

Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Y DEL COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE VIZCAYA

Año XV

Bilbao—Diciembre—1909

Núm. 180

La auto-infección bronco-intestinal en los niños

Las conexiones patológicas que existen entre los aparatos digestivo y respiratorio mediante la influencia hepática en todas las edades, tienen mayor importancia práctica cuando se trata de niños por su especial modo de ser orgánico y funcional, dado el origen embriológico de ambos aparatos.

Desde las formas más benignas del coriza, bronquitis, bronco-noumonía y enteritis, hasta las más graves, el trastorno digestivo más ó menos aparente, es casi siempre el origen de la manifestación respiratoria, si se investigan los antecedentes morbosos. Inversamente: la falta de actividad en la respiración, influye también en mayor ó menor grado sobre el tubo digestivo, disminuyendo, por lo menos, su energía funcional.

Para convencerse de la correlación morbosa citada, y refiriéndonos al niño de pecho, basta recordar la grandísima importancia que tiene toda falta que se cometa en su higiene alimenticia. Y para que la prueba sea más completa, es preciso considerar, no ya un accidente aislado de origen digestivo ó respiratorio, sino las diversas formas morbosas que se suceden en un mismo enfermito.

Los autores clásicos no han hecho resaltar debidamente las coincidencias y forma alternante de las alteraciones funcionales de ambos aparatos en un individuo.

Cuando en la práctica vemos disminuir ó desaparecer

esta doble serie de fenómenos patológicos, bajo la influencia de un régimen dietético severo dirigido al tubo digestivo con oportunidad, nos da derecho á creer que ambos se derivan de un mismo origen premorbo.

La bronquitis y la enteritis son dos elementos morbosos comparables á los fenómenos nerviosos ocasionados por la uremia y el edema ó diarrea que pueden acompañarla. Una crisis diarréica puede evitar ó puede hacer abortar una bronquitis, del mismo modo que lo haría con un ataque nervioso de uremia. La reabsorción de un edema bríghthico suele ir seguido de accidentes convulsivos.

En el niño, la bronquitis y la bronco-neumonía forman una gama de accidentes paralela á la de la diarrea de la enteritis aguda tifoidea y la de carácter coleriforme. A la colitis glerosa corresponde el asma, según se describe en la enteritis de forma pulmonar.

¿Existe alguna bronquitis que no vaya acompañada en un momento dado de su desarrollo de fermentaciones anormales por parte del tubo digestivo? Rarísima será la vez que dejen de faltar. En la bronco-neumonía con diarrea moderada puede ésta ser beneficiosa; pero si es excesiva será funesta. Así mismo en la enteritis con tos ligera y sin gravedad si aparece una complicación bronco-pulmonar se convierte en mortal en numerosos casos.

Hay bronquitis capilares y bronco-neumonías, sobre todo de forma frustrada con una auscultación casi negativa y poca disnea, así como también enteritis graves con síntomas abdominales poco marcados, y sin embargo el colapso es un accidente terrible que suele presentarse con la mayor sorpresa de todos.

Los eritemas infecciosos pertenecen también á las formas digestiva y respiratoria expuestas y si se presentan abcesos cutáneos se consideran de efecto favorable.

La congestión pulmonar, paso de transmisión entre la bronquitis y la neumonía, equivale á la enteritis febril pasajera intermediaria á la simple diarrea apirética y la enteritis grave tifoidea.

Así es que es muy conveniente el darse cuenta de la congestión pulmonar desde que aparece la fiebre para combatirla y precaver el desarrollo de una bronco-neumonía.

Para ello bastan el apreciar la disminución del murmullo respiratorio ó algunos estertores discretos. Igual conducta debe seguirse con la enteritis inicial limitada al trastorno funcional del intestino para que no pase á lesionar la pared del órgano.

Un acceso de fiebre en el curso de una bronquitis ó enteritis anuncia el paso progresivo á una lesión más profunda.

Este ataque ofensivo de la enfermedad tiene lugar muchas veces sobre las vías digestivas en una forma que al principio fué respiratoria y vice-versa, pero en general, las recrudescencias suelen desarrollarse en el sitio de partida.

Cuando el proceso no se declara francamente en ninguno de los aparatos citados, el sistema nervioso es el atacado de convulsiones. Estas son menos frecuentes en la forma torácica que en la abdominal.

La clasificación de las formas de la auto-infección bronco-intestinal de los niños es sumamente sencilla, á saber: 1.^a de combinación en la cual las localizaciones pueden ser coincidentes y alternantes. 2.^a de disociación con manifestaciones respiratorias aisladas pero no primitivas y gastro-intestinales primitivas y solas. Su marcha puede ser aguda, sub-aguda y crónica con pronóstico leve, grave y mortal en la mayoría de casos. Cuando la toxinfeción es secundaria á una enfermedad específica tal como el sarampión y la tosferina, se les considerará de igual modo que á la primitiva, restringiendo el régimen alimenticio y sosteniendo la revulsión á la piel con el abrigo suficiente y otros medios excitantes de todos conocidos.

Basándonos en la *unidad y continuidad morbosa*, vamos á demostrar cual es la influencia predominante del trastorno digestivo primordial en patología general.

En toda infección que no sea específica hay tres factores: 1.º el nervioso que detiene ó pervierte las secreciones y especialmente las digestivas; 2.º el tóxico que modifica el medio interior, y 3.º el infeccioso de origen endógeno en general.

Por consiguiente la terapéutica ha de comprender estos puntos necesariamente.

La detenida ó perversión de las secreciones son señales de evidente fatiga en la vida orgánica y necesita un reposo total el organismo.

El tubo digestivo, en primer lugar, será objeto de dicha calma prescribiendo una dieta más ó menos severa, según sea la gravedad de su alteración. En la enteritis grave se procederá con igual rigor que si se tratara de una apendicitis y tampoco se arriesga nada al instituir una dieta absoluta por una tos ligera, un estado saburral ó una diarrea pasajera, aunque en la práctica sea habitual el prescindir de ese rigorismo extremado.

El mejor guía en el niño es la deposición fecal de cuya exacta observación diaria se deducen consecuencias importantes que impidan agravar la situación patológica. Púrguesele en todo caso con los calomelanos y establézcase la dieta hídrica en los casos graves por 24 horas, ó láctea mezclada con agua aséptica y se acertará en la mayoría de casos. Reglaméntense las mamadas, no sólo en su espacio de tiempo reduciéndolas á cinco ó diez minutos de duración, sino esperando tres horas en cada sesión hasta los seis meses y cuatro, de esta edad en adelante. En los intervalos al niño se le entretiene con agua esterilizada, si manifiesta sed.

Las modificaciones que en las secreciones lleva en pos de sí la auto-intoxicación, se aprecian de este modo, sin necesidad de abusar, como se hace, de la ipecacuana y los purgantes, repitiéndolos. Si pocos debemos ser con la alimentación, igual criterio se seguirá con los medicamentos limitando éstos á los que sean ligeramente colagogos.

Y deben ser así, por cuanto la suplencia que se ejerce

entre el hígado y el pulmón por intermedio del neumogástrico favoreciendo la circulación y las eliminaciones, es un hecho clínico generalmente favorable por la crisis biliar que se ocasiona. Alguna rara vez, sin embargo, esta hipersecreción suele ir seguida de recrudescencia de los síntomas digestivos y respiratorios.

De todos modos hay que ser cautos y no producir perturbaciones violentas, *primum non nocere*, sobre todo si la enfermedad ha pasado al estado de infección general.

Todo trabajo orgánico causa un gasto de energía y esta hay que economizarla á todo trance:

Llegada la infección, el mejor medio de aumentar las reacciones nerviosas orgánicas es el estimular al sistema nervioso de relación, con la compresa fría que calienta, pues obra como un revulsivo contra la lesión local torácica ú abdominal. La infección general puede combatirse con la sábana mojada y el baño simple ó sinapizado.

El período de convalecencia dura, por lo menos, tanto tiempo, como desde el principio de la enfermedad hasta su acmé.

Hacen falta de cinco á seis meses ó más para que un niño afectado de una enteritis grave pueda soportar las dosis de leche normales. En el mismo caso se hallará si la bronco-neumonía es la manifestación saliente.

Esta situación es debida, como en la grippe, á una especie de astenia adquirida, difícil de dominarla y que engendra una mayor receptividad á la reinfección.

La mayoría de veces la enfermedad no pasa al estado crónico ni sufre una recaída más que en el caso de no mantener con firmeza el tratamiento en el que el régimen restringido entra como factor principal y éste no haya sido observado durante un lapso de tiempo suficiente. Hay que convencerse de que el daño que pueda causar la inanición es infinitamente menor que el producido por la superalimentación.

¡Cuánta más gente abrevia su existencia por comer y beber mucho, que la sujeta á una alimentación limitada al mantenimiento del equilibrio nutritivo!

De la rápida exposición de cuanto precede, se deduce que la primera enfermedad del niño en su existencia es la auto-infección bronquial ó intestinal y cuyo origen es alimenticio.

Lo sensible es que siendo la auto-infección bronco-intestinal una enfermedad fácilmente evitable siguiendo una buena higiene alimenticia, sea tan mortífera por la inculcatura y egoismos criminales de muchos padres á quienes parece que les estorba la familia no obstante las apariencias de una sensiblería cariñosa hacia sus hijos.

DR. LABASTURES.

LAS DEFORMIDADES DEL TABIQUE NASAL

Y SUS RELACIONES CON LA OTITIS MEDIA CATARRAL CRÓNICA

Antes de comenzar á tratar las relaciones existentes entre las deformidades del tabique y la otitis media catarral, haré un ligero estudio de las primeras.

Las deformidades del tabique nasal se dividen en dos grupos: desviaciones y espesamientos.

Estas deformidades se producen por una de estas dos causas: por un traumatismo ó por un vicio de desarrollo. La primera puede causar una dislocación del cartílago cuadrado en su articulación con el vomer ó la lámina perpendicular del etmoides, constituyéndose la desviación en ángulo diedro entrante en una fosa y saliente en la otra, ó bien puede producir la fractura del cartílago; éste se dobla sobre sí mismo produciéndose un hematoma á cada lado de la fractura que separa la mucosa pero que sino supura se reabsorbe y al consolidar el cartílago en su posición viciosa, queda constituida la desviación.

La segunda causa ó sea el desarrollo vicioso, es la más frecuente. El tabique nasal está encerrado, por decirlo

así, dentro de un cuadro muy resistente formado por la espinal nasal del frontal por arriba y delante, el etmoides por arriba, el esfenoides por detras y los maxilares superiores por debajo.

Ahora bien: cuando no existe perfecta relación entre el tamaño del tabique y el del cuadro en que está encajado, se deba aquél en uno ú otro sentido. La falta de armonía entre el tamaño del tabique y el del cuadro es debida algunas veces á la desproporción entre el volumen del cráneo y la cara.

Cuando los maxilares superiores se desarrollan poco, bien sea por existir vegetaciones adenóideas ó por cualquier otra causa que dificulte la respiración nasal, la bóveda patatina forma una ojiva y disminuyendo la altura de las fosas nasales, el tabique no ocupa el sitio que debía ocupar en sentido vertical y se dobla horizontalmente ó sea en sentido antero-posterior hacia una fosa nasal, hacia la otra ó hacia las dos en forma de S.

Esta desviación tan frecuente en los europeos, es rarísima en los negros, pieles rojas, etc., es decir, en todas aquellas razas cuyo macizo facial está muy desarrollado en proporción del cráneo.

Otras veces al desarrollarse las células esfenoidales empujan á la lámina perpendicular del etmoides y al vomer, ó sea al tabique hacia delante, y como este en su avance tropieza por arriba con el frontal y por debajo con los maxilares, se dobla en sentido vertical.

En el tabique existen tres puntos débiles: uno en la lámina perpendicular, otro en la unión del vomer con dicha lámina perpendicular y parte posterior del cartílago cuadrado, y otro en la articulación de la parte inferior del vomer con las apofisis palatinas; por uno de estos puntos es donde puede ceder.

El tabique está constituido por dos laminillas y puede ocurrir que se desvíen las dos paralelamente entre sí hacia una fosa estrechándola y ensanchando la otra, quedando constituida la desviación; en otros casos es una sola

lámina la que se desvía quedando la otra en el plano central y entonces se constituye el espesamiento que puede ser en forma de cresta, espolón ó espina.

Los síntomas de las deformidades del tabique hay que dividirlos en subjetivos, que son los propios de todas las obstrucciones nasales y objetivos que son los únicos por los que puede establecerse el diagnóstico.

Los síntomas subjetivos son los que nos interesan, pues los objetivos una vez hecha la rinoscopia anterior, se reducen á encontrarnos con una tumoración generalmente de forma prismática recubierta de la mucosa sana cuyo vértice mira hacia fuera y cuya base está implantada en el tabique.

Los objetivos son: dificultad en la respiración nasal que le obliga al enfermo á respirar frecuentemente por la boca y en su consecuencia tienen la faringe continuamente seca, el aire pasa por la faringe y bronquios sin la temperatura y humedad necesarias é irrita é inflama estas vías aéreas; pero lo interesante para nosotros es que no eliminándose bien las mucosidades éstas quedan detenidas en la naso-faringe formando grandes costras y produciéndose un catarro naso-faríngeo que se propaga inevitablemente á la trompa, ésta se obstruye é impide el paso del aire á la caja ó sea su ventilación; el aire que existe en ésta se reabsorbe, entonces la membrana del tímpano se hunde hacia el promontorio impulsada por el aumento de presión exterior, mejor dicho, por la falta de ésta en la caja.

La falta de presión hace que el suero de las arteriolas se extravase, llenándose la caja del tambor de seroxididad, y en una palabra, constituyéndose una otitis media catarral. Ahora bien: el tratamiento de esta otitis debe dirigirse á eliminar el exudado y evitar que vuelva á formarse nivelando la presión en el interior de la caja, y para esto es indispensable el restituír la permeabilidad á la trompa de Eustaquio, sopena de hacer una paracentesis del tímpano, cosa que debe dejarse como último recurso.

Estoy convencido que con el politzer, el cateterismo ni aun con el candelillado, no conseguiremos la permeabilidad de la trompa más que de una manera pasajera, tanto que al cabo de una hora ú horas, se encuentra esta tan obstruída ó más que anteriormente, mientras persista el catarro naso-faríngeo; por lo tanto á éste es á quien tenemos que combatir, y como es imposible el curar este catarro mientras exista una obstrucción nasal, á esta única y exclusivamente es á quien tenemos que atacar restableciendo la respiración nasal como lo primero, lo principal, lo eficaz y lo indispensable para el tratamiento de una otitis media catarral crónica.

En prueba de ello relataré un hecho clínico.

N. L., treinta y dos años de edad, capitán de la marina mercante, vecino de Llodio. Tiempo del padecimiento cuatro años. Antecedentes: Corizas frecuentes y algunos catarros. Síntomas: Sordera y zumbidos en el oído izquierdo. Weber lateralizado hacia la derecha. Rinne negativo en el oído izquierdo, positivo en el derecho. Bing negativo en el izquierdo, positivo en el derecho. Gellé positivos en los dos oídos. La membrana del tímpano íntegra algo hundida hacia el promontorio y en su parte inferior de color obscuro, indicando la presencia de un líquido en la caja. Trompa obstruída, á pesar de politzer no se consigue que entre aire en la caja; con el cateterismo pasa algo y mejora rápidamente la audición, pero al cabo de unas horas vuelve á perderla. Dificultad en la respiración nasal sobre todo en la fosa izquierda.

Diagnóstico: otitis media catarral crónica y cresta del tabique nasal fosa izquierda.

Tratamiento: Politzeración, cateterismo, candelillado, etcétera, repetido diariamente.

La cresta del tabique me dificulta bastante el cateterismo lo que me obliga á ejecutarlo por la fosa nasal opuesta; á pesar de todo el enfermo mejora poquísimamente.

En este estado le propongo la extirpación de la cresta con objeto de facilitar el cateterismo y en la creencia de

que mejoraría del catarro naso-faríngeo y tubárico; acepta la intervención y le opero con el concotomo de Moure previa la anestesia cocaino-adrenalínica, saliendo la cresta desprendida por su base y con escasísima hemorragia. Taponamiento nasal con gasa iodofórmica; á los tres días renuevo la gasa; el enfermo me dice con sorpresa mía, que han desaparecido los zumbidos y que cree oye mejor; tres días más tarde vuelvo á renovar la gasa, continúa sin zumbidos y oyendo mejor; el tímpano demuestra ha desaparecido el exudado de la caja y á los doce días doy de alta al enfermo con gran satisfacción y sorpresa, encontrándome con que se halla curado del proceso ótico sin más tratamiento que el establecer la respiración nasal, después de llevar dos meses de tratamiento sin conseguir nada.

MARIO DE ORIVE.

Bilbao 23 de Octubre de 1909.

HISTORIAS CARTAS

FRACTURA DEL CRÁNEO CON HUNDIMIENTO

El día 12 de Agosto último ingresó en la Clínica á mi cargo del Hospital Civil, un niño de cinco años que presentaba una herida contusa como de dos centímetros de longitud, de dirección antero posterior, situada en la región fronto-parietal derecha á un centímetro y medio de la línea media.

El herido tenía un verdadero ataque epiléptico, contractura y movimientos convulsivos más acentuado en la mitad izquierda del cuerpo que en la derecha, en la cual apenas si existían ligeros movimientos en el brazo y antebrazo.

El cuerpo estaba cubierto de sudor; gran cantidad de saliva espumosa salía por la boca y la cara en convulsiones clónicas parecía torcida hacia el lado izquierdo.

Temperatura 39°.

ANTECEDENTES

A las once y media de la mañana de este mismo día, el niño había sido atropellado por un ciclista; inmediatamente fué llevado á la Casa de Socorro del Centro, en donde se le practicó la primera cura, marchando el niño á su casa sin presentar fenómeno alguno digno de mención.

A la caída de la tarde se presentaron malestar y ligero dolor de cabeza, síntomas que aumentaron hasta llegar á producir un ataque completo de epilepsia sintomático.

Recogidos todos estos detalles á su ingreso por el Médico de Guardia, procedimos á la inmediata intervención; una vez que explorada la herida encontramos una fractura de la bóveda craneal con hundimiento, región antes descrita.

Previo lavado y afeitado del cuero cabelludo procedí al trazado de dos incisiones, aprovechando para la primera la herida producida por el traumatismo. Disecados los dos colgajos resultantes, encontramos una fractura con hundimiento muy marcado formado por tres esquirlas fuertemente unidas y enclavadas entre sí.

En vista de la difícil movilización y extracción de los fragmentos óseos de que acabamos de hablar, procedimos al agrandamiento de los bordes por medio de la pinza Nélaton, hasta poder conseguir la movilización de fragmentos, los cuales fueron extraídos unos tras otros, quedando una pérdida de sustancia del tamaño de una moneda de diez céntimos en la lámina externa, algo más grande en la interna. Durante la intervención hubo algún derrame de sangre venosa, saliendo también algunos coágulos sanguíneos; la dura madre estaba, al parecer, sin herida alguna.

Una vez hecha la limpieza de la herida se deja en contacto de la dura madre un pequeño trozo de gasa iodofórmica que servirá de drenaje. Después reducimos las dimensiones de la herida con cuatro puntos de sutura y se procede á la colocación de un apósito de gasas, algodón y vendas asépticas.

Antes de terminar la operación habían desaparecido las convulsiones; al practicar los puntos de sutura el niño lloraba y llevaba las manos hacia la región afecta y cuando se le colocó en el pabellón correspondiente dentro de su cuna, el niño parecía ir recobrando el conocimiento.

DIARIO DE OBSERVACIÓN

Día 1.º El niño está tranquilo, no hay fiebre ni molestia alguna, toma muy bién su dieta láctea.

Día 4. Nada de particular, pero como el niño ha descompuesto el vendaje se cambia éste encontrando la herida completamente aséptica.

Se quita la gasa iodofórmica que hacía el desagüe y se toca la herida con tintura de iodo pura poniendo un vendaje aséptico.

Día 8. Nueva cura igual á la anterior; todo marcha admirablemente.

Día 15. En este día sale el niño de alta en perfecto estado, sin que nada se note de anómalo en lo intelectual, en los movimientos y en la sensibilidad.

El caso presente confirma las ideas reinantes sobre la excitabilidad de la corteza cerebral, su repuesta convulsiva, la localización de la misma y la necesidad de intervención inmediata para hacerla desaparecer reponiendo los huesos en su posición normal ó extirpándolos si aquello no es posible.

DR. APARICIO.

LA CASA DE MATERNIDAD DE MADRID

por Don José García del Moral

PROLOGANDO

En la antigüedad Terencio lo hacía con sus obras, y en la época actual Jacinto Benavente lo lleva á algunas de las suyas. Y no me arguyas, lector, de que en la comedia, como farsa, menester ha de tal aditamento á fin de que el espectador prepare su ánimo para darse cuenta de cosas que por inverosímiles tiene. También aquí, en esta casa de que voy á tratar, hay casos y cosas inverosímiles de que las gentes no se enteran nunca, pues en la aguibarrada multitud que pasa por sus camas encontraría más de un poeta, tejedor artificioso de la escena del teatro, elementos para componer su obra.

Dice Crispín en *Los Intereses Creados*, queriéndose dar á conocer á Colombina: *Todos llevamos en nosotros un gran señor de altivos pensamientos capaz de todo lo grande y de todo lo bello... Y á su lado, el servidor humilde, el de las ruines obras, el que ha de emplearse en las bajas acciones á que obliga la vida...* ¿Qué no pudiera contarnos la mujer que á deshora de la noche llama á las puertas del establecimiento benéfico de que voy á ocuparme, y que, aligerada de la carga que trae en sus entrañas, cree también sacudir el peso de su conciencia para volver al seno de la sociedad? No es de culpar á la mujer soltera, que víctima del abandono de su amante, va empujada hacia el Asilo, en donde encontrará secreto para ocultar su falta, dar á luz y pasar el puerperio. Tal fué el objeto de las Maternidades y su fin evitar que una joven abandonada de todos, sin recursos y aguijoneada por la vergüenza, cayera en el delirio del suicidio ó del aborto provocado.

Hoy la Maternidad de Madrid y cuantas como ésta admiten á toda embarazada, aunque sea múltipara y reincidente, no cumple su objeto, no satisface aquel fin; son verdaderas clínicas de partos—escribe con acierto mi buen amigo el Doctor González Alvarez—en las que apenas dan á luz las mujeres, la inmensa mayoría abandona á la Inclusa su hijo y sale robustecida su inmoralidad, á continuar la vida de disipación que al poco tiempo la vuelve al Asilo. Clínica de partos, repetiré, pues ella alberga lo mismo á la mujer casada y á la soltera, que á otras que muy expertas en el oficio pueden servir las de maestras.

¿Vas conociendo, lector, el por qué de este prólogo? Hoy que las corrientes sociales encamínanse á defender á la madre, defendiendo á su vez al producto concepcional que lleva en su seno, y protegiendo á la desgraciada mujer, víctima del deshonor y la miseria, no sólo durante su embarazo y su parto, sino después de uno y otro, creando *Asilos de convalecencia*, precisa fundar en Madrid casas destinadas exclusivamente para mujeres embarazadas que no sean ni casadas ni viudas y que han tenido la desgracia de caer en falta por vez primera.

De estas casas debiera haber una en cada distrito de la coronada villa, casas fundadas, en modo alguno por el frío expediente de Corporaciones derivadas de ampulosa exposición en la «Gaceta», sino por el calor de generosas ofrendas á la Caridad, cuya vivificante virtud honora por igual al favorecedor y al favorecido. Y no parará aquí la protección á la mujer y á la infancia abandonada—tema del que abusan nuestros más conspicuos retóricos—pues á los Asilos de convalecencia ya citados en donde la madre y el hijo encuentren apoyo moral y material, será menester añadir de que el Estado legisle la imposición del cumplimiento de la paternidad al seductor, quien de este modo no se entregará al papel de Tenorio de guardarrópia, perdida la esperanza de que la sociedad sufragará sus carnales apetitos.

Con estas reformas, basadas en la selección de las diferentes clases de mujeres que concurren en la actualidad al Establecimiento provincial situado en la calle de Mesón de Paredes, se

conseguiría además no dar el lamentable espectáculo que los días de entrada se repite con general desagrado, pues puede decirse que un cincuenta por ciento de las embarazadas que solicitan ingresar en ese Asilo tienen que volverse á sus casas, sin conseguir sus deseos, por no haber camas vacantes para ellas.

De este modo la actual Maternidad madrileña pasaría á ser lo anteriormente expuesto: una Clínica de partos de utilidad manifiesta para la enseñanza de la especialidad obstétrica; enseñanza que en España es de absoluta, de imprescindible necesidad, ya que los que obtienen el título de licenciados ó de Doctores en medicina, salen á cumplir su misión, generalmente por esos mundos de Dios, sin la práctica de que tanto han de necesitar para cumplir su sagrado ministerio.

El mal de que trato es bien antiguo: á la cátedra de partos concedíasele escasa importancia, y el Profesor la explicaba sin más material que el de su imaginación y el de los libros que á mano tuviera; las salas en que las embarazadas se encontraban eran terreno vedado para los discípulos, y cuando éstos, por casualidad, asistían á un parto, lo hacían á la manera que suele verse en medio de la calle una escena alrededor de la cual los grupos se amontonan y de la que podrán formarse ligera idea los espectadores que estén en primer término, pues los demás lo único que recogen son las impresiones que aquellos que relatan de manera más ó menos caprichosa; por el momento salíase del paso con un examen teórico que un *Aprobado* venía á sancionar. El conflicto llegaba cuando el médico, en la soledad de una aldea, tenía que vérselas con una mujer en parto; entonces hacíase á sí mismo la pregunta de que, con loable sinceridad nos da cuenta H. Stapfer en su reciente libro *Journal d'un Praticien* (1) «¿Qué savais-je?»; fortuna que el autor del libro se hallaba en París y que la desgraciada aplicación de una rama de fórceps—y á la cual desde entonces llama la rama que hiere y mata—le condujo inmediatamente á la Clínica del Doctor Pinard, en donde logró especializarse. Inútil fuérale en España al Doctor Stapfer el cumplimiento de los propósitos á que una inconveniente intervención obstétrica le llevara, ya

(1) Paris, Vigot frères, Editeurs, 1908.

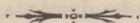
que las Maternidades todas de por acá están cerradas á piedra y lodo al médico, que convencido de su inhabilidad para la práctica de los partos, trata de ingresar en ellas para aprender á salvar la vida de las mujeres en el crítico momento de dar á luz.

Bien pudiera traer á este sitio hechos que corroborasen este aserto. Mi ingreso como Profesor clínico honorario de la maternidad, objeto de este trabajo, es una verdadera odisea que no renunciaré—Deo volente—á relatar en otra ocasión, pues quizás sirva de jalón en el camino á seguir de los médicos que deseen completar su educación obstetrical.

Y esto dicho noticiaré después de hacerlo del continente y contenido de la Maternidad, las intervenciones practicadas en los cinco meses del 1907 y 1908, en que diariamente asistí á sus salas para tomar las notas necesarias con el fin de emborronar estas cuartillas. En su confección no me guía otro móvil que su lectura pueda servir de alguna utilidad á los compañeros abnegados, á los que por campos y aldeas andan sacrificándose por sus semejante porque, conocida mi insignificante autoridad científica en esta materia, sería ridícula pretensión trazar estas impresiones para los Rafaeles del arte tocológico, conociendo —como deben conocer—que el autor aspira únicamente á la satisfacción del deber cumplido, pues lo que *importa es no caer en la flaqueza de la vanidad por los aplausos, ni en la flaqueza de la desanimación por las censuras*, como dijo el muy honorable señor don Andrés Manjón, fundador de las *Escuelas del Ave María*.



REVISTA EXTRANJERA



El desarrollo muscular en los deportes, por el doctor Champtasín.—El estudio fisiológico de los ejercicios modernos viene siendo desde hace algunos años objeto de numerosas investigaciones. Los fenómenos químicos y cinemáticos, las modalidades circulatorias y respiratoria, la influencia del sistema nervioso central y periférico y la acción y reacción desarrolladas por la función muscular, son puntos importantes que han sido tratados con especial cariño y atención por diversos autores.

Todas estas formas de actividad pueden resumirse en el conocimiento del desarrollo muscular.

Dos teorías basadas en la contracción muscular voluntaria existen para explicarlo. Una acompañada de resistencia llamada de pesos grandes, y otra sin ella ó de pesos ligeros á lo sumo.

La primera considera el desarrollo del músculo como función de cualidad en los movimientos ejecutados en virtud de un esfuerzo progresivo creciente con pesos diferentes que modifican la resistencia.

La segunda cree que la frecuencia y pequeñez de la contracción efectuada en vacío ó con débil resistencia acelerando los cambios nutritivos, aumenta el volumen de las fibras musculares y produce también la neoformación.

En otros términos más concretos: esta última tiene un origen trófico, y la otra aparte del desarrollo ontogénico normal, considera el estado hipertrófico como un estado físico, molecular, dependiente del coeficiente biológico en los fenómenos osmóticos.

Ahora bien: ¿cuál de las dos es más racional y fisiológica? La teoría de los pesos pequeños es una consecuencia de la frase conocida del Dr. Guerin: «*La función crea el órgano*» y es la facilidad ilimitada de producir por medio de la aceleración circulatoria, la hipernutrición y proliferación de las fibras musculares, beneficio que se obtiene á fuerza de tiempo y voluntad.

A pesar de lo atractiva y simpática que es la teoría, tanto por las esperanzas con que colma á los sujetos desheredados por la naturale-

za, como por la facilidad y certidumbre de los resultados, choca de frente con la realidad intangible de la ley de la especie y de la necesidad del esfuerzo.

La teoría de los pesos grandes descansa en las dos bases siguientes:

1.^a Todo individuo posee un coeficiente muscular original é invariable que aumenta el volumen de las fibras.

2.^a La hipertrofia muscular en el curso de la evolución, sea normal ó hipertrófica, es proporcional á la resistencia impuesta al músculo durante su contracción.

La histología normal y patológica nos enseña que pasado el período de formación intrauterina en el que se forma el tejido muscular, el número de fibras no sufre aumento, es decir, que no existe neoformación y su crecimiento lo hace merced al engrosamiento de las fibras.

El coeficiente muscular es variable, según los individuos y el desarrollo máximo, ante todo función de raza.

Como todos los órganos y tejidos, siguiendo las mismas leyes, el músculo adquiere cierto desarrollo normal en proporción al número de fibras y parece transmitido por herencia cuya directriz no la conocemos.

A este primer estado puede en cualquier momento de su evolución añadirse otro funcional por más ó menos tiempo, que le denominaremos hipertrófico, caracterizado por un aumento de sus condiciones fisiológicas y físicas, apreciándose sobre todo el volumen pronunciado y la mayor fuerza.

El primer estado, último escalón de la evolución ontogénica, en ciertos sujetos de escasa capacidad vital, necesita modificarse para activar su languidez por medio de ejercicios físicos.

La hipertrofia de un músculo se obtiene á beneficio de un trabajo contractil sistemático hasta llegar al *sumum* de desarrollo atlético. Esto es función de cualidad y no de cantidad de trabajo.

El mantenimiento y crecimiento del tono muscular normal ó hipertrófico, no es fenómeno de nutrición, por cuanto la hiperemia no tiene tanta influencia sobre el desarrollo de un órgano ni para ocasionar una hipertrofia.

Es verdad que el aumento de nutrición local favorece una proliferación celular existente, pero de ningún modo para suscitar una nueva.

La teoría trófica basada en la multiplicidad de contracciones con pequeñas ó nulas resistencias, no puede modificar el volumen muscular á beneficio de una congestión simple de una manera duradera.

Lo que ocurre es que se produce una utilización mejor de la fuerza ya existente, una adaptación más completa del músculo á su función y ésta en las proporciones que tenga el desarrollo actual de las fibras musculares. Hay un aumento de tonicidad de creación aparente que hace crecer algo el grado de la fuerza.

Este aumento de fuerza muscular puede producirse en músculos que no participan en nada del trabajo. Además, si el uso de los pesos ligeros tiene lugar en el curso del desarrollo somático, no puede atribírseles el aumento de volumen y fuerza, debido á la evolución ordinaria del organismo.

La hipertrofia que se produce en los músculos en virtud del uso progresivo creciente de pesos grandes, es proporcional á la resistencia. Es claro que al hablar de hipertrofia se trata del perímetro, ó mejor dicho, de la superficie de sección. En efecto, ésta representando el número de fibras musculares (coeficiente individual), multiplicado por su volumen normal ó hipertrófico (cualidad adquirida) constituye la medida de la fuerza.

La longitud y volumen de un músculo no son factores de fuerza: la primera es debida y necesaria á la extensión de los movimientos, y el segundo es función de la cantidad de trabajo, es decir, de energía. Así es que un músculo largo y otro corto con superficie de sección iguales, tienen la misma fuerza.

Hallándose medida la hipertrofia por la superficie de sección, la fuerza es proporcional á ella. Al crear la hipertrofia con el aumento de la resistencia, es claro que la fuerza será proporcional á la misma.

Bajo la ecuación siguiente pueden verse las equivalencias de los tres términos:

Fuerza—Superficie de sección—Resistencia

En la evolución progresiva del estado hipertrófico, la equivalencia constante entre los tres términos de esta ecuación hace concebir *á priori*, que los factores deben seguir una regresión paralela. La observación demuestra, en efecto, que el trabajo con disminución de la resistencia produce un decrecimiento correlativo y proporcional de la

superficie de sección del músculo, por cuanto la hipertrofia no es una cualidad definitiva sino temporal, necesitando para su conservación el uso de los medios empleados en su producción. De no hacerlo, la hipertrofia disminuye volviendo el músculo á su estado primitivo normal.

Esta propiedad añadida al estado normal, varía según el período evolutivo normal del músculo, siendo proporcional á la edad de sus fibras y no pueda llegar al *máximum* en el que no haya adquirido el completo desarrollo. De suerte que la hipertrofia es relativa y proporcional á la edad muscular.

En virtud de esta serie de consideraciones escuetas, se ve que nos separamos de las teorías tendenciosas sobre la plasticidad del músculo y la posibilidad de una neoformación *ad libitum* con un esfuerzo mínimo.

Por el contrario, nos afirmamos en la idea de que para obtener un desarrollo muscular bueno y artístico son necesarias condiciones particulares y ante todo un *coeficiente muscular* importante, puesto en acción por los esfuerzos repetidos y penosos. Así es que se comprenderá desde luego que el tipo atlético es raro.

Si el trabajo fácil verificado por medio de pesos ligeros pudiera aumentar el volumen muscular con el desarrollo y neoformación, como aseguran los adeptos á la teoría puramente trófica, no es fácil calcular lo que sucedería al individuo al cabo de muchos años de su empleo. Seguramente sería un monstruo muscular.

Prescindiendo de todo punto de vista teórico, los que han procurado adquirir el estado atlético, saben muy bien la lentitud y limitación de los resultados que han obtenido, á pesar de la intensidad y duración de los esfuerzos que han practicado.

El músculo ilimitado en su desarrollo, económico y fácil de crearlo por los pesos ligeros, es una concepción errónea en su esencia y anti-fisiológica en el procedimiento recomendado.

Las heridas extensas y rebeldes á los tratamientos clásicos y la radio-termoterapia, por el Dr. Dupuy de Frenelle.—No habrá seguramente un médico de alguna práctica quirúrgica que no haya tenido ocasión de observar hasta acabar con su paciencia, cómo se eternizan heridas extensas consecutivas á quemaduras, linfagitis flegmonosas y traumatismos desgarradores.

A pesar de la más rigurosa asepsia y el empleo del ácido picrico, vaselina embalsamadora de Reclus, piroleol, ácido fénico, sublimado, ektogan, lisol, agua oxigenada, traumatol y otros conocidos preparados, los resultados obtenidos en la clase de lesiones citadas, han sido nulos en unos casos é incompletos en otros, debidos indudablemente al modo particular nutritivo del enfermo, siendo por otra parte imposible el precisar las indicaciones de sus cicatrizantes por el aspecto ó la naturaleza de la lesión.

Vengo estudiando muchos años estas heridas extensas y aplicando simultaneamente sobre ellas cinco ó seis medicamentos, escalonándolos en superficies de tres centímetros, y no he visto que uno de ellos fuera superior á los demás en su acción continua hacia la cicatrización.

Solamente el calor y la luz eléctrica me han proporcionado satisfactorios resultados de una manera constante y apreciable. Después de tres años que vengo experimentando este medio terapéutico, he aquí las conclusiones que he deducido para la clínica.

La mayor parte de sus aplicaciones las he llevado á cabo por medio de una lámpara eléctrica de 30 bujías y vidrio no pulimentado. Las lámparas azules y de vidrio transparente, me han dado agravaciones en las lesiones.

Cuando se somete una herida á la acción de la luz y calor de una lámpara eléctrica de 30 bujías provista de un reflector, se obtiene:

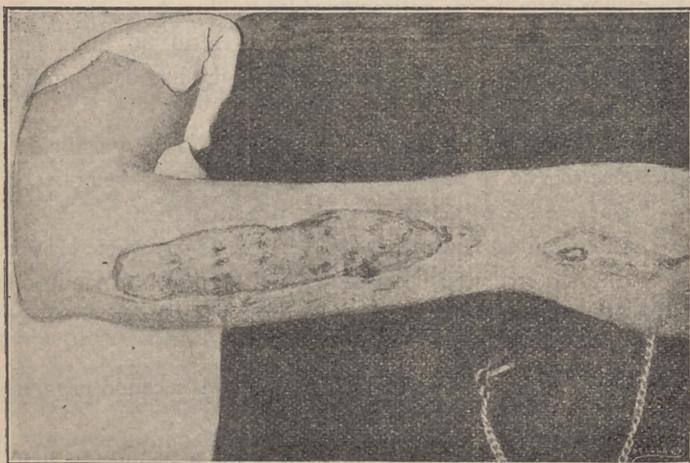
- 1.º Durante los primeros minutos, una hiperemia.
- 2.º Después una exudación serosa en toda la superficie lesionada.
- 3.º En una tercera fase esta exudación se seca formándose una delgada película sobre los bordes y una especie de barníz en el centro de la herida.
- 4.º Durante una cuarta fase, la herida se va secando progresivamente.

La intensidad del calor y la luz las regulo alejando por tiempos definidos la lámpara de la herida. Así es que la mantengo á la distancia de 10 centímetros de la lesión para producir la hiperemia y hasta que la exudacion serosa empieza á desarrollarse. A continuación la retiro á 20 centímetros hasta que la serosidad comienza á secarse en forma de capa ténue de barníz. Obtenido este resultado, se retrasa la lámpara á 50 centímetros de la herida y la mantengo á esta distancia 5 ó 10 minutos, pasados los cuales la apago. La duración de la sesión se ve que alcanza de 20 á 30 minutos.

Sin embargo, se corren daños y peligros si no se emplea una lámpara con vidrio impulimentado; si tiene mayor fuerza que las 30 bujías, se prolonga la sesión ó no se guardan las distancias de exposición. Si así se procede, á los dos días se ve que la herida aumenta en longitud y profundidad, perdiéndose un mes lo menos de trabajo cicatricial.

Expuestas las ventajas y decepciones que se aprecian en el tratamiento por la luz y calor eléctricos en las heridas extensas y rebeldes, os presento una fotografía de una de éstas, situada en un antebrazo que tiene una longitud de 24 centímetros, una anchura de 5 centímetros, dejando á descubierto la aponeurosis. Proviene ella de una linfagitis flegmonosa supurante en tres meses y sin tendencia á cicatrizarse á pesar de los medios racionales empleados. Después de 30 sesiones de calor y luz y dos meses de tratamiento curó perfectamente.

HERIDA EXTENSA Y REBELDE



Herida de tres meses de existencia curada en dos meses con treinta sesiones de luz eléctrica

Iguales resultados he tenido en otras más antiguas. Por lo tanto me permito recomendar dicho procedimiento en los casos rebeldes, sin olvidar que su empleo necesita mucha atención, tacto y prudencia, so pena de agravar la lesión.

Finalmente, estos resultados pueden aproximarse á los obtenidos por Dannes con las corrientes de alta frecuencia en una espina ven-
tosa extensamente raspada y los de Keating-Hart con la fulguración
en las úlceras varicosas y cánceres.

La electricidad, pues, se ve que bajo diferentes modalidades es un
buen agente de cicatrización en las heridas rebeldes y extensas, supe-
rando en mucho á las substancias de la actual farmacopea.

**La homosexualidad y la psicoterapia, por el Dr. Be-
rillón.**—La producción del deseo sexual en los machos de las espe-
cies animales superiores tiene lugar por el olor penetrante y especial
que exhalan las partes genitales de las hembras en el período de celo.
Así es que el hombre normal ó heterosexual no escapa de esta ley
general, dominando las percepciones olfativas en su vida sexual.

Por el contrario, en las hembras, de algunas especies animales y
sobre todas en la humana, se ha observado que la excitación y elección
sexuales la efectúan por impresión visual.

De suerte que las disposiciones psico-fisiológicas de carácter sexual
pueden diferenciarse con la formula siguiente:

*”La evocación de imágenes capaces de estimular el apetito sexual en el
hombre tiene origen olfativo y gustativo y en la mujer visual y táctil.”*

Las formas y caracteres afeminados en el hombre y las hombrunas
en la mujer, no indican sus aficiones homosexuales de un modo segu-
ro, por más que existen casos positivos.

En el hombre normal, la excitación genital tiene su punto de par-
tida en percepciones olfativas ó en el recuerdo de ellas, mientras que
nada semejante existe en los sujetos que manifiestan disposiciones
marcadas hacia la inversión sexual. Estos están privados de olfato ó
lo tienen muy atenuado.

Hay casos en los que la anosmia es debida á una renitis atrófica ó
hipertrófica y otros en los cuales la atenuación del sentido no tiene
causa aparente y quizá sea una manifestación de la degeneración he-
reditaria.

En su consecuencia, si para ser un buen heterosexual es preciso
tener un buen olfato, la negación ó atenuación graduada predispone á
la homosexualidad.

Al mismo tiempo que se han demostrado estas condiciones en los
homosexuales, he adquirido la certeza de que estos mismos sujetos pre-

taban un predominio de sus actitudes visuales y táctiles como las mujeres.

Toda mujer homosexual cesa de pertenecer al tipo visual y se convierte en olfativo, es decir, que se coloca en condiciones exactamente contrarias en su modo de ser genital que el hombre.

Por lo tanto, la inversión sexual, homosexualidad ó tercer sexo, como festivamente llaman algunos autores alemanes á ese estado genital, viene á ser una inversión sensorial.

De esta manera de apreciar se desprende para su terapéutica, la necesidad de llenar la indicación formal de reeducar el sentido del olfato, base del tratamiento.

La teoría expuesta se confirma en la práctica, puesto que los homosexuales á quienes he sometido á la reeducación olfativa empleando la sugestión en el estado hipnótico y ayudada en diversos agentes físicos, todos ellos han tenido una modificación favorable en la orientación de sus disposiciones sexuales.

La autoseroterapia en la pleuresia serofibrinosa.—Este procedimiento terapéutico consiste en inyectar bajo la piel del enfermo algunos centímetros de su líquido pleural con el objeto de conseguir la reabsorción rápida de todo el derrame producido.

Imaginado y descrito por el Dr. Gilbert, ha sido comprobada su eficacia por los Drs. Naseti, Jédé y Schnütgen.

El modo de ejecutarlo es sumamente sencillo: con las precauciones y sitio ordinariamente empleados, se hace una punción exploratriz con una jeringa de un centímetro cúbico de cavida. Se retira suavemente la aguja y sin sacarla del todo fuera se la desliza debajo de la piel de la región misma del torax y se inyecta el líquido.

Esta operación se repite cada dos días; según la gravedad del caso, se verificará de una á tres veces, ó si fuera rebelde, cinco ó seis.

La reabsorción se hace en dos semanas á lo más, en los casos ligeros y cuatro en los graves.

Tiene una acción más importante y regular que la punción exploratriz simple. Puede ser usado desde luego sin miedo á riesgo alguno al aumentar ó recidivar el derrame, aunque existan fenómenos inflamatorios que hasta hoy contraindicaban la punción.

Inmediatamente después de la punción, la cantidad de orina se eleva mucho: se le ha visto ascender desde 600 á 1500 gramos en el día.

Los buenos efectos obtenidos parece son debidos, de una parte á la acción mecánica de la punción y de otra al poner en circulación productos antitóxicos y bactericidas contenidos en el líquido del derrame.

De todos modos, tal es su crédito adquirido que puede entrar desde luego en la práctica corriente.

La muerte inopinada en las enfermedades infecciosas, Drs. Gouget y Dechaux.—No es tan raro como se cree el ver en las enfermedades infecciosas sucumbir bruscamente al enfermo con apariencia de un estado satisfactorio convalesciente ó en el curso de la afección que evoluciona sin inquietudes de ningún género.

Conocidas son las muertes rápidas que ocasiona la fiebre tifoidea en la primera semana de su desarrollo, en el estado de convalecencia y aún como primera manifestación apreciable de la enfermedad hasta entonces latente.

El reumatismo articular agudo, difteria, neumonía, grippe y otras infecciones agudas, sorprenden con tan inesperado fin. No ha mucho tiempo vimos á una mujer anciana y á un joven morir súbitamente al comenzar y terminar una erisipela de la cara al cambiar de postura en la cama: á una niña que había pasado la difteria hacia 20 días, fallecer en brazos de su criada en un paseo público.

Pero de todas las enfermedades infecciosas no hay una que le aventaje á la escarlatina en ocasionar la muerte imprevista sin anuncio premonitorio ni explicación posible. Es la más traidora enfermedad que se conoce y mata al principio, en su curso medio y convalecencia.

Inútilmente se han buscado datos anatomopatológicos que expliquen la muerte reduciéndose todo lo que se sabe á meras hipótesis.

Se ha inculcado en la escarlatina, difteria, tifoidea y viruela á la elección que estas infecciones hacen de las cápsulas suprarrenales, sistema nervioso, corazón y aún riñones; pero nada claro se ha demostrado.

En ausencia de toda causa ocasional ¿habrá que fijarse en la intervención particular del organismo? Esto nos lleva á la investigación de las causas predisponentes, es decir, sobre el terreno afecto.

Según algunos autores alemanes, estas muertes repentinas, sobre todo en la primera infancia, las atribuyen generalmente á la hipertrofia del timo que crea un temperamento particular. Los niños gruesos

linfáticos, empastados y excesivamente alimentados, son víctimas propiciatorias. En las epidemias de escarlatina es donde se ven gran número de estos casos, especialmente en los comienzos si los niños son glotonos. No es efecto de una casualidad el ver en una epidemia de escarlatina sucumbir más niños de las clases acomodadas que de las pobres. Es la enfermedad que mejor pone de manifiesto la muerte por el corazón en los niños sobrealimentados.

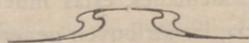
¿Debe achacarse esto á la sobrecarga grasosa en el miocardio? De ningún modo, pues estos enfermitos gordos y linfáticos tienen una irritabilidad especial del sistema nervioso de origen hereditario en el corazón. Estos niños á la menor emoción cambian de color y suele haber entre ellos algunos taquicárdicos. Sus familias cuentan varios casos de muertes súbitas tanto en la primera edad como en la adulta.

El carácter familiar que tienen estas muertes ha llamado la atención de muchos autores y especialmente del Dr. Hedinger, que tuvo de nueve niños seis muertos súbitamente, y de los Dres. Gilbert y Baudouin, que han observado en adultos. Y tanto es así, que se inclinan á la admisión de una *díatesis de muerte súbita* en ciertas familias.

En resumen: las muertes imprevistas en la escarlatina como en las demás enfermedades infecciosas, son en la actualidad misteriosas. La causa y su mecanismo se hallan en estado hipotético nada satisfactorio para un clínico.

Tenemos, pues, que contentarnos con la investigación formal y seria de los antecedentes personales y familiares, principalmente sobre el estado del sistema nervioso, herencias alcohólica, sífilítica, tuberculosa y otras y de la existencia posible de otras muertes súbitas en la familia. En las autopsias que se verifiquen se tendrá cuidado de examinar los centros nerviosos, el aparato cardio-vascular y las cápsulas supra-renales, bien entendido el que no se dé importancia grande á las ligeras alteraciones ó que se hallen muy circunscritas, creyéndolas capaces de explicar la gravedad del desenlace funesto.

DR. IGNOTVS.



2.º Congreso para la represión de fraudes alimenticios

— 308 —

DATOS PARA LA HISTORIA

No se si saben los lectores de esta revista, pero por si alguien hubiera que lo ignorase, les diré que el pasado mes de Octubre, desde el 17 al 24, se celebró en París el 2.º Congreso para la represión de los fraudes alimenticios, bajo el patronato del Gobierno francés.

Se hizo por los organizadores el reclamo consiguiente, habiendo conseguido la adhesión de un número muy crecido de congresistas, de ellos muchos técnicos, pero tal vez muchos más comerciantes ó industriales de substancias alimenticias, pues hay que hacer notar que los industriales tenían en el Congreso iguales derechos que los técnicos, es decir, voz y voto.

El personal de los Laboratorios, destinado exclusivamente á perseguir las adulteraciones de alimentos y bebidas, se iba á encontrar en un Congreso en donde se les daba beligerancia á los industriales que iban dispuestos á conseguir todas las ventajas posibles para sus negocios, importándoles poco la higiene alimenticia.

Y así sucedió lo que ocurrir debía, dada la organización del Congreso, que se tomaron conclusiones que más que para la represión de los fraudes, fueron para legalizarlos á su sombra y con el asentimiento de la mayoría de los Congresistas, pues los industriales que eran ya legión, arrastraron, desgraciadamente, á bastantes técnicos, consiguiendo tener mayoría en las votaciones.

Los que allí fuimos de buena fe y con entusiasmo, en la creencia que íbamos á un Congreso serio y donde se habían de aquilatar todavía más la pureza de los alimentos, nos llevamos un solemne chasco; aquello fué una merienda de... industriales y en donde la seriedad de nuestro vecino país quedó en

una situación más que dudosa, pues se confirmó una vez más que supeditan al negocio los más altos intereses de la higiene representado en este caso por la pureza de los alimentos.

Nos encontramos juntos en este Congreso creo que los tres únicos técnicos españoles que había en el mismo, mis queridos amigos los Sres. Casadevante, Leal y el que esto escribe, director el primero del Laboratorio Municipal de San Sebastián y Catedrático el segundo de química y reconocimiento de productos comerciales de la Escuela Superior de Comercio de Bilbao; pues bien, los tres por unanimidad pensamos lo mismo, es decir, que el Congreso era de comerciantes, no de hombres de ciencia obligados por su profesión á perseguir á los adueltadores.

Y que esta opinión no fué solo de nosotros, lo prueba el que las personas con quienes tratamos, y que fueron todas extranjeras, eran de nuestra misma manera de pensar, y algunos estaban indignados del giro que tomaban las cosas, que tan sustanciosas conclusiones resultaban para los industriales; los delegados de Grecia, México, Rusia y República Argentina, estaban como nosotros, sorprendidos de las discusiones y acuerdos del Congreso, y hubo momento en que estuvimos para elevar al presidente del mismo una enérgica protesta por la poca seriedad que veíamos en las deliberaciones de éste.

Con las discusiones se daba el caso de que se ponía en frente de la higiene los del interesado comercio, alegando la importancia de éste, y cuando alguno se oponía á las pretensiones industriales se armaba una algarabía con su miajita de pitoreo, para impedir que se le oyese al contrario.

De todo esto resultó que se tomaron acuerdos contrarios á los preceptos hasta ahora exigidos por una buena higiene alimenticia.

Así se autorizó como operación regular el empleo del sulfato de cobre para dar color verde á las conservas. Esta proposición fué aprobada por mayoría de votos á pesar de la enérgica oposición que se hizo y á pesar de haberse indicado los peligros que ofrece la ingestión de ese producto en el organismo humano.

Los fabricantes y comerciantes de aceites, igualmente consiguieron el que se pudiese usar ese mismo compuesto cúprico para dar color verdoso al aceite de oliva.

Además á los comerciantes de aceite se les permite mezclar (mejor dicho adulterar) al de olivas otros aceites de calidad inferior, como son el de sésamo, algodón, etc., con solo calificarlo con los nombres de aceite de mesa, de ensalado, etc.; no sé lo que pensarán los aceiteros de España de ese acuerdo, pero creo que si se llevase á cabo, sería la muerte del aceite de oliva.

También se ha considerado como operación regular la adición de 4 % de harina de habas en la de trigo.

En las confituras son consideradas como operaciones regulares el empleo de aceites y grasas minerales en lugar de las comestibles, el uso de ácido sulfuroso (100 mg. por kg.), sulfato de cobre, ácido acético, alumbre, bicarbonato sódico, cola, etcétera.

Igualmente el uso de colorantes de anilina de los llamados inofensivos, que según autores no hay ninguno que deje de ser nocivo.

También se autorizó el empleo del borax para la mantequilla, á pesar de haberse considerado como nocivo á la salud por los técnicos.

El empleo de los antisépticos en la alimentación ha sido siempre prohibido, por entenderse que aquéllos producían graves perjuicios en los fenómenos de la digestión y asimilación, por oponerse á la acción regular y fisiológica de los fermentos digestivos, retardándolos ó impidiéndolos, dando lugar á dispepsias y alteraciones gastrointestinales; por otra parte, considerábase como un enérgico antiséptico al ácido sulfuroso y los bisulfitos alcalinos y su uso estaba prohibido; sólo se admitía en los vinos en corta cantidad como consecuencia del mechado ó azufrado de los toneles y envases; pues bien, si los acuerdos de este Congreso fuesen ejecutivos, raro sería el día en que dejáramos de ingerir mayores ó menores cantidades de esos compuestos sulfurosos, pues se consideraron por sus acuerdos como operaciones regulares el empleo de aquellas

sustancias en los vinos, sidras, cervezas, frutos secos, vinagres, etc., si bien se prohibió su uso en las carnes, ¿en qué consistirá que el ácido sulfuroso sea nocivo para las carnes, y en cambio no lo sea para los vinos, cervezas, frutas, vinagre, etcétera? pues yo les diré á ustedes: es que no debía haber en la sección correspondiente ningún carnicero para defender sus intereses.

Los vinateros y vinicultores apretaron de firme, se consideraron como operaciones regulares el enyesado, que estaba ya admitido hasta los 2 gramos, con una tolerancia de 10 por 100, el fosfatado con 250 gramos de fosfato de cal por litro, la adición de sal un gramo por litro, la adición de tanino, azúcar de caña, alcohol, ácido tártrico ó cítrico, ácido sulfuroso ó bisulfitos, caramelo, etc., es decir que sólo falta poquísimo para autorizar obtener vinos en absoluto artificiales.

Por último, á pesar de que en este Congreso no debe tocarse nada de lo acordado en el de Ginebra, se hizo caso omiso de ello cuando convino á los industriales, y así llegó á acordarse en algunas secciones el nombramiento de comisiones especiales para que modificasen algunas disposiciones tomadas en Ginebra.

Con lo expuesto basta para que mis lectores se hagan cargo de lo que ha sido el 2.^o Congreso de Fraudes Alimenticios celebrado en París, y de la altitud de miras que ha guiado á la mayor parte de los franceses que á él han acudido, resultando un *Congreso Mercachifle*, palabra con que le denominó uno de los delegados rusos.

El representante español, vicecónsul de España en Burdeos, y que por las cosas que en el Congreso solicitó debía ser comerciante de vinos, en su discurso de salutación el día de apertura indicó la conveniencia de que los acuerdos que se tomasen en aquél se aceptasen como buenos por los Gobiernos que habian enviado representación, y se llevasen á la práctica; librenos Dios de semejante enormidad, pues sería borrar de un plumazo todo lo que con referencia á la prohibición de adulteración se ha escrito, y dar título de garantía y pureza á alimentos perfectamente adulterados. Afor-

tunadamente el Gobierno español no aceptará aquellas conclusiones, y creo que no habrá Gobierno europeo ni americano que los acepte; en la misma Francia, tan pronto caigan en cuenta de lo ocurrido han de procurar echar á olvido este Congreso, y he visto ya que algunas publicaciones francesas comienzan á atacar seriamente á las determinaciones tomadas.

DR. J. ARÍSTEGUI,

Jefe del Laboratorio Municipal.

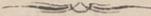
BIBLIOGRAFÍA

La Casa de Maternidad de Madrid, por D. José García del Moral.—Hemos tenido ocasión de leer este curioso opúsculo, dedicado á describir la Maternidad de Madrid y á relatar treinta y ocho casos de partos, algunos muy interesantes y de verdadera enseñanza.

Entre estos casos citaremos uno de «Pubiotomía subcutánea», Obs. 7.^a (lástima que esté relatado muy someramente), otro de «Placenta previa», Obs. 14, otro de «Eclampsia», Obs. 16 otro de «Tumor teratológico», Obs. 17, otro de «Placenta previa», Obs. 29, otro de «Hidrocefalia», Obs. 30, otro de «Placenta previa», Obs. 33 (lástima que no fuera autopsiada, pues es muy de temer que la causa de la muerte en esta enferma haya sido una embolia pulmonar; he visto un caso igual) y otros varios, á cual más interesantes.

Pero lo importante del opúsculo está en la serie de consideraciones que hace acerca de la Maternidad de Madrid, por cuya razón, y por otras varias, no dudamos en recomendar su lectura.

Crónica Médica Mundial



Hungría.—Congreso médico internacional en Buda-Pest:

El 16.º Congreso médico que se celebró en Buda-Pest del 30 de Agosto al 4 de Septiembre del año actual, fué verdaderamente una hermosa fiesta de gran provecho para nuestra profesión.

Próximamente 5.000 médicos, entre los cuales se contaban indiscutibles eminencias, llenaban las amplias salas en las que tuvieron lugar las sesiones. Se pronunciaron muchos y variados discursos sobre asuntos profesionales, resaltando entre ellos el del conde de Apponi, Ministro de Instrucción Pública, y los de Landouzy, Baccelli y Kitasato.

El 30 empezaron las 21 secciones sus respectivos trabajos con actividad inusitada si habían de ocuparse de los 1.200 temas y comunicaciones presentados al Congreso, abarcando unos y otras el vasto campo de la ciencia médica.

Tarea imposible sería describir este *tour de force* intelectual de la inmensa mayoría de los congresistas, razón por la que citaremos algunos de los más notables sin descender á minuciosidades. De una manera magistral se ocuparon varios oradores de la apendicitis, arterio-esclerosis, inmunidad y del tratamiento de las enfermedades de la piel y tumores por los rayos X; Bashford y Doyen sobre el carcinoma, Saveran sobre Medicina exótica, Garré de la transplatación de vasos sanguíneos y órganos, Gruber sobre la degeneración, Baumgarten y Kitasato sobre la infección tuberculosa, etc., etc. Baccelli leyó una reseña muy interesante sobre la introducción de medicamentos enérgicos en la venas y bajo este principio se ocupó también Barsony sobre el buen resultado de las inyecciones de sublimado en las venas en el tratamiento de la fiebre puerperal.

El resultado científico del Congreso ha sido grandísimo.

Durante él se fundaron varias Ligas internacionales, entre ellas la Liga contra la epilepsia, la ortopédica internacional y las Asociaciones internacionales de Pediatría.

Los premios distribuidos fueron los siguientes: el del barón de Lenwall á los doctores Gray y Neuman, de Londres y Viena respectivamente; el de París, á Bordet; el de Moscow, á Hartwig. El premio de Oftalmología, del Ministro de la Gobernación de Hungría, no se adjudicó. Se anunciaron otros dos: uno de 5.000 francos, de Politzer, y otro de Livingston, de Nueva-York, consistente en 2.500 coronas; el primero para recompensar la mejor obra sobre otología, y el segundo para el mejor trabajo sobre el tema siguiente: ¿Qué servicio sanitario del ejército podrá garantizar la más perfecta conservación de la salud del soldado, aun en caso de guerra?

Gracias á la amabilidad de la Junta Directiva del Congreso, cuyo Presidente era Müller y Secretario principal Grosz, el Cuerpo médico esperantista celebró una sesión solemne el día 30 de Agosto, á las diez de la mañana, en el hermoso salón del Museo nacional húngaro, ante un numeroso y selecto público, ocupando la Presidencia el Dr. Samuel Schwartz, del Grupo de Médicos esperantistas de Hungría. Eminencias médicas de todo el mundo (excepto de España) abogaron en muy elocuentes discursos por la necesidad imprescindible de que en los Congresos médicos se incluya como una de las lenguas oficiales el «Esperanto».

Al final de la sesión el Dr. Schatz propuso que se diese por escrito al Comité organizador del próximo Congreso médico, por mediación del de el actual, que se dignase: 1.º Establecer un Comité esperantista, cual se hace al designar los idiomas oficiales que han de hablarse en los Congresos. 2.º Admitir el idioma Esperanto para el desarrollo de temas, comunicaciones, etcétera. Ambas proposiciones fueron aprobadas por unanimidad.

La clausura de este memorable Congreso tuvo lugar el 4 de Septiembre, despidiéndose los congresistas con las palabras: ¡Hasta 1913 que nos veamos en Londres!

DR. R. SCHATZ.

Hungría.—*Congreso internacional de la Prensa médica celebrado en Buda-Pest el 27 y 28 de Agosto de 1909:*

Dos días antes de celebrarse el Congreso médico se reunió la Asociación de la Prensa médica, ocupándose con preferencia del tema á discutir sobre Anuncios-reclamos, esto es, descripciones de experimentos favorables hechos con medicamentos nuevos. Este tema dió lugar á grandes controversias, no llegando á un acuerdo por no haberse expuesto con claridad el significado de los Anuncios-reclamo.

De mayor importancia que el anterior fué el presentado por R. Blondel: «La literatura médica de hoy es tan extensa y *políglota* que es de todo punto imposible que sus resultados favorezcan á todos. La de las naciones más pequeñas debe resentirse principalmente, porque aun sus mejores obras permanecen desconocidas y no despiertan la atención de nadie. Precisamente en nuestra Ciencia y Literatura es de desear que lo bueno sea conocido en todas partes lo antes posible y lo que no valga sea rechazado en la misma forma.» Según esta proposición del hábil y perspicaz Secretario general de la Asociación de la Prensa, su objeto es, que el contenido de toda comunicación aparezca después de hecha ésta en un breve resumen en las lenguas oficiales, esto es, en francés, inglés ó alemán. Todas las revistas de Medicina se remitirán á una oficina central, la cual imprimirá estos resúmenes en un periódico que será exclusivo de la prensa médica; así toda comunicación podrá incluirse en la literatura mundial.

Desgraciadamente la proposición no fué aceptada tal como se presentó. Después de ser muy discutida decidió el Congreso que los resúmenes se redactasen no solo en los idiomas citados sino *en toda lengua empleada para las relaciones internacionales.*

DR. R. SCHATZ.

España.—*Congreso internacional esperantista:*

Con motivo del 5.º Congreso esperantista celebrado en la capital de Cataluña del 5 al 11 de Septiembre último nos reunimos en la Ciudad Condal cientos de congresistas de todo el

orbe. La índole especial de esta Revista me obliga á no describir *in extenso* las grandiosas sesiones celebradas en los locales más amplios y hermosos tales como el Palacio de Bellas Artes, Paraninfo y Aulas de la Universidad, Salón de la Lonja, etcétera, etc.; en cambio, séame permitido decir algo sobre lo que á nuestra profesión respecta.

El día 7 nos reunimos los médicos esperantistas en número de 90 próximamente, en el aula número 6 de la Universidad, teniendo que celebrar dos sesiones, una á las diez de la mañana y otra á las cuatro de la tarde, ambas presididas por el venerable anciano Dr. Dor de Lion, á cuyo lado estaba nuestro querido maestro y colega el Dr. Zamenhof, inventor del idioma internacional «Esperanto». En ambas sesiones no se presentaron temas á discutir sobre ciencias médicas, pues el objetivo del 5.º Congreso no era éste.

Empleando el idioma «Esperanto» se trataron importantes asuntos, en especial de propaganda del idioma entre los profesionales y de los medios de ampliar y publicar siquiera quincenalmente por ahora nuestra hermosa Revista mensual *La Voz de los Médicos*, la cual se lee hoy por más de 1.000 colegas de diversos países (hace seis meses éramos 300 suscriptores). En ambas reuniones no hubo la más mínima nota discordante.

Dato curioso que observamos. La pronunciación del Esperanto por los rusos, turcos, italianos y españoles es exactamente la misma. A los franceses, ingleses, alemanes, etc., se les comprende perfectísimamente cuanto hablan, pero se nota algún pequeñísimo defecto; en una palabra, es lo mismo que si en un círculo de españoles oímos hablar en el idioma de Cervantes á un catalán, á un andaluz, á un vascogado, etcétera, á todos se les observa algo que no está en consonancia con el fonetismo de la lengua, pero bien sabemos que poco á poco se generaliza, cual sucederá seguramente con el Esperanto.

Para terminar este extenso y pesado escrito debo advertir que gracias á la proverbial cortesía de los médicos esperantistas catalanes y á la de algunos no esperantistas, tuvimos el placer de visitar varias clínicas especiales, hospitales y dispen-

sarios, siendo los colegas extranjeros los primeros en alabar lo mucho y bueno que no creían ver en España.

Pocos días después nos despedíamos «Hasta la vista en Washington», en cuya capital se celebrará el año próximo el 6.º Congreso internacional de Esperanto, al cual, con sentimiento inmenso, quizás no pueda asistir.

JORGE S. HITA.

La Arboleda-Bilbao Diciembre 1909.

SECCIÓN DE FARMACIA

Asamblea Farmacéutica Nacional de Valencia

Proyecto de ley sobre limitación de farmacias

Queda limitado en toda España, islas Baleares y Canarias, el número de las oficinas de farmacia.

No podrá existir más de una oficina de farmacia por cada 5,000 habitantes. En las poblaciones menores de 5.000 habitantes, los Colegios provinciales constituirán núcleos ó agrupaciones de poblaciones equivalentes á un partido farmacéutico, teniendo en cuenta para ello la situación topográfica, vías de comunicación, etcétera.

En las poblaciones de más de 5.000 almas y cuando el número de oficinas esté completo, cuando haya un aumento de población comprobado por el Instituto Geográfico y Estadístico de 5.000 ó más habitantes, se creará una plaza de Farmacéutico, que se proveerá con arreglo á lo dispuesto en el presente proyecto.

Todas las oficinas de farmacia existentes en la actualidad y las que pudieran establecerse por los actuales Farmacéuticos que no ejercen la profesión, como también por los futuros Farmacéuticos que al amparo de la vigente ley tuvieran derecho á ello, que excedieran del número fijado por este proyecto, serán amortizadas:

- 1.º Por defunción de su propietario.
- 2.º Por incapacidad física legal.
- 3.º Por retirarse voluntariamente del ejercicio de la profesión.

Las oficinas de farmacia amortizadas comprendidas en los casos primero y segundo, serán justipreciadas por una Comisión formada del seno de la Junta del Colegio provincial donde aquélla correspondiere, juntamente con los decanos de la oficina. Si los herederos ó propietarios legales de la misma no estuvieran conformes con lo tasado por dicha Comisión, podrán nombrar á voluntad propia un farmacéutico perito, el que, junto con otro designado por el Colegio y presididos ambos por el Sr. Subdelegado del distrito correspondiente, constituirán la nueva Comisión que entenderá en última instancia.

Se establecen tres categorías de plazas de partidos farmacéuticos por el siguiente orden, de inferior á superior:

1.º Plazas de entrada.

2.º Plazas de ascenso.

3.º Plazas de término.

Quedan clasificadas como plazas de entrada las oficinas de los núcleos ó agrupaciones de poblaciones y pueblos de 5.000 á 10.000 habitantes.

Son plazas de ascenso las oficinas de las poblaciones de 15.000 á 40.000 habitantes.

Son plazas de término las oficinas de las poblaciones mayores de 50.000 habitantes.

DE LA PROVISIÓN DE VACANTES

El Cuerpo Farmacéutico español estará constituido por los Farmacéuticos establecidos y los que ingresen por oposición para ocupar vacantes.

Las vacantes en las plazas de entrada se proveerán por oposición, según las bases, programas ó condiciones que al efecto se publiquen.

Las vacantes de las plazas de ascenso y término se proveerán con arreglo al siguiente riguroso turno:

1.º Por ascenso de los que ocupan plazas de entrada á la categoría inmediata superior.

2.º Por concurso de los que ocupan plazas de igual categoría.

3.º Por oposición.

4.º Por concurso de ascenso.

Los Colegios Provinciales de Farmacéuticos respectivos nombrarán los Farmacéuticos interinos que hayan de regentar las oficinas de

las plazas que vacaren en su demarcación, dentro del improrrogable plazo de ocho días, á contar desde el que se le comunique la vacante por el Sr. Subdelegado del distrito donde ocurriera, y éste dará cuenta á la Superioridad de las vacantes dentro del plazo de tres días.

Las oposiciones ó concurso para proveer una plaza vacante se anunciarán dentro del plazo de treinta días desde que haya ocurrido ésta, y deberán celebrarse antes de finir los noventa desde su anuncio.

Tanto en caso de traslado, de apertura de nueva farmacia, etcétera, ésta no podrá establecerse á menor distancia, á contar por el camino más corto, de 250 metros de otra farmacia.

ARTÍCULOS TRANSITORIOS

1.º Desde el día en que se promulgue esta ley, queda prohibida la implantación de nuevas farmacias sin previo informe favorable del Colegio Provincial respectivo, como también á la venta ó traspaso de una establecida.

2.º En ningún caso podrá una farmacia que deba amortizarse estar abierta al público más de 90 días después del fallecimiento del Farmacéutico.

3.º El importe de las farmacias que con arreglo á los anteriores artículos deben amortizarse se sufragarán del siguiente modo:

1.º En las poblaciones que por sí solas no constituyan un solo distrito con un Subdelegado, los Farmacéuticos de la misma localidad abonarán en proporción á las distancias de la amortizable el 80 por 100 de su totalidad, y el 20 por 100 restante los correspondientes al mismo distrito del Subdelegado, en proporción también á las distancias de las poblaciones en que radiquen, contando por el camino más corto.

2.º En las poblaciones en que por sí constituyan un solo distrito con Subdelegado, se pagará entre todos los Farmacéuticos de la localidad el total del importe de la amortizante.

3.º En las poblaciones que existan varios distritos con Subdelegado, se abonará el 80 por 100 entre los del mismo distrito, y el 20 por 100 entre los de los otros distritos de la población, en proporción también á las distancias.

*
**

El premio otorgado por el Colegio de Vizcaya al tema de la «Li

mitación» ha sido otorgado á la Memoria *Regeneración*, de D. Angel Viñeta Urgel, Farmacéutico de Samial (Tarragona).

Nos ocuparemos con más detención sobre este asunto cuando recibamos la Memoria premiada. Por ahora, nuestra sincera felicitación al distinguido compañero catalán autor del trabajo premiado.

*
* *

El día 11 del pasado Noviembre falleció en Orduña el antiguo y laborioso Farmacéutico de aquella ciudad D. Primitivo Jiménez Bretón.

Reciba la familia de tan respetable compañero la expresión de nuestro sincero pésame.

En Portugalete ha fallecido también el Sr. López Bustamante, hermano y padre, respectivamente, de nuestros compañeros D. Elías López Bustamante, Farmacéutico de Portugalete, y D. Ismael López Francés, que lo es de Las Arenas, á quienes acompañamos en su duelo.

SECCION PROFESIONAL

— * * —

Datos para la biografía del Dr. Zamenhof.—Los amables lectores de la GACETA MÉDICA DEL NORTE me permitirán que en unas cuantas líneas haga un pequeño resumen biográfico de nuestro colega ruso el doctor Lázaro Luis Zamenhof, oculista de Varsovia é inventor del hermoso idioma internacional «Esperanto».

El hecho de cumplir 50 años el 15 de este mes el idolo de los verdaderos esperantistas, nos obliga á todos *desde la princesa activa á la que pesca en ruin barca*, á prestar este homenaje de cariño y respeto á nuestro querido maestro.

El Dr. L. L. Zamenhof nació en Bjelostok, ciudad de la provincia de Grodno, en la antigua Polonia rusa, el 15 de Diciembre de 1859. Su ciudad natal fué cuna de sus primeras letras, pasando luego á Varsovia, donde terminó el bachillerato en 1879. Sus estudios médicos los hizo con gran aprovechamiento en las Universidades de Moscou y Varsovia, terminándolos en esta capital en 1884, dedicándose después con preferencia á la Oftalmología en las clínicas y en el Hospital hebreo de la citada capital. En 1887 contrajo matrimonio con la

señorita Zylbernik, de Kovno, teniendo en la actualidad tres hijos, dos de los cuales, Adán, de 22 años, y Sofia de 21, estudian la carrera de su padre, y Lidia, jovencita de seis, seguramente hará lo propio. Un hermano de nuestro biografiado, el Dr. León Zamenhof, también médico en Varsovia, le sirve de auxiliar en sus múltiples ocupaciones.

La historia del idioma auxiliar «Esperanto» es á la vez la del sabio objeto de estas líneas. La idea de una lengua internacional germinó en su cerebro desde la más tierna infancia y ya no la abandonó. La población donde nació se componía de habitantes que hablaban los idiomas ruso, polaco, alemán y hebreo. La impresionabilidad del médico-filólogo, del joven altruista L. L. Zamenhof, previó que esta diversidad de lenguas era la causa principal que separaba ó dividía á los hombres en diferentes partidos enemigos. Sus progenitores le enseñaron á considerar á todos los hombres como hermanos, y los años le demostraron que la máxima *homo hominis lupus* era, desgraciadamente, una gran verdad. El joven idealista se convenció cada vez más de que si los hombres hablasen un mismo idioma, la fraternidad universal sería un hecho. Su conciencia le dictaba que la única lengua internacional debía ser la que no perteneciese á ninguna de las habladas en las diversas naciones, que debiera ser *artificial*, pues las *naturales* eran demasiado difíciles para emplearlas en el uso ordinario. Con verdadero ahinco trabajó el joven doctor, y en el año 1878 la lengua artificial estaba *casi* formada. ¡La fecha 17 Diciembre de 1878 no debe olvidar ningún buen esperantista! Pero, por consejo paterno, el joven médico optó por hacer pruebas prácticas antes de lanzarla á la publicidad. Durante los cinco y medio años de sus estudios universitarios á nadie habló de su proyecto por temor á burlas y persecuciones. «Obligado á ocultar mis ideas y planes, en ninguna reunion tomaba parte, y el tiempo más hermoso de mi vida, el de los años estudiantiles, lo pasé muy desagradablemente.» Así se expresa él mismo sobre este período de su vida.

Sin embargo, no cesaba de trabajar en el perfeccionamiento de su ideal, y en 1887 publicó el primer folleto titulado «El Doctor Esperanto, Lengua internacional, Prólogo y Manual completo»; en ruso, polaco, alemán y francés, y más tarde, en 1888, en inglés.

Desde estos dos últimos años la lengua internacional auxiliar «Esperanto» se extiende más y más por todo el mundo, como lo prueban los cinco Congresos esperantistas de Boulogne-sur-Mer, Ginebra, Cambridge, Dresden y Barcelona celebrados en 1905, 906, 907, 908 y 909 respectivamente, los cuales han convencido *prácticamente* hasta á los más pesimistas en esta materia, que los juveniles sueños del doctor Zamenhof serán una realidad antes de lo que se cree.

JORGE S. HITA.

La Arboleda-Bilbao Diciembre 1909.