéril para los fines de la profilaxia social, por oponerse á su realización variadísimas causas, (entre las que principalmente figuran: la falta de hábitos, de iniciativas, de instrucción y de educación sobre asuntos higiénicos que existe todavía en la opinión pública de la sociedad española, que ni se interesa ni se conmueve por motivos sanitarios y la imposibilidad absoluta de obtener dentro de los límites del derecho de gentes y de los escasísimos recursos de nuestra administración sanitaria, los medios de aislamiento y de desinfección que se precisarían para atender á los numerosísimos individuos atacados en nuestro país por la más mortífera de nuestras enfermedades transmisibles que afligen á la humanidad y cuya característica es, cabalmente, la larga duración de los sufrimientos y daños que ocasiona.

2.^a La declaración obligatoria de las enfermedades infecciosas é infecto-contagiosas, base racional y fundamento indispensable de la moderna epidemiología, ha de entrañar, como lógica consecuencia, para surtir efectos profilácticos, el aislamiento de los primeros casos en locales apropiados y una rigurosa, científica y eficaz desinfección para las personas y para las cosas expuestas á contaminación; pero como al tratarse de la tuberculosis y sobre todo de la tuberculosis pulmonar y laríngea, ni es posible aislar los casos por el enorme número, ni hay servicio de desinfección en población alguna capaz de prestar la bastante enorme labor que una desinfección racional supone, resulta en verdad poco piadosa una declaración, que sobre no traer hoy ventaja alguna para el alivio del paciente, ni para la preservación de la colectividad, aumenta los sufrimientos del enfermo y las preocupaciones de la familia con el conocimiento del nombre y de la naturaleza de la enfermedad, evidenciados por la declaración obligatoria.

3.^a Mientras que por el influjo de una propaganda educativa

y perseverante, no logremos crear en España hábitos y costumbres en asuntos de higiene, no puede extremarse la declaración obligatoria de la tuberculosis exigida por el art. 124 de la Instrucción general de Sanidad, más que en los casos de muerte por dicha enfermedad, haciendo cumplir estrictamente lo mandado en el artículo 125 de la propia Instrucción, por lo que respecta á alteraciones deliberadas en el diagnóstico de la enfermedad que produjo la muerte, que en caso alguno debe falsear el médico, por ningún concepto, en el certificado de defunción exigido por el Registro civil.

Ponente, *Dr. Eloy Bejarano.*

Revista de revistas

La nefrotomía sin anestesia, por el doctor don Alejandro San Martín. — (De *El Siglo Médico*)

Una mujer de Socuéllamos, provincia de Ciudad Real, contaba ya cuatro cólicos nefríticos (siempre en el lado derecho); el primero, hace cuatro años; el segundo, hace tres; el tercero, el año anterior y el actual, iniciado nueve días antes de su llegada al Hospital clínico.

En los dos primeros días este último cólico exigió dos inyecciones de morfina que calmaron el dolor, pero coincidiendo este alivio con un estado general cada vez más grave y una mengua progresiva en la cantidad de orina.

Al ingreso en la consulta (diez de la mañana) y á las cinco de la tarde, se sondó á la enferma sin obtener más que unas gotas de sangre.

A las seis fué operada, porque el pulso estaba ya muy pequeño, la disnea se había hecho intensísima, los estertores subcrepitantes se hallaban ya diseminados en toda la extensión de ambos pulmones y los vómitos biliosos eran tan frecuentes como penosos, haciendo todos estos síntomas temer que la enferma no llegaría á la mañana siguiente.

Contraindicada la anestesia general por la honda perturbación de las funciones orgánicas más importantes y ante el temor de que la local consumiera mucho tiempo en las profundidades á que había de llegar la maniobra quirúrgica, dió principio á ésta el doctor San Martín, incindiendo sin anestésico alguno el vacío derecho.

El bisturí fué bastante bien tolerado al dividir la piel, las aponeurosis y los músculos; en cambio, el dedo empleado en agrandar incisiones ó separar capas de tejidos, resultaba muy doloroso. El riñón, aumentado de volumen (llegaba hasta la fosa iliaca derecha) y de una dureza verdaderamente pétreo, costó gran esfuerzo dislocarlo á pesar de la gran extensión de la herida y de haber introducido con este objeto toda la mano hasta tropezar subperitonealmente con el pubis. Fuera ya de la herida, su color era de pizarra obscuro, casi negro y la tensión de la cápsula tan grande, que su contenido parecía próximo á estallar.

Después de una incisión renal é introduciendo el dedo encontró un cálculo no muy voluminoso, pero fijo, ó mejor dicho, enclavado en el ureter, que fué extraído con el mismo dedo ayudado por una tijera curva cerrada y manejada á modo de cuchara. Es de notar que, si bien las tracciones y desgarros con los dedos y los esfuerzos de dislocación en el tumor renal arrancaban algunos quejidos, la enferma soportó de modo sorprendente las incisiones superficiales y profundas y la operación total, sobre todo desde el momento en que se la enseñó el cálculo causante de su martirio y que resultó urático.

En consecuencia, el doctor San Martín cree que, en caso de urgencia por anuria, dolores ó perturbaciones generales de otra índole, podría llevarse á cabo la nefrotomía con los instrumentos de la bolsa quirúrgica más sencilla y que, por lo tanto puede figurar al lado de la traqueotomía, la quelotomía y demás intervenciones de máxima premura.

Resistencia del peritoneo á la infección, por el Dr. Torres Casanovas.

Se trataba de un enfermo afecto de estrechez pilórica por carcinoma, el cual fué operado por dicho doctor auxiliar de la Clínica Quirúrgica de la facultad de Medicina de Barcelona, y siendo imposible la resección del estómago por encontrarse múltiples me-

tástasis ganglionares en el interior del abdomen sufrió una gastroenterostomía posterior (procedimiento v. Hacker) para facilitar el paso de los alimentos del estómago á los intestinos. El décimo día después de la operación se examinó la herida que parecía cicatrizada y como se notase una pequeña mortificación alrededor del orificio de algunos puntos de sutura, fueron estos retirados en la totalidad de los tres planos que comprendía aquella, colocando como medio de sosten tres tiras de aglutinante, que apoyándose á uno y otro lado de la linea de sutura, reemplazaron en parte los puntos quitados.

La noche de aquel día el enfermo tuvo un ataque de tos más intenso que nunca y en el mismo instante percibió una sensación de desgarró interior, quedando colapsado. Se le aplicaron diferentes medios estimulantes, los cuales no consiguieron reanimar completamente al enfermo, pues cuando lo ví, seis ó siete horas después del accidente, presentaba una temperatura de $35^{\circ},8$, pulso pequeño y á 140 y respiración superficial; era de notar que el vendaje estaba completamente mojado, lo propio que las ropas de la cama.

Quitado el vendaje se vió una eventración total á través de la incisión operatoria que estaba desunida por completo; el paquete intestinal ofrecía color rojo muy intenso, efecto del largo contacto con las piezas del apósito y se notaba un principio de adherencia entre algunas de las asas; estas se encontraban adheridas, no solo á la gasa aséptica que formaba la primera parte de la cura, sino al algodón hidrófilo, no aséptico que formaba la envoltura superior.

Anestesiado el enfermo y después de un abundante lavado intestinal (hay que tener en cuenta que el desprendimiento de los copos de algodón fué muy trabajoso y en algunos puntos excesivamente difícil) se redujo el intestino herniado, suturando con una aguja de Emmet la herida; el colapso del enfermo se había agravado con la anestesia y las manipulaciones del intestino y se le practicó una inyección de suero y fué trasladado á su cama. El pronóstico que se hizo fué mortal de necesidad, pues creían indudable la producción de una peritonitis difusa que en pocas horas daría cuenta del enfermo.

En la tarde de aquel día la temperatura estaba por debajo de los 36° , el pulso por encima de 120 pulsaciones, la tensión vascu-

lar escasa, abatimiento y malestar general; se le practicó una nueva inyección de suero. Al día siguiente, que se presumía fuera el último para el enfermo, la temperatura era de $36^{\circ},2$, el pulso de 110, mayor la tensión y sensación de bienestar general. La mejoría fué acentuándose en los días siguientes, hasta el punto de que al cuarto día del accidente la temperatura era de $36^{\circ},5$ el pulso á 80, bastante desplegado, y el enfermo pedía con insistencia alimento sólido.

A los quince días la cicatriz abdominal estaba en perfectas condiciones.

Del único modo que el doctor mencionado se explica ese caso es teniendo en cuenta la abundante exudación que tuvo lugar por la superficie de las vísceras herniadas, la cual representa un medio mecánico potentísimo para oponerse á la germinación microbiana, ya que por simple arrastre asepticizó los sitios en que el peritoneo se puso en contacto. De no admitir esa explicación tan sencilla, cree imposible comprender cómo un individuo en tan malas condiciones generales pudo resistir un peligro tan grave de infección.

Placentofagia humana; efecto galactógeno de la placenta, por Rovira y Oliver.

El doctor Carbonnel (de Meudón) ha comunicado al *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques* el siguiente caso de opoterapia autofágica mencionado por Rovira y Oliver, que por su rareza es digno de ser conocido.

Se trata de una mujer aniquilada por las privaciones y los embarazos frecuentes.

Temiendo no poder criar á su último recién nacido y obedeciendo los consejos de una vecina, se decidió á comer su placenta, como lo hacen la mayor parte de los animales hervívoros y carnívoros.

La idea fué llevada á cabo, habiendo sido consumido dicho órgano en cuatro días y en forma de albondiguillas recubiertas de pan ácimo; durante esos cuatro días la placenta fué conservada en agua salada para evitar la putrefacción.

Al cabo de un mes la mujer tenía abundante leche, á pesar de no ser bueno su estado general, y su hijo estaba sano.

Este hecho es de gran interés porque, por una parte, constituye acaso una observación única de placentofagia humana y por otra, parece confirmar del todo las propiedades galactógenas atribuidas á la placenta.

El cólera en Constantinopla. Investigación del vibrión colérico en los moluscos y el agua de mar, por M. Férid Ibrahim.—(*La Presse Médicale*, 1908).

Del 16 de Octubre de 1907 al 27 de Enero de 1908 se pusieron de manifiesto en Constantinopla trece casos esporádicos de cólera, siendo mortales diez.

Los diez casos estudiados presentaron un mismo microbio, que poseía todos los caracteres del vibrión típico del cólera asiático, identificado por los métodos clásicos.

La exposición de las condiciones etiológicas hizo presumir que el origen y contaminación de esos diez casos esporádicos de cólera, fué por el agua del mar, y principalmente por la del Corne d'Or. Sin embargo, el estudio bacteriológico de las ostras y almejas cogidas al azar y de camino, ó recogidas en distintos puntos del Bósphore y del Corne d'Or, resultó negativo bajo el punto de vista del vibrión colérico.

Al contrario, y no obstante, fueron aisladas seis variedades de vibriones saprofíticos, dos de los cuales presentaban todos los caracteres morfológicos de coloración y culturales del vibrión del cólera asiático típico y hasta algunos de sus caracteres poco importantes

Esto le condujo al autor á investigar si la presencia supuesta del vibrión colérico no fué enmascarada por los vibriones saprofíticos y si había que dudar por consiguiente del resultado negativo del análisis.

Una serie de experiencias llevadas á cabo han demostrado la insuficiencia de los métodos actuales para el aislamiento del vibrión colérico.

El autor no ha llegado jamás á aislar el vibrión patógeno en presencia de esos vibriones saprofíticos, cuando el número de estos últimos era solamente un centenar de veces superior al del primero.

On the absorption of antibodies from the subcutaneous tissues and Peritoneal Cavity.—(Sobre la absorción de las antitoxinas por el tejido subcutáneo y cavidad peritoneal), por el doctor Henderson Smith.—(*The Journal of Hygiene*)

El objeto del autor en este estudio ha sido averiguar la velocidad con que entran en la circulación general, después de haber inyectado en el tejido celular subcutáneo y cavidad peritoneal, sustancias poco difusibles como las antitoxinas en general.

La cuestión es de gran importancia, tanto bajo el punto de vista clínico como bajo el punto de vista científico. No es indiferente, en efecto, en los casos graves, perder un tiempo precioso é inyectar suero por las vías de lenta absorción. La velocidad de absorción es excesivamente lenta. Tanto es así que, después de una inyección intra-peritoneal las antitoxinas no se encuentran en la sangre (el máximum de cantidad) hasta después de haber pasado veinte y cinco y treinta horas, dos ó tres días después de una inyección subcutánea. Clínicamente, en los casos de urgencia, el inyectar antitoxinas por la vía subcutánea, es no solamente una pérdida de tiempo, puesto que pasan dos ó tres días antes de que la acción tenga lugar, sino que también se reduce la suma de acción que pueda tener la dosis inyectada. Por inyección intravenosa se obtiene inmediatamente el máximum de acción.

La consecuencia clínica que se deduce de ello se impone por sí misma, y es la vía intravenosa á la cual se debe recurrir en todas las afecciones tratadas por antitoxinas, y, en particular, en los casos graves de difteria.

A contribution to the Bacteriology of Post-Scarlatina Diphtheria. (Contribución á la Bacteriología de la difteria post-escarlatinosa), por el doctor H. Cumpston.—(*The Journal d' Hygiene*).

El autor, en este estudio, ha querido fijar algunos puntos relativos á la frecuencia del bacilo de la difteria en la garganta de los escarlatinosos y á la historia clínica consecutiva de estos enfermos.

Sin selección alguna él ha examinado sistemáticamente, con los procedimientos más perfectos de actualidad bacteriológica, 1.019 escarlatinosos antes de su entrada en el Hospital, á fin de

uitar en lo posible y eliminar los casos de infección ulterior en el establecimiento.

El parece deducir de sus estudios que la mayor parte de los casos de difteria post-escarlatina, aunque ellos parezcan á primera vista ser debidos á una infección ulterior y de contagio en el Hospital, son en realidad la manifestación del ataque por bacilos ya existentes con anterioridad en la garganta de un organismo que la fiebre escarlatina ha puesto en condiciones de menor resistencia.

Esta suposición se impone tanto más cuanto que en los escarlatinosos que presentan bacilos á su admisión en el Hospital se ha visto evolucionar las manifestaciones clínicas de la difteria al 4.º, 5.º, 7.º, 31.º días de la fiebre escarlatina, mientras que en aquellos que estaban indemnes de bacilos, la difteria ha evolucionado en estadios mucho más alejados de la enfermedad primitiva (9.º, 22.º, 46.º, 48.º, 50.º días después). Cualquiera que ello sea, estos resultados son suficientes para confirmar la necesidad de un examen bacteriológico de la garganta de todo escarlatinoso.

Noticias

Ha obtenido el premio extraordinario en la licenciatura de Medicina en el año actual el aprovechado joven don Julio Salcedo, á quien con tal motivo enviamos nuestra cordial enhorabuena.

* * *

En los primeros días del mes próximo se inaugurará en Salamanca un establecimiento benéfico llamado á tener en todas partes grande importancia. Nos referimos á un «Consultorio de niños y Gota de leche».

El Excmo. Ayuntamiento de la capital, fundador de este centro, ha nombrado director facultativo á nuestro redactor-jefe el doctor Pinilla.

La «Gota de leche» de Salamanca suministrará á la Inclusa los biberones que necesiten sus asilados.

Un comité de señoras ayudará en sus trabajos directivos al doctor Pinilla.

* * *

La temporada balnearia de 1908 que termina en Septiembre, ha acusado una baja considerable en los enfermos que acuden á estos establecimientos.

En los de nuestra provincia, Ledesma ha marcado una disminución considerable, pues solo ha tenido 903 bañistas; Retortillo unos 600 y Calzadilla 230.

Movimiento demográfico de Salamanca

Agosto

		Población, 27.405.	
Número de hechos.....	Absoluto.....	Nacimientos	69
		Defunciones	81
		Matrimonios	12
Número de hechos.....	Por 1.000 habitantes....	Natalidad.	2'52
		Mortalidad	2'96
		Nupcialidad.	0'44
Número de hechos.....	Vivos.....	Varones.	38
		Hembras	31
Número de nacidos.....	Vivos.....	Legítimos.	60
		Ilegítimos.	4
		Expósitos.	5
		Total.	69
Número de nacidos.....	Muertos.....	Legítimos.	9
		Ilegítimos.	»
		Expósitos.	»
		Total.	9
Número de fallecidos.		Varones.	40
		Hembras.	41
		Menores de 5 años.	42
		De 5 y más años.	39
		En hospitales y casas de salud.	9
		En otros establecimientos benéficos.	21
		Total.	50