

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SÁBADOS

HISTORIAL

Fundadores: Sres. Delgrás, Escolar, Méndez Alvaro, Nieto-Serrano y Serret.

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

Boletín de Medicina, Gaceta Médica, Genio Médico-Quirúrgico, Fundador: Tejada y España.
Correspondencia Médica, Fundador: Cuesta y Ckerner. — La Sanidad Civil, Fundador: D. J. Abellana.

PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN

En toda España, América y Portugal, 25 pesetas al año, 14 semestre y 8 trimestre. Los demás países, 50 pesetas.
Número corriente 1 peseta.—Toda suscripción se considera prorrogada, de no recibir aviso en contrario. — Pago adelantado. — Número atrasado 2 pesetas.

La correspondencia administrativa y giros al Administrador... } Apartado de Correos, núm. 121.
La científica y profesional al Director..... }

PRIMERA DENTICIÓN

JARABE DELABARRE

Facilita la Salida de los Dientes

Calma los Gritos del Niño

Evita los Accidentes de Dentición

En suaves Fricciones
en las Encías

Establecimientos FUMOZE
78, Faubourg Saint-Denis, Paris



Reconstituyente muy Enérgico

CARNINE LEFRANCO

Jugo de Carne de Buey Cruda

ANEMIA, NEURASTENIA, DEBILIDAD
CONVALESCENCIAS, TUBERCULOSIS,
AFFECCIONES DEL ESTÓMAGO
Y DEL INTESTINO

preparado en frío y concentrado
en el vacío,
en solución sacaro-glicerínada

1 a 2 cucharadas de las de sopa por día

ESTABLECIMIENTOS FUMOZE, 78, Fg Saint-Denis, PARIS



Representante en España: D. DANIEL ROBERT. Claris, 72. BARCELONA

PHOSPHORRENAL
ROBERT
RECONSTITUYENTE.
Las tres Medicinas lo
recetan en las tres formas:
GRANULADO - ELIXIR - INYECTABLE.
FARMACIA ROBERT. LAURIA 74 BARCELONA

NATROCITRAL ANTIDISPÉPTICO
COMPRIMIDO
Y GRANULADO
ROBERT
FARMACIA ROBERT - LAURIA, 74 - BARCELONA

PEPTOYODAL
YODO ORGÁNICO EN
LÍQUIDO E INYECTABLE
ROBERT
PREPARADO POR J. ROBERT, MESTRE
FARMACÉUTICO
FARMACIA ROBERT - LAURIA 74 BARCELONA

IPHON IRROBERT
reconstituyente inyectable

a base de
cacodilato, fósforo y estricnina
en cajas de 1.2.3 ó 4 c.c., según criterio médico
EXISTE OTRA SERIE
IGUAL SIN ESTRICNINA
LABORATORIO DE
José Robert Mestre
Barcelona



Pour tout ce qui concerne la Publicité française s'adresser à Ms. Louis Vidal & Comp.^e,
107, Rue Lafayette.-Paris, (10^e), ou à l'Administration du Journal.-Serrano, 58 a Madrid.

EN LA LUCHA CONTRA LA ENFERMEDAD ESGRIMIR EL ARMA ADECUADA CONDUCE A LA VICTORIA



MUESTRAS Y LITERATURA
A DISPOSICIÓN DE LOS SRS. MEDICOS



SANTAL MONAL AL AZUL DE METILENO

Antigonocócico - Analgésico
Antiséptico - Diurético

Blenorragias - Cistitis - Piurias

ENFERMEDADES DE LAS VIAS
URINARIAS

DOSIS : 6 à 10 capsulas al dia

EL MAS ACTIVO
EL MEJOR TOLERADO

LABORATORIOS MONAL & C^{ie}, PARIS

Muestras y Literatura : M. BENEYTO, Representante, Antonio Maura, 5 y 7, Apartado 648, MADRID

POR LAS CLINICAS DE EUROPA FORMULARIO CRITICO

TOMOS PUBLICADOS

- I **A** 7 pesetas (segunda edición).
- II **BC** (agotado y en reimpresión).
- III **DE** 8 pesetas (segunda edición).
- IV **FGH** 7,50 pesetas.
- V **IJKL** 7,50 pesetas.

- VI **MN** 7,50 pesetas.
- VII **O** 7,50 pesetas.
- VIII **P** (hasta **Parto**) 8,50 pesetas.
- IX En impresión.

El número de páginas de cada tomo es variable entre 400 y 900.

Nuestro Formulario Crítico tiene cada día mayor reputación entre los médicos, considerándose como **el mejor de los hasta ahora publicados.**

Los tomos sucesivos, en cuya confección trabajan varios redactores que conocen y hablan todos los idiomas y disponen de libros de todas las naciones para llevar a la perfección nuestro FORMULARIO, se publica por entregas de ocho páginas encuadernables en nuestra importante Revista **EL SIGLO MEDICO.**


**ARMARIOS
FRIGORIFICOS**


**RADIO-FONO
AMPLIFICADOR**


PIANOS Y "PIANOLAS"


**RADIO-FONO
AUTOMATICO**


**PERLAS
MUÑECAS ARTISTICAS**


RADIO RECEPTOR


ARMONIUMS


**DISCOS
ROLLOS DESDE 0'95 P.**


**PORTABLES
DESDE 125 P.**

AEOLIAN

AV. C PEÑALVER, 24. MADRID


Alor

CAMBIOS PLAZOS ALQUILERES

18 B7

Jugo de carne Valentine's.

El mejor alimento para convalecientes el
JUGO VALENTINE'S



El mejor jugo de carne el
VALENTINE'S

Para calmar la irritabilidad del estómago, ayudar á la digestión y sostener y aumentar las fuerzas, se emplea el jugo Valentine's en los hospitales y en la práctica privada para tratar las

ENFERMEDADES DE LOS NIÑOS

G. E. YARROW M. D., Cirujano comadrón del Hospital Lyng-in de Londres (Inglaterra). — «El jugo Valentine's ha sido usado en este Hospital durante muchos años y está considerado como insustituible para combatir la debilidad producida en la lactancia de los recién nacidos.»

PARK B. TUCKER M. D., Jefe de Sanidad en Hamilton (Bermudas). — «He encontrado el jugo Valentine's de un valor insustituible para alimentar a los niños; se prepara fácilmente y es retenido cuando cualquier otro alimento no ha dado resultado. Está probado también que es muy agradable al paladar y calma la irritabilidad de estómago, especialmente en las náuseas, que atacan tan á menudo á los que abusan de los licores espirituosos.»

Los señores médicos pueden pedir folletos conteniendo testimonios clínicos.

De venta en farmacias y droguerías en Europa y América.

VALENTINE'S MEAT - JUICE Co.

Richmond, Virginia, U. S. A.

Agentes generales para España y sus colonias

E. DURAN, S. en C.

Calle de Tetuán, 9 y 11. — MADRID

Vitaminas

La asociación natural de las sales de calcio y magnesio del ácido inositolacético con las vitaminas anti-inflamatorias, antineuríticas y la del crecimiento

El específico de los NERVIOS, los HUESOS y la SANGRE

CRISTALLO / A THUN / (VITAMIN) CHENROSA / IBERICA SA Mallorca 313 - Pail BARCELONA Telef. 77879

¡El Original!

Bueno es recordar que el Agarol fué la primera emulsión de aceite mineral y agar-agar que se dió a conocer a los médicos, y que su eficacia terapéutica ha quedado desde hace tiempo, bien establecida clínicamente.

Juzgando por el criterio más seguro, que son los resultados, cada elemento que entra en la composición del Agarol* persigue un fin determinado y por su influencia sinérgica contribuye a hacer del producto compuesto lo que los médicos han encontrado que es — un correctivo del intestino, tan racional como digno de confianza.



* Emulsión uniforme, estable y perfectamente homogénea de aceite mineral purísimo, sumamente viscoso, con agar agar y fenoltaleína (4 centigramos en cada cucharadita).

AGAROL

Para literatura y muestras gratuitas dirigirse a:

Laboratorio y Comercio Substancia, S. A.
Apartado 410 - BARCELONA

to se hacen flictenas que se rompen y después de rotas pueden seguir creciendo por desprendimiento de los bordes. El líquido de las flictenas se suele desecar formando costras muy delgadas y, por fin, la enfermedad se cura sin dejar huella alguna. Los sitios de predilección son la cara, el cuello, los miembros, los pliegues articulares. Puede decirse que no hay síntomas subjetivos ni generales; las vesículas son inoculables de un niño a otro y autoinoculables. Algunas veces se producen epidemias en los adultos, especialmente en los militares, lo que les ha valido el nombre de pénfigo castrense.

Pénfigo agudo.—Se conoce con este nombre una afección febril y grave que se produce en las personas que manejan animales muertos cuando se hieren en su manipulación. El comienzo es el propio de toda enfermedad grave con malestar general, dolores erráticos, vómitos y, a veces, diarrea, postración, delirio, taquicardia de 100 a 120 pulsaciones, temperatura entre 39 y 40°. Veinticuatro o cuarenta y ocho horas después del comienzo se produce la erupción, que pocas veces ocurre en un solo brote, sino que corrientemente se hace en varios hasta el final. Consiste en flictenas de color citrino y a veces hemorrágico que se hacen seropurulentas en pocas horas. Unas veces se secan y otras se rompen al cabo de poco tiempo. Quedan superficies cruentas muy dolorosas que en los casos más favorables cicatrizan al cabo de una semana. Si ha de ocurrir la curación, que es lo menos corriente, los síntomas generales van cediendo poco a poco, pero en la mayoría de los casos los brotes de flictenas se repiten, acompañados de exacerbación de los síntomas generales, y el enfermo muere en pocos días. El tratamiento es el de todos los estados infecciosos graves. Quizás el único tratamiento que se puede intentar para atacar en su etiología a la enfermedad son las inyecciones intravenosas de colargol al 1 por 100, 2 a 5 c. c., cuidando de que la inyección quede correctamente puesta, porque el líquido es sumamente irritante.

Pénfigo crónico.—Se puede decir que es lo que queda del cuadro que antes se conocía con el nombre de pénfigo, des-

como adelgazados, que tengan un color blanco marfil a consecuencia de la depigmentación y no de la anemia, aunque el proceso se presenta con gran frecuencia en personas anémicas, y que tengan una hipotonía que permite plegar en el cuero cabelludo con más facilidad que cuando es normal.

Esta hipotonía no se limita a esta región, ni siquiera a la piel, sino que es común a varios tejidos de origen mesodérmico. En la zona pelada se produce con frecuencia seborrea, y como quiera que la excreción del sebo es muchas veces insuficiente, se detiene al borde de los orificios pilosos en los que se encuentran las glándulas sebáceas. Como consecuencia de ello, estos orificios aparecen ligeramente prominentes y negros como lo están siempre las llamadas espinillas. Alrededor de la placa de pelada se encuentran pelos sumamente frágiles que ceden sin resistencia a la tracción de la pinza, pero no se desprenden por completo, sino que se rompen.

Algunos presentan forma arrosariada. Estos pelos caracterizan el período de actividad de la pelagra. En este estado puede persistir la pelagra durante varios meses o varios años, pero llega un momento en que en la zona de pelada se inicia la formación de pelusa, que luego se transforma en pelo resistente. Este es el período de reintegración del pelo. Cuando la pelada cura, el pelo destaca durante algún tiempo del de las zonas inmediatas por ser más blanco. En otras ocasiones el enfermo no tiene esta suerte y la pelada se hace definitiva. En cuanto a la extensión, al lado de los casos en que se encuentra una sola placa, los hay que tienen varias placas y otros a quienes se depila toda la cabeza. Por último, hay casos en los que cuando va curando la placa de un sitio se va produciendo en otro.

Cuando la pelada se presente en la barba, en lugar de hacerlo en el cuero cabelludo, se debe investigar siempre el estado en que se encuentran las muelas. Cierzo que se puede producir la pelada de la barba de igual manera que la del cuero cabelludo, pero Jacquet ha descrito esta pelada de la barba con neuralgias dentarias que se deben a que se hallan algunos dientes afectados de caries penetrantes. Muchas



veces, tras de haber hecho y haber confirmado esta pelada de Jacquet, se ve de nuevo brotar el pelo sin que se haya hecho tratamiento local alguno de la caries dentaria.

No se puede precisar por hoy la etiología de la pelagra, pero desde luego hay que desear la idea parasitaria y nadie debe consentir hoy que a un enfermo de pelada se le someta a medidas de aislamiento.

En cuanto al tratamiento, es largo y tiene que variar muchas veces porque se trata de una enfermedad muy tenaz.

No hay que exigir un completo aislamiento del enfermo; sin embargo, quítese de las escuelas a los niños que sufren de la pelada.

Informarse cuidadosamente en qué condiciones ha hecho su aparición la pelada: fatiga, emoción, traumatismos del cráneo, epilepsia, caries dentaria, neuralgias, neuritis, e insitúyase un tratamiento general apropiado al caso (vida en el campo, hidroterapia, sedantes del sistema nervioso).

Tratamiento local.—Insitúyase un tratamiento que consiste en el empleo de sustancias o de medios susceptibles de producir una irritación local ligera, con el fin de excitar la vitalidad de las papilas (irritantes mecánicos: depilación, fricciones energéticas, electrización farádica, flujo eléctrico o chispa; irritantes químicos: vejigatorios alcanforados, tintura de cantáridas, ácido acético cristalizante, ácido láctico, esencia de trementina, esencia de Wintergreen, amoníaco, tintura de yodo, etc.), y además en el empleo de sustancias antisépticas variadas (sales de mercurio, ácido fénico, tintura de yodo, naftol, salol, etc.).

Continúese el tratamiento local durante dieciocho meses a dos años.

Aféitese el cuero cabelludo y lávese todas las mañanas con agua de jabón caliente, de jabón de ictiol, de brea, y practíquese una loción con

Biyoduro de mercurio.....	20 centigramos.
Bicloruro de mercurio.....	1 gramo.
Alcohol de 90°	40 —
Agua destilada.....	250 —
(Quinquaud.)	

tiempo una estomatitis aftosa muy dolorosa. El enfermo se queja asimismo de una gran sed. El estreñimiento que suele haber en un principio queda pronto substituído por una diarrea, a veces sanguinolenta. Poco a poco, quizás por efecto de la deficiencia de nutrición, se manifiestan defectos de la visión, cuya causa es una atrofia papilar; defectos igualmente de la audición y trastornos del estado mental que vienen a terminar en un delirio melancólico o en un acceso maniaco.

Varios síntomas de la pelagra se prestan a confusión con otros procesos; por ejemplo, las alteraciones mentales con la parálisis general progresiva, los trastornos cutáneos con el eritema solar; pero la forma de desarrollo de la totalidad del proceso pocas veces podrá dejar lugar a dudas. La única causa de dificultad es la rareza de la enfermedad, motivo por el cual pocas veces se pensará en ella.

En cuanto al tratamiento, basta tener presente que la enfermedad es la consecuencia de una carencia de vitaminas para poder corregir el defecto. La alimentación fresca y variada es suficiente para hacer desaparecer el trastorno. Los preparados que contienen vitaminas son muy eficaces, pero en la mayoría de los casos resultarán innecesarios. Fue de éstos el tratamiento será puramente sintomático.

Pénfigo.

Bajo el nombre de pénfigo se conocen una serie de procesos que se caracterizan por la existencia de ampollas, que es de donde viene el nombre. Como todos los procesos que toman su nombre de un solo síntoma, la significación de la palabra se ha ido restringiendo a medida que se iban caracterizando mejor los distintos procesos que entraban en este grupo, pero todavía se aplica dicho nombre a las enfermedades de la piel cuya naturaleza se desconoce y que evolucionan con la formación de ampollas. Resumiremos varias formas de pénfigo:

Pénfigo epidémico.—Aparece, sobre todo, en los niños de corta edad y se manifiesta por manchas rojas en las que pron-

VALLADOLID

Clasificación definitiva de las plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad,
correspondiente a la provincia de Valladolid.

MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO PARTIDO JUDICIAL	Número de plazas.	Categoría que se le asigna.	MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO PARTIDO JUDICIAL	Número de plazas.	Categoría que se le asigna.
Adalia.....	1	5. ^a	Melgar de Arriba y Villacreces.....	1	3. ^a
Aguilar de Campos.....	1	4. ^a	Mojados.....	1	3. ^a
Alaejos.....	2	2. ^a	Monasterio de Vega.....	1	5. ^a
Alcazarén.....	1	3. ^a	Montealegre.....	1	4. ^a
Aldea de San Miguel.....	1	5. ^a	Montemayor y Pililla.....	1	3. ^a
Aldea Mayor de San Martín.....	1	2. ^a	Moral de la Reina.....	1	4. ^a
Amusquillo y Villaco.....	1	4. ^a	Morales de Campos y Villaesper.....	1	4. ^a
Ataquines.....	1	2. ^a	Mota del Marqués.....	1	3. ^a
Barcial de la Loma.....	1	5. ^a	Mucientes.....	1	3. ^a
Barruelo del Valle, Torrecilla de la Torre y San Pelayo de Hornija.....	1	3. ^a	Mudarra (La).....	1	5. ^a
Becilla de Valderaduey.....	1	4. ^a	Muriel.....	1	5. ^a
Benafarcés.....	1	5. ^a	Nava del Rey.....	3	2. ^a
Bercero y Berceruelo.....	1	3. ^a	Nueva Villa de las Torres.....	1	4. ^a
Barrueces.....	1	4. ^a	Olivares de Duero.....	1	4. ^a
Bobadilla del Campo.....	1	4. ^a	Olmedo.....	2	1. ^a
Bocigas, Almenara y Fuente Olmedo.....	1	3. ^a	Olmos de Esgueva.....	1	5. ^a
Boecillo.....	1	2. ^a	Palacios de Campos.....	1	5. ^a
Bolaños del Campo.....	1	4. ^a	Palazuelo de Vedija.....	1	4. ^a
Cabezón.....	1	3. ^a	Parrilla (La).....	1	4. ^a
Cabreros del Monte.....	1	3. ^a	Pedraja de Portillo.....	1	2. ^a
Campaspero.....	1	3. ^a	Pedrajas de San Esteban.....	1	2. ^a
Camporredondo.....	1	5. ^a	Pedrosa del Rey.....	1	3. ^a
Canalejas de Peñafiel y Fompedraza.....	1	3. ^a	Peñafiel.....	2	1. ^a
Carpio.....	1	3. ^a	Peñaflor de Hornija.....	1	4. ^a
Casasola de Arión.....	1	3. ^a	Pesquera de Duero.....	1	2. ^a
Canillas de Esgueva.....	1	5. ^a	Piña de Esgueva.....	1	4. ^a
Castrejón.....	1	5. ^a	Piñel de Abajo, Piñel de Arriba y Ro turas.....	1	3. ^a
Castrillo de Duero y Olmos de Peñafiel.....	1	2. ^a	Pollos.....	1	3. ^a
Castrillo Tejeriego.....	1	5. ^a	Portillo.....	2	1. ^a
Castrodeza.....	1	4. ^a	Pozal de Gallinas y Moraleja de las Pa naderas.....	1	3. ^a
Castromembibre.....	1	5. ^a	Pozáldez.....	1	3. ^a
Castromonte.....	1	3. ^a	Pozuelo de la Orden.....	1	4. ^a
Castronuevo de Esgueva y Villarmen tero.....	1	4. ^a	Quintanilla de Abajo.....	1	2. ^a
Castronuño.....	1	2. ^a	Quintanilla de Arriba y Padilla de Duero.....	1	2. ^a
Castroponce.....	1	5. ^a	Quintanilla de Trigueros.....	1	4. ^a
Castro Verde de Cerrato.....	1	5. ^a	Rábano y Torre de Peñafiel.....	1	2. ^a
Ceinos de Campos.....	1	4. ^a	Renedo.....	1	3. ^a
Cervillejo de la Cruz.....	1	5. ^a	Roales.....	1	4. ^a
Cigales.....	2	4. ^a	Rodilana.....	1	3. ^a
Ciguñuela.....	1	4. ^a	Rubí de Bracamonte.....	1	4. ^a
Cistérniga.....	1	3. ^a	Rueda.....	1	2. ^a
Cogeces del Monte.....	1	2. ^a	Saelices de Mayorga.....	1	5. ^a
Corcos.....	1	4. ^a	Salvador de Zapardiel y Honcalada.....	1	4. ^a
Cubillas de Santa Marta.....	1	2. ^a	San Cebrián de Mazote.....	1	4. ^a
Cuenca de Campos.....	1	4. ^a	San Llorente y Corrales de Duero.....	1	4. ^a
Curiel.....	1	5. ^a	San Martín de Valvem.....	1	4. ^a
Encinas de Esgueva.....	1	4. ^a	San Miguel del Arroyo.....	1	2. ^a
Esguevillas de Esgueva.....	1	4. ^a	San Miguel del Pino.....	1	3. ^a
Fombiella y Torre de Esgueva.....	1	4. ^a	San Pablo de la Moraleja.....	1	5. ^a
Fresno el Viejo.....	1	3. ^a	San Pedro de Latarce.....	1	4. ^a
Fuensaldaña.....	1	4. ^a	San Román de la Hornija.....	1	4. ^a
Fuente el Sol.....	1	5. ^a	Santa Eufemia del Arroyo.....	1	5. ^a
Gatón de Campos.....	1	4. ^a	Santervás de Campos.....	1	4. ^a
Geria.....	1	4. ^a	Santovenia de Pisuerga.....	1	4. ^a
Gómeznarro.....	1	5. ^a	San Vicente del Palacio.....	1	5. ^a
Herrín de Campos.....	1	4. ^a	Sardón de Duero.....	1	4. ^a
Hornillos y Villalba de Adaja.....	1	2. ^a	Seca (La).....	2	2. ^a
Iscar.....	1	3. ^a	Serrada.....	1	4. ^a
Laguna de Duero.....	1	3. ^a	Siete Iglesias de Trabancos.....	1	2. ^a
Langallo y Manzanillo.....	1	2. ^a	Simancas.....	1	3. ^a
Lomoviejo.....	1	4. ^a	Tamariz de Campos.....	1	4. ^a
Llano de Olmedo y Aguasal.....	1	2. ^a	Tiedra.....	1	3. ^a
Matapozuelos.....	1	2. ^a	Tordehumos.....	1	3. ^a
Marzales.....	1	5. ^a	Tordesillas.....	2	2. ^a
Mayorga y Castrobol.....	2	3. ^a	Torrecilla de la Abadesa.....	1	3. ^a
Medina del Campo.....	3	1. ^a	Torrecilla de la Orden.....	1	3. ^a
Medina de Rioseco.....	2	1. ^a	Torrelobatón.....	1	4. ^a
Megeces y Cogeces de Iscar.....	1	3. ^a	Torrescarranca y Bahabón.....	1	2. ^a
Melgar de Abajo.....	1	4. ^a	Traspinedo y Santibáñez.....	1	3. ^a

MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO PARTIDO JUDICIAL	Número de plazas.	Categoría que se le asigna.	MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO PARTIDO JUDICIAL	Número de plazas.	Categoría que se le asigna.
Trigueros del Valle.....	1	4. ^a	Villafrechós.....	1	3. ^a
Tudela de Duero.....	2	2. ^a	Villafuerte.....	1	5. ^a
Unión de Campos (La) y Urones de Cas- troponce.....	1	3. ^a	Villagarcía de Campos.....	1	4. ^a
Urueña.....	1	3. ^a	Villagómez la Nueva, Cabezón de Val- derabuey, Villalba de la Loma, Villa- nueva de la Condesa y Bustillo de Chaves Gordaliza.....	1	2. ^a
Valbuena de Duero.....	1	2. ^a	Villalar de los Comuneros.....	1	4. ^a
Valdearcos y Bocos de Duero.....	1	5. ^a	Villalba de los Alcores.....	1	2. ^a
Valdenebro de los Valles.....	1	3. ^a	Villalbarba.....	1	5. ^a
Valdestillas.....	1	3. ^a	Villalón de Campos.....	2	2. ^a
Valdunquillo.....	1	4. ^a	Villamuriel de Campos.....	1	4. ^a
Valoria la Buena.....	1	3. ^a	Villán de Tordesillas y Robladillo....	1	3. ^a
Valverde de Campos.....	1	5. ^a	Villanueva.....	1	3. ^a
Valladolid.....	22	1. ^a	Villanueva de Duero.....	1	4. ^a
Vega de Ruiponce.....	1	4. ^a	Villanueva de los Caballeros.....	1	4. ^a
Vega de Valdetronco y Gallegos de Hor- nija.....	1	3. ^a	Villanueva de los Infantes.....	1	5. ^a
Velilla y Matilla de los Caños.....	1	3. ^a	Villanueva de San Mancio.....	1	5. ^a
Velliza y Pedroso.....	1	3. ^a	Villardefrades y Almaraz de la Mota...	1	4. ^a
Ventosa de la Cuesta.....	1	5. ^a	Villasexmir y San Salvador.....	1	4. ^a
Viena de Cega.....	1	3. ^a	Villavaquerín.....	1	4. ^a
Viloria del Henar.....	1	4. ^a	Villavellid.....	1	4. ^a
Villabáñez.....	1	2. ^a	Villaverde de Medina.....	1	3. ^a
Villabarud de Campos.....	1	4. ^a	Villavicencio de los Caballeros y Villa- lán de Campos.....	1	4. ^a
Villabrágima.....	1	3. ^a	Villavieja del Cerro.....	1	4. ^a
Villacarralón, Fontihoyuelo y Zorita de la Loma.....	1	2. ^a	Wamba.....	1	4. ^a
Villacid de Campos.....	1	4. ^a	Zaratán.....	1	3. ^a
Villafrades de Campos.....	1	4. ^a	Zarza (La) y Ramiro.....	1	3. ^a
Villafranca de Duero.....	1	5. ^a			

Habiendo sido desestimadas las reclamaciones formuladas por los Ayuntamientos de Aldeamayor de San Martín, Matapozuelos, Nava del Rey, Medina del Campo, Siete Iglesias, Vega de Valdetronco, Villafrechós, Villavellid y Villaverde de Medina.

Madrid, 12 de Noviembre de 1931.—El jefe del Negociado, *Ubaldo Trujillano*.—El director general, por delegación, *S. Ruesta*. (*Gaceta* del 17 de Noviembre de 1931.)

CANARIAS (LAS PALMAS)

Clasificación definitiva de las plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad, correspondiente a la provincia de Las Palmas.

MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO PARTIDO JUDICIAL	Número de plazas.	Categoría que se le asigna.	MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO PARTIDO JUDICIAL	Número de plazas.	Categoría que se le asigna.
Arucas.....	3	1. ^a	Pájara.....	1	3. ^a
Villa de Agaete.....	1	3. ^a	San Bartolomé de Tirajana.....	1	2. ^a
Artenara.....	1	4. ^a	San Mateo.....	1	2. ^a
Agüimes.....	1	2. ^a	San Lorenzo.....	2	2. ^a
Arrecife de Lanzarote.....	2	2. ^a	San Nicolás.....	1	4. ^a
Antigua.....	1	3. ^a	Santa Brígida.....	1	2. ^a
Betancuria.....	1	4. ^a	Santa Lucía.....	1	2. ^a
Firgas.....	1	2. ^a	San Bartolomé de Lanzarote y Tías....	1	2. ^a
Fomes.....	1	4. ^a	Telde.....	4	2. ^a
Guía de Gran Canaria.....	2	2. ^a	Tejada.....	1	4. ^a
Gáldar.....	2	2. ^a	Teguise.....	1	2. ^a
Haria.....	1	3. ^a	Tinajo.....	1	4. ^a
Ingenio.....	1	2. ^a	Tuineje.....	1	4. ^a
Las Palmas.....	10	1. ^a	Teror.....	2	2. ^a
La Oliva.....	1	3. ^a	Valleseco.....	2	3. ^a
Moya.....	2	2. ^a	Valsequillo.....	1	2. ^a
Mogán.....	1	5. ^a	Yaiza.....	1	4. ^a
Puerto Cabras, Tetir y Casillas del Angel	1	3. ^a			

(*Gaceta* del 8 de Noviembre de 1931.)

TERTULIA MÉDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

— AMENIDADES —

26-XII-1931

La correspondencia y la publicidad de esta sección deberá dirigirse con advertencia expresa de su destino TERTULIA MÉDICA, a D. José G.^a Sicilia, Apartado 121, Madrid.

Discurso de los Anatomistas.

Escribiólo el Dr. Don CHRISTOVAL SUÁREZ DE FIGUEROA, tomado en parte del toscano y en parte de su propia composición.

Publicalo ahora con breve aderezo dedicado a los estudiantes de la Anatomía en el Colegio de San Carlos, el licenciado F. JAVIER CORTEZO Y COLLANTES, miembro corresponsal de la A. N. de Medicina y su oficial facultativo.

Este es discurso de la necesidad, conveniencia, historia, usos y modos, así

EL ANALGESICO VERAMON SCHERING se distingue

- 1) por la intensidad de su efecto analgésico.
- 2) por no causar sueño.
- 3) por no atacar al corazón ni causar sensaciones de calor.

como de otros extremos del estudio de la Anatomía. Parecióme de provecho y recreo darle a conocimiento de vosotros, a los que, sin particularmente conocer, tanto amo ya, porque en el declinar que se comienza en mi vida es fuente de dulces ensueños el recuerdo de cuando fui en vuestra edad y condición alumno del más formidable maestro de la Anatomía que conoció la España en sus últimos cincuenta años; que si hubiéramos de hablar adjetivando el nombre de los que fueron en la Cátedra de la Anatomía de ese Colegio de San Carlos, a buen seguro que, al igual de en la Historia de Prusia, tendríamos nuestro Federico el Grande.

El ingenio que, finalizando el siglo XVI, compuso este discurso, diólo a las prensas por los años de 1612 en unión de otros varios, en un curioso libro intitulado «Plaza Universal de todas Ciencias y Artes».

Dedicóse este bazar de curiosidades al Marqués de Frechilla, Don Duarte, Señor de las Villas de Paracuellos y Hernan-caballero, Comendador de Villanueva de la Serena.

Témome que entre la profusión de objetivos guardados en tal obra fuese este discurso de los que menos ocupasen la atención de tan elevada Señoría, y posible que fuese apenas leído en tal entonces, dada la índole del libro.

Acaso hoy no falten eruditos que le conozcan, pero eso no es temor para mi empeño de aderezároslo y enderezárosle, que ello lo hago por vosotros y no por mi señalamiento.

Sabido queda que Don Christóval Suá-

rez de Figueroa no fuese médico ni cirujano, mas sí lo que hemos convenido en apelar un polígrafo, y esto de significada eminencia.

Su discurso de los Anatomistas tiene en sí muchos que hoy son y aun ya entonces eran errores de monta; mas son ellos los de la ciencia de aquellos tiempos, y en ninguno falta el regusto de una ingeniosa percepción y buen advertimiento, como elevada filosofía científica.

Paréceme que, al comenzar la puesta de vuestro hogar anatómico moderno, lucirá debidamente tal cuadro, que si añejo en algunos particular es, os mostrará mucho que os sepa a nuevo y sea de ornato y provecho en el aposentamiento de las doctas enseñanzas que os aguardan.

Si por extraño azar estoy en razón, ello me servirá de estímulo, y si, como es mi hábito, yerro, hacedme la merced de disculpa en gracia al buen nacimiento de mi intención.

**

Galeno encomienda por extremo la profesión anatomística, utilísima así

OMNADINA

ACTIVADOR DE LAS DEFENSAS DEL ORGANISMO

para médicos como para cirujanos, por cuatro causas principales: la primera, porque la variedad y sitio de los miembros humanos nos hace ver y conocer la omnipotencia del inmenso Dios; la segunda, porque nos manifiesta las partículas de los mismos miembros, sujetos a diversas enfermedades; la tercera, porque hace reconocer la disposición de que se debe usar en los cuerpos; la cuarta, porque enseña a curar con sabiduría los males, teniendo práctica de los lugares donde las enfermedades se anidan; y el que ignora la Anatomía (como nota bien Albucasis), mientras obra en los cuerpos, mata o manca a ciegos, porque (por ejemplo) queriendo cortar, por momentos tomará el nervio por la vena y caerá en gravísimos errores; siendo los tales semejantes a los cocineros y maestresalas ignorantes, de quienes Galeno dice que no cortan la carne a pelo, sino la trillan, deshilan y desmenuzan. Como es fuerza que un ciego yerre a menudo golpeando en

balde mientras procura hender y partir algún madero, así es forzoso cometa el cirujano yerro no hallándose como debe instruido en tal arte, y procederá como ciego al cortar.

ANATOMÍA HUMANA tanto quiere decir como *recta división* o partimiento de los miembros del cuerpo humano, llamada así con vocablo griego, porque (según dice Juan de Vigo) *Ana* significa *recta*, y *Tomos*, división.

Ya decía Guidon Gauliaco (Guyde Gauliac) que la arte anatómica consiste en dos cosas: en la ciencia teórica que se aprende por libros, más con disminución, y en la misma práctica y experiencia sacada de cadáveres; siendo ésta mucho más patente y manifiesta que la otra, por verse y tocarse con los sentidos lo que los libros tratan confusamente, y certificándose del origen de los músculos, de las venas y de los nervios, que es uno de los advertimientos que pone Mondino.

Quieren los médicos, y entre otros lo confirma el docto Juan Fernelio Ambiano, se elija el cadáver de buena proporción, lleno de carne y de edad firme y sólida; de estatura mediana, incorrupto, entero de todas sus partes y no muerto de enfermedad ni por herida, sino ahogado en horca o sumergido en agua.

Requírese puesto sobre alto banco, que se ande al rededor, en medio del lugar preparado donde se dé principio a su estudio, asistiendo los cirujanos y barberos con lancetas, tientas, agujas, hierros sutiles y esponjas.

En las anatomías se hacen cuatro divisiones principales: la primera, de los miembros nutritivos, siendo éstos los primeros que se corrompen; la segunda, de los espirituales; la tercera, de los animales; la cuarta, de la extremidad de todo lo demás del cuerpo, con lo que se da fin a la anatomía.

Hanse de ver en cada miembro (según la opinión del comentador Alejandro y de todos los anatomistas) nueve cosas en general, que son: COMPOSICIÓN, SUBSTANCIA, COMPLEXIÓN, CANTIDAD, NÚMERO, FIGURA, COLIGANCIA, ACTO Y UTILIDAD.

Tras esto se debe notar qué males pueden suceder al mismo, porque el médico, conociendo, aplicando y curando, pueda con tal ciencia valerse del remedio oportuno y conveniente.

De aquí es haber adquirido Galeno, de cuerpos de simios, de puercos y de otros animales, el entero conocimiento de toda esta facultad, no sola provecho para el médico, sino por extremo necesaria.

Urosolvina: eficaz antiúrico.

Kelatox: Sedante atóxico.

Lactofitina: reconstituyente infantil.

Fábrica especializada en Productos Dietéticos
y de Régimen Vegetariano.
CASA SANTIVERI, S. A.—Call, 22.—Barcelona.

Mas porque sería imposible declarar las cosas de la Anatomía sin saber por menudo todas las partes que se hallan en un cuerpo humano, con sus nombres distintos, propongo tratarlas breve y compendiosamente, a fin de que se abra camino a los principiantes para percibir con más facilidad las cosas más arduas y principales desta profesión, siguiendo por orden el comenzar desde los cabellos de la cabeza y rematar en las plantas de los pies, porque no haya cosa que se deje de tratar con cuidado.

Dicen, pues, los anatómicos ser la primera parte de la cabeza los cabellos, que a manera de varias flores brotan de la misma como de cuerpo terrestre, teniendo su raíz en la piel, a quien los latinos llaman *cutis*. A ésta sucede la carne musculosa, y a la misma aquella membrana o panículo o telilla que ciñe la calavera, a quien los griegos llaman *pericráneo* o, de otro modo, *gengiva mater*, naciendo de la *mater* por las comisuras de los huesos de la cabeza, y a este pellejuelo sucede el hueso que ciñe los sesos, llamado por los griegos *cráneo*, por los antiguos *testa* y por los modernos *crepa*, que se divide en muchas partes.

A la parte de delante dicen los latinos *sinciput*; la de atrás, *occiput*, y la de en medio, *vertex*. Debajo la calavera se hallan inmediatamente dos membranas o telillas que forman un velo a los sesos, de quien la primera (bien gruesecilla, y más gallarda contra las ocurrencias que se pueden causar de la crepa) es llamada *membrana crasa* o *dura mater*. La segunda, más sutil, que cubre los sesos, se dice *membrana tenuis* o *pia mater*, sucediendo después los mismos sesos. Antes que se llegue a ellos, dicen los anatomistas hallarse tres comisuras en la cabeza. La primera, que está en la parte anterior del cráneo llamada *sinciput*, se dice *coronal*, porque en aquella parte solían traer los reyes la corona y las ninfas las guirnalda, y a ésta nombra Aliaph prueba de la cabeza. La segunda está en la parte posterior del cráneo, llamada *occiput*, y se llama *lambda*, y se atraviesa detrás de la cabeza en la forma que se escribe la letra lambda (λ) por los griegos, y en tal parte por un agujero de abajo, sale la nuca, que es como un río que deriva de los sesos. La tercera se dice *recta* o *sagital*, porque va derechamente la cabeza adelante, desde el medio del hueso coronal hasta la comisura referida, llamada *lambda*; y por esa comisura de en medio, o sagital, pasan dos venas que vienen del hígado, entrándose en el cráneo.

Desde aquí se va a los sesos, que dicen ser cierta medula dividida en tres ventrículos, de quienes el mayor está en la parte de delante, el otro en medio y el tercero detrás, llamado por su pequeñez *cerebellum*; siendo, según Galeo, el mismo fundamento de la imagi-

ALBUMINURIA
«Stroarsil»—Muy eficaz.
Laboratorio Coll Olivé, París, 111, Barcelona

nación y de la memoria. Dice también Rassis ser ésta la fuente de los sentidos y del movimiento voluntario. El ventrículo de delante y el de más atrás se dividen en dos partes: diestra y siniestra. En el extremo del primer ventrículo se hallan dos substancias juntas y trabadas entre sí, por lo cual las llaman los médicos *nates*. Sirven éstas a tal ventrículo en lugar de cámara o aposento, debajo de quien se alarga. Así las llamaron los latinos *cámara* o *fornix*. Estas dos substancias son: una de calidad de gusano, apta para extenderse y encogerse, y por eso es llamada *vermis*; la otra es a manera de un anca, de arriba ancha y de abajo estrecha, o como una taza, y así tiene nombre de *scyphus* o *pelvis*.

El ventrículo de en medio es bien largo y sutil y tiene el tránsito desde el primero al último, porque se toca con uno y con otro.

El tercer ventrículo tiene su lugar en la parte de atrás de la cabeza y tiene la substancia más dura que los otros, y así, los nervios que proceden dél (mediante la nuca, ministra suya) son de más dura naturaleza; y no está enredado en la telilla llamada *pia mater*, como los otros dos, siendo su substancia de delante fuerte, fija y buena para conservarse por sí, y es de forma piramidal. En el extremo de este ventrículo, esto es, en la parte piramidal, existe la nuca, enredada en dos panículos de los sesos, la cual es medula y de la misma substancia que ellos.

Demás, dicen los referidos, haber siete pares de nervios, que inmediatamente nacen de los sesos, según su largura, y treinta por medio la nuca. Y los primeros dos nervios que vienen desde los sesos son llamados visorios, porque pertenecen a los ojos y les reparten la facultad de ver; y son encavados y blandos más que los otros, y están juntos, aunque se dividan antes que entren en los mismos ojos. De los otros se dirá en su lugar.

En el extremo del primero y segundo ventrículo (descendiendo abajo) se termina cierto agujero redondo, en medio de quien está otro pequeñito que va al paladar, y la Naturaleza, para purgar las superfluidades del cerebro (esto es, del segundo y del último ventrículo) horadó el panículo duro y grueso que se llama *dura mater*, y, del mismo modo, horadó el referido panículo que está delante de los sesos, debajo del hueso de la frente, para purgar por la nariz las superfluidades del primer ventrículo y para que por aquel agujero consiga su efecto la virtud de oler.

Y de cada lado se hallan unos hoyuelos, de eminencia redonda bien grande, criados para sustento de las venas y de

Yoduros Bern de (K y Na), químicamente puros. No provocan Iodismo. Fabricación nacional.

las arterias, y en el infimo hoyuelo (junto al horado) se hallan pedazos de carne grandes, eminentes y redondos, para sustentar las venas y las arterias que suben desde la redecilla (dicha *admirable*) hasta los referidos ventrículos. Esta redecilla *admirable* circuye el cerebro y tiene forma de red, compuesta de venas pulsativas y arterias.

En la parte posterior del cerebro se halla una medula de una espina, a quien los médicos llaman *spina medullae*, que envía fuera sesenta y dos nervios.

Estos discurren por aquella parte que está debajo del sinciput, vacía de pelos, llamada frente. A los lados desta ponen las sienes, que los latinos llaman *tempora*, porque por las mismas se conoce el tiempo y los años que tienen los animales; y éstas constituyen dos huesos que están puestos en ambas partes de las orejas y, respecto de parecer piedras, son llamados *ossa petrosa* o *lapidea*. En las sienes están dos comisuras. Donde acaban las sienes comienzan los *sobrecejos*, adornados de pelos eminentes. De allí siguen los ojos, guarnecidos de párpados, con sus pestañas inferiores y superiores.

La compostura de los ojos es de siete túnicas y tres humores. Desde la parte delantera del cerebro se extienden dos nervios cóncavos que, partidos desde el mismo cerebro, se juntan algo uno con otro, casi en cruz, y en aquel lugar, ambos, así juntos, se sirven de una sola concavidad, según Guillermo de Plasencia, o antes de dos, según el Mondino, quedando a cada uno su cóncavo. Mas después, al salir, se apartan del cráneo y se enredan en dos panículos del cerebro, nombrados *ópticos* o *visorios*, como se dijo arriba. Cualquiera de estos nervios, salidos del cráneo, viene a su ojo, donde engendra un panículo grueso y duro que, bárbaramente, se llama *sclerótico*, y en latín *ladura*, tras quien se sigue a otro panículo llamado *túnica secundaria* por ser la que viene tras la primera. Y éste contiene en sí los humores vítreo y cristalino del ojo y nace de la membrana sutil o tenue. Síguese por orden la tercera túnica, llamada *retina* por parecerse a una red. Esta encierra en sí la mitad del humor cristalino. Después se engendra otra que se llama *arana*, por ser a modo de red de araña, en quien cabe la otra mitad del humor cristalino. Sucede la *úvea*, llamada así por ser en vista y disposición semejante a un pellejo de uva. En medio de ésta se halla un agujero llamado *pupila* o *niña*, que se ensancha y recoge, según es necesario, y esto se hace con el humor cristalino, perfeccionando la virtud visiva. También la referida túnica cierra en sí todo el humor blanco, para defender y conservar el humor cristalino de que tiene necesidad. Viene tras esto la

SIGUE A LA PAGINA XXIV

ION-CALCINA
— PALLARES —
A base de Cloruro de Calcio.
FRASCO E INYECTABLES

ANTIPHLOGISTINE
es una ayuda indispensable en el tratamiento de la influenza, gripe, afecciones de los bronquios y pulmonía.

Jarabe Bebé. - Tetradínamo. - Septicemilol. - Purgantil (Jarabe de Frutas)
Véase anuncio, página XII.

PARA EL ESTOMAGO E INTESTINOS
ELIXIR CLÓRHIDRO PÉPSICO AMARGÓS
DIGESTIL

(Nombre registrado.)

Tónico digestivo. — Acido clorhídrico, pepsina, colombo y nuez vómica.
Delicioso medicamento que suple en los enfermos la falta de jugo gástrico.

VACANTES

Por defunción, la de médico titular de Almonacid de la Cuba (Zaragoza), partido judicial de Belchite, con el haber anual de 1.375 pesetas. Población, 752; categoría 5.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 6; instancias hasta el 14 de Enero.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Lugar a 4 kilómetros de la cabeza de partido, cuya estación es la más próxima, y a 60 de la capital. Carretera.

—De nueva creación, la de médico titular de San Pablo de los Montes (Toledo), partido judicial de Navahermosa, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 3.009; categoría 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 33; instancias hasta el 14 de Enero.

Observaciones.—Concurso de antigüedad. Hay otra titular.

(Continúa en la pág. XXIV.)

El metabolismo deficiente del calcio produce una dentición defectuosa

Las investigaciones de Mme. Mellanby en cachorros sometidos a dieta raquitogénica, demuestran que la ausencia de Vitaminas D y de sales de calcio, producen un metabolismo deficiente origen más común de caries que el que procede de los fermentos depositados sobre los dientes por los alimentos.

Nada más indicado para la formación de los dientes, tanto los de leche como los permanentes, como la Emulsión Scott que junto con las vitaminas naturales en su medio natural, aporta una justa proporción de sales de calcio, fósforo y sodio.



EMULSIÓN SCOTT

Indicaciones: Avitaminosis, Anemia, Tos, Bronquitis, Convalecencias, Debilidad, Marasmo, Tisis, Escrófula, Afecciones tuberculosas, Raquitismo, Dentición.



Poderoso reconstituyente para niños y adultos.

Contiene los principios indispensables a la función vital.

Una cucharada de **R u a m b a**, mezclado en la leche, aumenta cuatro veces su valor nutritivo y constituye un delicioso desayuno o merienda para los anémicos, inapetentes, raquíticos, albuminúricos, desnutridos, etc.

Laboratorios Viñas - Claris, 71 - BARCELONA

THYRANON

GLANDULA
FRESCA DE
SECADA DE
TIROIDES Y
DE ACCION
CONSTANTE

DESPROVISTA DE
EFECTOS TOXICOS

INDICACIONES: OBESIDAD, HIPOTIROIDIS-
MO, ESTADOS LINFATICOS DE LOS NIÑOS

E.F.E.Y.N
APARTADO 9.009
MADRID



W.BON



INDICACIONES:
ANEMIAS DE
TODAS CLASES
Y SOBRE TODO
LAS FORMAS
PROGRESIVAS
GASTRITIS HI-
POPEPTICAS,
HIPOCLORHI-
DRICAS, LINITIS
PLASTICA DIA-
RREAS GASTRO-
GENAS.

ESTOMAGO DE
CERDO DESECA-
DO, EN POLVO
Y EN TABLETAS

MUESTRAS Y
LITERATURA
E.F.E.Y.N
APARTADO
9.009

VENTRAEMON

W.BON

VINO TONICO FOSFATADO

PREPARADO POR EL **Dr. Madariaga.**

A semejanza de lo que se observa en agricultura, donde el empleo racional de los fosfatos aumenta el producto de las recolecciones, como resultado de una vegetación más vigorosa y lozana en el organismo humano ejercen también dichos elementos fosforados una influencia de las más favorables, acelerando la nutrición é imprimiendo actividad á todas las funciones vitales.

Mas la forma en que hayan de ser administrados agentes de tan considerable importancia biológica como terapéutica no es indiferente.

El **VINO TONICO FOSFATADO**, producto de una elaboración especial, que reúne las propiedades estomáticas de la *quina*, *genciana*, *manzanilla aromática*, etc., y las eminentemente tónicas y reparadoras de los *fosfatos sódico*, *potásico* y *ferroso*, esenciales al organismo, y los que proveen á éste de los demás que requiere para su completa mineralización fosforada, representa uno de los medios más ventajosos para la administración y utilización de los fosfatos, suministrándolos de análoga actividad á la de los fosfatos orgánicos.

Con su ácido fosfórico, en estado de actividad especial, concurre energética y eficazmente á las reacciones intraorgánicas para proveer de *fósforo* á las células, de ese elemento indispensable paraque las moléculas alimenticias se transformen en *células vivas*.

Contribuye eficazmente á compensar y aun á evitar las pérdidas minerales; sobre todo en fosfatos, que caracterizan el proceso de la *tuberculosis*, esterilizando el terreno con elementos de fuerza que se oponen vigorosamente á la vida y desarrollo del bacilo que lo ocasiona.

El favor que la clase médica le otorga, prueba y confirma el incontestable valor de este excelente preparado, con el cual se curan eficazmente la *extenuación de fuerzas*, la *debilidad cerebral* y los *trastornos nerviosos*, síntomas de neurastenia y desfallecimiento orgánico, ocasionados por enfermedad y otras causas, como exceso de trabajo intelectual ó corporal, disgustos y contrariedades, el embarazo, la lactancia, el crecimiento y desarrollo, etc.

Presta eminentes servicios contra la *anemia* y *colores pálidos*, contra la *tuberculosis*, *raquitismo* y *manifestaciones escrofulosas*, siendo insustituible como complemento á la alimentación de los convalecientes y como cordial para sostener y vigorizar las fuerzas de los ancianos.

DEPOSITO

PLAZA DE LA INDEPENDENCIA, 10, Madrid, Y PRINCIPALES FARMACIAS DE ESPAÑA

AGUAS MINERALES NATURALES

DE

CARABANA

“LA FAVORITA”

PURGANTES - DEPURATIVAS - ANTIBILIOSAS - ANTIHERPETICAS

PROPIETARIOS: HIJOS DE R. J. CHAVARRI

MADRID



SANATORIO NEUROPÁTICO

CARABANCHEL BAJO (Madrid). — Teléfono 116 C.

Director: **DR. GONZALO R. LAFORA**

Calle de Lope de Vega, 55. — MADRID.

Unico Sanatorio **misto**, con edificios y jardines independientes: uno, sólo para enfermos nerviosos ó psiconeuróticos y otros dos para enajenados. Tratamientos modernos. — Vida familiar. — Dos Médicos internos.

Vídanse reglamentos á la Administración.

INSTITUTO MEDICO-PEDAGOGICO

CARABANCHEL BAJO, Calle de Manuel Cano, núm. 12. — Teléfono 71. C.

Edificio escuela y granja modelo independiente para niños retrasados de inteligencia y con enfermedades nerviosas. Profesorado especializado.

Tratamiento médico dirigido por el Dr. Gonzalo R. Lafora.

DERMATOSIS INFANTILES

desaparecen rápidamente con

DEPURATIVO INFANTIL CABALLERO

de sabor agradabilísimo.

PASTA POROSA CABALLERO (Dermatosis rezumantes).

De venta en todas las Farmacias. Pídanse muestras á Laboratorio de Productos Dermatológicos, J. Caballero Roig. Apartado 710.—BARCELONA

ALMORRANAS



Producto español a base Hamam-virg.^a. *Æsculus hippocast*; novocaína, anestésina, etc. Cura Hemorroides internas, externas, sangrantes y padecimientos del recto. Tubo con cánula, 3,50 pesetas; correo, 4. De venta en farmacias.

ANTIASMÁTICO PODEROSO

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS BRONQUIALES

Jarabe-Medina de Quebracho.

Médicos distinguidos y los principales periódicos profesionales de Madrid: *EL SIGLO MÉDICO*, la *Revista de Medicina y Cirugía práctica*, *El Genio Médico*, *El Diario Médico Farmacéutico*, *El Jurado Médico Farmacéutico*, la *Revista de Ciencias Médicas de Barcelona* y la *Revista Médico-Farmacéutica de Aragón*, recomiendan en largos y encomiásticos artículos el **Jarabe-Medina de Quebracho** como el último remedio de la Medicina moderna para combatir el Asma, Disnea y los Catarros crónicos, haciendo cesar la fatiga y produciendo una suave expectoración.

PRECIO: 6,50 pesetas frasco.

Depósito central: Sr. Medina, Serrano, 36, Madrid, y al por menor en las principales farmacias de España y América.

AGUAS DE MARMOLEJO

Carbónicas, bicarbonatado-sódicas, magnésicas, cálcicas, litínicas muy radioactivas.

De creciente éxito en el tratamiento de enfermos de estómago, hígado, bazo, riñones, vejiga, intestinos, diabetes sacarina, cloro-anemia. Arterioesclerosis, etc.

— 1.^a temporada de 1.^o de Abril a fin de Junio. —

Estación de ferrocarril á 7 horas de Madrid y 4 de Sevilla.

Alquiltranada la carretera que conduce á los manantiales.

Gran Hotel del Balneario. Todo confort.

Pedidos de botellas é informes al señor Gerente, en **MARMOLEJO (Jaén).**

Datos.—Lugar a 17 kilómetros de la cabeza de partido y a 48 de la capital, cuya estación es la más próxima. Carretera.

—Por renuncia, la de médico titular de Sestrica y su anejo Viver de la Sierra (Zaragoza), partido judicial de Calatayud, con el haber anual de 1.660 pesetas. Población, 1.294; categoría 4.^a; familias incluidas en la Beneficencia, 14; instancias hasta el 14 de Enero.

Observaciones.—Concurso de antigüedad. Igualas, 3.850 pesetas.

Datos.—Villa a 85 kilómetros de la cabeza de partido y a 22 de la capital. La estación más próxima, Morés, a 3 kilómetros. Carretera.

—Por renuncia, la de médico titular de Madridanos y sus anejos Bamba y Villalazán (Zamora), partido judicial de Zamora, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 1.734; categoría 4.^a; familias incluidas en la Beneficencia, 55; instancias hasta el 14 de Enero.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Lugar a 12 kilómetros de la capital. La estación más próxima, Coreses, a 6 kilómetros. Carretera.

—Por renuncia, la de médico titular de Alcañizo (Toledo), partido judicial de Puente del Arzobispo, con el haber anual de 1.375 pesetas. Población, 971; categoría 4.^a; familias incluidas en la Beneficencia, 30; instancias hasta el 14 de Enero.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Lugar a 12 kilómetros de la cabeza de partido y a 141 de la capital. Carretera. Río. Ferrocarril.

—Por renuncia, la de médico titular de Pedraza de Campos (Palencia), partido judicial de Palencia, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 550; categoría 4.^a; familias incluidas en la Beneficencia, 16; instancias hasta el 14 de Enero.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa a 18 kilómetros de la capital. La estación más próxima, Mazariegos, a 5 kilómetros. Carretera.

—Por excedencia, la de médico titular de Trasmiras (Orense), partido judicial de Ginzo de Limia, con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 3.486; categoría 2.^a; familias incluidas en la Beneficencia, 145; instancias hasta el 14 de Enero.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Lugar a 10 kilómetros de la cabeza de partido y a 48 de la capital, cuya estación es la más próxima. Carretera. Río.

(Continúa en la página siguiente.)

Acción derivativa, descongestiva y antiflogística se obtiene en todos los casos con el

INDICACIONES: Plenresias. — Neumonía. — Neuritis. — Clática, etc.
Muestras y literatura: Farmacia del DR. NADAL.—Rambla de Canaletas, 1.—BARCELONA

Vejigatorio líquido del Dr. Masó Arumi

Ayuntamiento de Madrid

CARABAÑA: el mejor purgante.

córnea, que no deja salir el humor blanco por el agujero de la *úvea*, la cual nace del pánículo llamado *sclerótico*, y es dicha *córnea* por ser semejante al cuerno en lo transparente. En fin, se llega a la séptima, llamada *conjuntiva* porque con el perfecto pánículo, hecho a este fin grueso y duro, junta y liga por extremo bien todo el ojo, salvo la *niña*; y tiene esta túnica su principio en el *pericráneo*. De aquí se echa de ver cuánto aprovecha la incisión de la vena sobre la frente para evacuar las materias que vienen de la cabeza y del cerebro a los ojos, por la calidad del referido pánículo, que está compuesto de nervios, de venas y de arterias.

Vienen demás de esto, derechamente a lo ojos por el agujero del cráneo, ciertos nervios del segundo par de los del cerebro, que causan a los mismos el sentido y el movimiento, de manera que sienten maravillosamente las cosas dañosas. De estas túnicas nacidas juntamente nacen siete *orbe* o círculos que concurren en la parte dicha, *iris* y *córnea*, que es aquel lugar donde el blanco se copula y junta a la *niña*. El primer círculo es de la túnica *conjuntiva*; el otro de la dura o *esclerótica*: éstos son duros; el cuarto es de la *secundaria*; el quinto de la *úvea*; el sexto de la *aracnea*; el séptimo de la *retina*, y estos cuatro son blandos. Los humores de los ojos son tres: el primero es el *vítreo*, llamado así por ser semejante al vidrio; el segundo, *glacial* o *crystalino*, porque es concreto, a manera de hielo o cristal; el tercero es el *acueo*, porque tiene semejanza al agua.

Mas en el extremo de las quijadas de ambas partes de arriba, y en el extremo de las sienes, están asidas las orejas, fundadas sobre hueso petroso, duro y horadado, que es de los huesos que tocan a las *mendosas*. En las orejas hay un agujero por quien se oye y alrededor deste y del extremo de las quijadas nace una *ternilla* para redondear las orejas, de cuya raíz se forman alrededor venas, arterias, hilos, pánículos y ligaduras. La parte más baja de la oreja, que es crasa, se llama *fibra*, y la parte suprema *pinva*.

En la parte que se sigue, a diestra y a siniestra del cuello, se hallan, detrás de las orejas, algunas venas que claramente se ve nacen del hígado, debajo de las que hay arterias venidas del corazón que, subiendo a la cabeza por vía de las comisuras, pasan a los sesos, y estas arterias, luego que han beneficiado al cerebro y sus pánículos, descienden a las orejas y de allí por la vía de los riñones envían a los testículos cierto licor que hace formar la simiente, y de aquí tienen algunos que impida la generación el cortar del todo las referidas venas debajo de las orejas. (¡Nada hay nuevo debajo del sol!)

La más eminente parte del rostro es

JARABE ALMERA

a base de fosfato de cal gelatinoso, el mas asimilable.

la nariz, cuyas partes, situadas de acá y de allá, bien acomodadas para dar y recibir aire, son dichas en latín *nares*, y las partes exteriores, que se mueven, son llamadas *pinulae* o *alae*; y la parte interior, *ternillosa*, que divide la nariz, se dice *interseptum*.

Entre la nariz, de una y otra parte, están los carrillos, hechos en forma de una manzana colorada en las personas modestas y vergonzosas.

Síguese la boca, que se divide en un labio de arriba, peloso, y otro más abajo, también peloso. Dentro de la boca hay dos quijadas, donde están encajados los dientes. Estos son comúnmente treinta y dos y a veces veintiocho, por que cada quijada tiene dieciséis o catorce; de quien los primeros ocho, por que cortan el manjar en la parte delantera, son dichos *incisivos*. A cuatro llaman *colmillos caninos* porque tienen semejanza con los de los perros; los veinte que están entre arriba y abajo son llamados *molares* porque desmenuzan y muelen la comida como las muelas el trigo, y así su oficio se dice *primera digestión*.

La quijada de arriba cubre sus lados con un cierto pánículo que viene por delante de la frente, llamado *pericráneo*, y del mismo modo la inferior, que es compuesta de dos huesos y se va a cerrar en la punta de la barba.

La lengua, que es de condición esponjosa y carnosa, es hecha de nervios, y sus hilos, de músculos, de arterias, de venas y de ligamentos, cuya raíz está plantada en el hueso *lambda*.

Debajo de la lengua se divisan dos venas, cuya incisión es muy provechosa para los males de garganta.

Tiene la lengua nueve músculos que vienen desde el hueso *lambda* y comisura sagital. Están también debajo de la lengua ciertos pedazos de carne, glandulosos, a quien los latinos llaman *tonsilae* y los barbaros *amygdalae*, en quien hay dos sutiles agujeros que purgan la saliva a manera de colador.

La parte superior de la boca es llamada *paladar*, y a la interior llaman los latinos *fauces*.

El canal de dentro, que desde los gargueros llega hasta el pulmón, es llamado por los latinos *aspera arteria*, y su principio o cabeza, *guttur*, compuesto de tres *ternillas*.

A este garguero fué por la parte de arriba inserta cierta *partecilla* espontánea y rara que nace de la raíz de la lengua, a quien los latinos nombraron *ligula* y los vulgares *gallillo*.

En la extrema parte carnosa de la boca y paladar está puesta otra *partícula*, llamada *gurgur*, en cuyo extremo hay dos vías o caños: por uno de quien se conduce el manjar o bebida al estómago, y se llama por los latinos

gula, por los árabes *mem* y por otros *esophago*, compuesto de dos túnicas y de hilos; una de quien (que es la interior) es muy nervosa y confina con el paladar; la otra, que es la exterior, viene a ser otro tanto carnosa y musculosa, hallándose asida con la piel sutil del estómago.

Por la otra vía, llamada *tráquea*, hecha de anillos *ternillosos* ligados uno



sobre otro, se envía el aire al pulmón. El caño de la garganta está puesto, por detrás, sobre cinco *espondilos* del cuello y descendiendo abajo va a horadar el diafragma.

Destas dos vías, pues, es principio el *garga mello*, con un cierto espacio donde están dos con nombre de *amigdallae* o *agallas*, por ambas partes nerviosas y carnosas, puestas, como dice Avicena, para que ayuden a enviar abajo el manjar, para tragar la bebida y admitir el aire vecino a la *epiglote*, miembro que está sobre la *tráquea*, como por cubierta, para que, mientras se recibe el manjar y se bebe, no pase fuera sino sólo el aire. Por tanto, si acaso se desliza otra cosa, se sigue al instante, por primer mal, unos que suele molestar no poco.

En el uno y otro lado del caño de la garganta están ciertas venas gruesas instrumentales, llamadas *guidexias*, debajo de quien se hallan también situadas arterias grandes, cuya incisión es muy dudosa por tener vecindad con el corazón y parentela con el hígado.

Síguese, casi en el mismo sitio del cuello, las dos *cervices*, hechas una a mano derecha y otra a mano izquierda, cuyos fundamentos están puestos en los huesos de la cabeza, y por eso son de naturaleza de ligamento, y que descendiendo hacia abajo, de uno y de otro lado del hilo del espinazo, van hasta el remate dél.

Todo aquel espacio que hay entre las costillas, de la parte de delante, se dice por los latinos *thorax*, y su remate más alto y eminente es dicho por los barberos *paletilla*, y lo que está más abajo se dice *septum transversum*.

Las costillas de uno y otro lado, casi en todos los animales, son veinticuatro. Las siete primeras y más largas tienen nombre de *verdaderas* y *legítimas*; las otras de abajo, más estrechas (cinco por lado que no llegan al pecho), de *bas tardas* o *mentirosas*, y acaban en la parte que llaman *septum transversum*.

"MALTOPOL"

Extracto de malta en polvo; contiene diastasa y vitaminas en forma concentrada. M. F. Berlowitz.—Alameda, 14, Madrid.

YODALGON

ARRHENALADO
COMBINACIÓN ORGÁNICA DE YODO Y ARSÉNICO

Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.
Alcalá, 88. — Madrid.

Inapetencia, Anemia, Debilidad

VINO MADARIAGA, tónico fosfatado.

En medio de las costillas, en la parte de delante, está el hueso del *pecho*, llamado en latín *thorax*, en cuyo fin (del pecho) asiste cierta ternilla con su piel y carne muscular, y que por tener forma de espada es dicha *mucronata cartilago* o también *escudo de la boca del estómago*. Contiene siete huesos, que todos en su extremo tienen ternilla, y en la parte de arriba del mismo hay uno en quien se detiene la horquilla de la garganta y tiene por abajo, hacia la boca del estómago, la ternilla muy sutil, y así está sobre semejante artificio del estómago.

Los músculos del pecho, según Avicena, son dieciocho, de quien unos sirven al cuello, otros al diafragma, éstos a las costillas, aquéllos al espinazo; algunos a los hombros y a las espaldas y otros solamente al pecho.

Asidas al pecho están las tetas, que son miembros compuestos de carne rara, débil, esponjosa y glandulosa, en quien calan muchos nervios del cerebro y muchos suben también desde el hígado, sin contar las arterias que se comunican desde el corazón.

El extremo de las mismas (tetas) es llamado *papilla*, y aquel círculo negro que rodea el pezón se dice en griego *fox*.

La parte que está detrás del *thorax* o *pecho* se llama por los latinos *dorsum*, que es *lomo*.

Los *espondilios* son huesos horadados, de quien, por ser muchos, se forma el hilo del espinazo, y por los agujeros destos pasa la *nuca*. Tienen en sí los *espondilios* varios pedazos que se cuelgan junto con los ligamentos, hasta tanto que llegan a las partes últimas de la espina.

De los lados de cada *espondilio* salen nervios que van a dar a la diestra y siniestra parte del cuerpo.

Las partes del espinazo son cuatro, como prueba Galeno: la primera, el cuello; la segunda, los *espondilios*; la tercera, los *lomos*, y la cuarta y última, el hueso sacro.

De los hombros o espaldas penden de acá y allá los brazos, que comienzan de arriba y vienen hasta el medio. El codo es llamado en latín *cubitus* o *ulna*. Del codo abajo hasta la mano se llama *braquial*. Tiene dos huesos dentro: uno mayor y otro menor.

Después de aquél está el espacio del pulso, llamado por los griegos *metacarpion* y por los latinos *pecten*, y así, buscando los médicos el movimiento del pulso, llaman a su toque *manum mittere in carpum*.

La parte interior de la mano, junto al dedo grueso y al *index*, es llamada *palma*; la del medio, cóncava, es dicha *bola*. El dedo grueso es llamado *polex*; el otro, *index*; el de en medio, *medius*; el otro, *medicinalis* o *anularis*, y el último, *minimus*.

Más de once mil médicos recetan y toman ellos o sus familias el

ELIXIR CALLOL

La membrana o tela, o *panículo* que penetra dentro del pecho y ciñe las costillas, se llama *subcingens* o *pleura*, y es muy sensible y sujeta a postema. De éste nacen otras dos que, de ambas partes, toman el pecho en medio, y son llamadas *intercipientes*; mas los médicos árabes las llaman *el mediastino*, que es una tela o *panículo* que separa el pecho por lo largo y así viene a dividir el pulmón por medio, y se liga a los *espondilios* del espinazo suspendiendo el mismo pulmón.

La membrana o tela que, a manera de vaina, cubre el corazón, se dice en griego *pericardium*, y en latín *involutum* o *capsula cordis*.

El corazón, cuanto a la forma, es como una piña; cuanto a la carne, duro y muscular. Está en medio del pecho como rey de todos los miembros, sin declinar más a una que a otra parte, según opinión de Galeno, si bien Rasis dice que parece se inclina más hacia la parte siniestra del cuerpo, en la que se apoya (y por eso en aquélla se siente batir más que en la derecha) por las arterias que tienen origen de allí.

Demás, quiere el referido Rasis tenga dos grandes ventrículos, uno a la diestra y otro a la siniestra, entre quien está otro más arriba, a modo de cajita, rodeada de *panículos nerviosos*, a quien se llama *el tercer ventrículo*.

En el ventrículo derecho hay dos agujeros, de quien uno es hecho para las venas que nacen del hígado, el otro es aquel de la *vena* que va desde el ventrículo al pulmón, y dicese *arterial*. Sobre el hueso de donde nace la referida vena están puestos tres *panículos* o *películas*. Asimismo, en el siniestro ventrículo se halla una arteria sola, de una túnica, a quien algunos llaman *venal* o *venosa*, que envía sangre sutil al pulmón, el cual la atrae y se alimenta de ella. También, por añadidura, tiene el corazón dos pedazos, a manera de orejas o aletas, una a mano derecha y otra a mano izquierda, llamadas *auriculae cordis*.

De su ventrículo siniestro nace una arteria grande, que es origen de todas las otras, llamada por los médicos *arteria magna* o *adorti*.

Cuanto al pulmón, es por de dentro miembro de flaca substancia, todo es ponjoso, ligado al *panículo mediastino*, que cubre al corazón y es conjunto al corazón con cinco fibras. En la concavidad del pecho, donde rematan las costillas *bastardas* o *mendosas*, hay cierto músculo grande y redondo que los griegos llaman *diafragma* y los latinos *septum transversum*, y Plinio, en particular, *praecordia*, que comienza desde el mismo pecho, como dice Rasis.

Tras el pecho se sigue el vientre de la parte de delante, que tiene atrás los huesos de cinco *espondilios*, piel y car-

Sedante del dolor, de la tos, de todo estado de excitación **ATROPAVER** reúne los alcaloides del opio y de la belladona.

ne muscular, y comienza desde la parte inferior del mismo pecho, procediendo hasta las partes vergonzosas. Su cubierta (así como también lo es de todas las partes del cuerpo) es la piel, llamada por los latinos *cutis*. A su última superficie llaman los mismos *summa cuticula*.

El vientre se toma en dos modos, que es por el estómago y por la estancia donde reposan los miembros nutritivos, comenzando el estómago por delante el extremo de la misma boca. Por detrás desciende por el cuello sobre los *espondilios* del mismo, hasta que viene a horadar el diafragma, sobre quien está ligado junto con ciertos *panículos*, dilatándose y declinando después algo hacia la parte siniestra por quien la boca del estómago pende siempre a tal parte.

El fondo está a la diestra; es hecho a manera de una calabaza redonda con cuello largo en la parte de arriba. Alárgase después hacia abajo otro cuello que se junta con el *duodeno intestino*, llamándose por eso el principio de los intestinos o el *portenario*. También se extiende algo el estómago hacia el espinazo y se liga con los *espondilios* y con las entrañas, mediante los firmes ligamentos a quien se arrima gallardamente.

Sin esto tiene, según Rasis, tres túnicas, una de hilos urdidos a lo largo, la otra de hilos tejidos a lo ancho, la tercera de hilos puestos de cada lado en través. Si bien Aliaph tiene sean solamente dos.

Al cóncavo que está en medio del vientre llaman los latinos *umbilicus*, y a la *pielecilla* que es á en su contorno, *anus*, que quiere decir vieja, porque cuando está arrugada es señal de vejez.

Hállase inferior a la piel del vientre, de la parte de delante, una membrana carnosa que los latinos llaman *abdomen* y *sumen*, y los árabes *mirach*, que está compuesta de cuatro cosas: piel, grasa, *panículo* carnoso y músculos que nacen del corazón, y todas cuatro se pueden dividir una de otra. Tras los músculos del *mirach*, que son ocho, se sigue, también delante, una membrana semejante a una tela de araña, larga, a quien los griegos dicen *peritoneo* y los árabes *siphat*, que viene a ser un *panículo* muy duro y desciende desde el espinazo hacia abajo, donde se traba el estómago, rematando debajo del vientre.

Removido el peritoneo, ocurre luego un cierto cuerpo que llaman los latinos *omentum* y los bárbaros *cirbo ored*, que es una tela hecha de dos túnicas sutiles y densas o fijas, de diversas arterias y venas y no poco graso. Este *omento* o *cirbo* es seguido de los intestinos, que son seis, de quien los tres superiores son muy sutiles, y los tres inferiores (situados desde el ombligo abajo) se

(Terminará en el próximo número.)

Antiséptico GLORÓGENO LUMEN

Muestras gratis.

Centro Farmacéutico Jienense.
Apartado 22. — Jaén.

IODARSOLO

Primer producto de iodo y arsénico.
BALDACCÍ - PISA

L'ANNEE MEDICALE PRATIQUE 1931

12,50 ptas.—Contra reembolso, 13,25 ptas.

Exclusiva de venta:

LIBRERIA FRANCO-ESPAÑOLA

Avenida Eduardo Dato, 10, Madrid. Tel. 93.517.

HUESCA

Clasificación definitiva de las plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad, correspondiente a la provincia de Huesca.

MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO PARTIDO JUDICIAL	Número de plazas.	Categoría que se le asigna.	MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO PARTIDO JUDICIAL	Número de plazas.	Categoría que se le asigna.
Huesca.....	4	1. ^a	Colungo y Buera.....	1	5. ^a
Alerre, Banastas, Banariés, Cuarte y Chimi'las.....	1	4. ^a	El Grado, Enate y Artasona.....	1	3. ^a
Angües, Ibieca, Vilillas y Torres de Montes.....	1	2. ^a	Hoz de Barbastro, Coscojuela de Fantova, Costeán y Cregenzán.....	1	3. ^a
Arbanies, Coscollano, Sipán y Liesa.....	1	4. ^a	Pozán de Vero y Castellazuelo.....	1	4. ^a
Apies y Sabayes.....	1	4. ^a	Naval, Bárcabo, Abizando, Olsón, Mipanas y Salinas de Hoz.....	2	3. ^a
Alcalá de Gurrea.....	1	4. ^a	Laluenga, Laperdiguera, Barbuñales y Pertusa.....	1	3. ^a
Ayerbe, Los Corales, Riglos y Piedra-morrera.....	2	3. ^a	Monzón.....	1	3. ^a
Alcalá del Obispo, Fañanás, Pueyo de Fañanás, Argavieso y Albero Alto...	1	3. ^a	Salas Altas y Salas Bajas.....	1	4. ^a
Almudévar.....	2	3. ^a	Selgua y Castejón del Puente.....	1	3. ^a
Bolea, Aniés, Lierta y Bentué.....	1	2. ^a			
Bleña, Antillón y Bospén.....	1	3. ^a	DISTRITO DE BENABARRE		
Biscarrues y Ardisa.....	1	3. ^a	Benabarre, Casernas del Castellón, Pilzán, Coladrones y Purroy de la Solana.	1	2. ^a
Casbas, Junzano, Sieso, Labata, Aguas, Ponzano y Morrano.....	1	2. ^a	Aren, Cornudella, Betesa y Santorens..	1	3. ^a
Gurrea de Gállego.....	1	3. ^a	Graus, Capella, Puebla de Fantova y Barasona.....	1	2. ^a
Igries, Nuevo, Arascues y Arguis.....	1	3. ^a	Lascuarre, Lagurres, Castigaleu y Güel.	1	4. ^a
Loporzano, Sasa del Abadiado, Barluenga, Castilsabas, Santa Eulalia la Mayor y Bandalies.....	1	3. ^a	Los Paüles, Bonausa, Neril, Espés y Calvera.....	1	4. ^a
Loarre y Sarsamarcuello.....	1	3. ^a	Montañana, Monesma, Castisén y Santistebe.....	1	4. ^a
Lupién, Orilla y Montmesa.....	1	3. ^a	Puebla de Castro, Secastilla y Olvena...	1	3. ^a
Lascasas, Monflorite, Tierz y Quicena..	1	3. ^a	Perarrúa Santaliestra, Panillo y Erdao..	1	4. ^a
Plasencia del Monte, Esquedas y Quinzano.....	1	4. ^a	Torres del Obispo, Aguinaliu y Jusén..	1	4. ^a
Siétamo.....	1	5. ^a	Tolva, Luzás, Viacamp y Fet.....	1	4. ^a
Sangarren, Tabernas, Albero Bajo, Vicién, Barbues y Torres de Barbues...	1	3. ^a			
Tardienta y Torralba.....	1	3. ^a	DISTRITO DE FRAGA		
			Fraga.....	2	2. ^a
DISTRITO DE BOLTAÑA			Albalate de Cinca.....	1	3. ^a
Boltaña, Sieste y Guaso.....	1	2. ^a	Alcolea de Cinca y Santalecina.....	1	3. ^a
Ainsa, Mediano, Pueyo de Aragnas, Gerbe, Griebal, Labuerda y Coscojuela de Sobrarbe.....	1	2. ^a	Ballovar y Clamera.....	1	3. ^a
Arcusa, Castejón de Sobrarbe, Sarsa de Surta y Santa María de Buil.....	1	4. ^a	Balver de Cinca.....	1	3. ^a
Benasque y Sahún.....	1	3. ^a	Binaced y agregados.....	1	2. ^a
Bielsa y sus agregados.....	1	4. ^a	Candasnos.....	1	4. ^a
Broto, Torla, Linás de Broto, Otto y Sarvisé.....	1	3. ^a	Esplús.....	1	4. ^a
Campo, Seira, Morillo de Lalién, Foradada, Valle de Lierp y Valle de Bardají.....	1	3. ^a	Ontiñena.....	1	3. ^a
Castejón de Sos, Chía, Villanova, Sos y Sesué y Bisaurri.....	1	3. ^a	Osso de Cinca y agregados.....	1	5. ^a
Bergua, Basarán y Cortillas.....	1	4. ^a	Peñalba.....	1	4. ^a
Fiscal, Albella Jánova.....	1	4. ^a	Torrente de Cinca.....	1	4. ^a
Fanlo y Burgasé.....	1	4. ^a	Velilla de Cinca.....	1	4. ^a
Laspunja, Tello, Puértolas y sus agregados.....	1	3. ^a	Zaidín.....	1	3. ^a
Tierrantona, Morillo, Monclús y Palo..	1	4. ^a			
Sin y Salinas, Plan, San Juan de Plan y Gistaín.....	1	3. ^a	DISTRITO DE TAMARITE		
Secorun y sus agregados.....	1	4. ^a	Tamarite con sus agregados.....	2	2. ^a
Plan, Gistaín y San Juan.....	1	4. ^a	Albelda y Castillonroy.....	1	4. ^a
			Alcampel.....	1	3. ^a
DISTRITO DE BARBASTRO			Azanuy, Alins y Calasanz.....	1	4. ^a
Barbastro.....	2	3. ^a	Almunia de San Juan.....	1	4. ^a
Abiego y Bierge.....	1	3. ^a	Binéfar.....	1	3. ^a
Aldeahuesca, Alberuela de Lalién, Huerta de Vero y Valle de Rodellar..	1	3. ^a	Camporrells, Baldellou y Baeils.....	1	3. ^a
Alquézar, Radiquero y San Pelegrín....	1	3. ^a	Estadilla y Estada.....	1	4. ^a
Azlor, Azara, Perantilla, Ponzano y Lascellas.....	1	2. ^a	Estopiñán.....	1	4. ^a
Berbegal, Ilche y Lagunarrota.....	1	3. ^a	Fonz.....	1	3. ^a
			Peralta de la Sal y Gabasa.....	1	4. ^a
			San Esteban de Litera.....	1	4. ^a
			DISTRITO DE SARIÑENA		
			Sariñena, Albalatillo y Capdesaso.....	1	3. ^a
			Sariñena, Pallaruelo y Lastanosa.....	1	2. ^a
			Alcubierre.....	1	4. ^a
			Castejón de Monegros.....	1	4. ^a
			Grañén, Almuniente, Callén y Marcen..	1	3. ^a
			Huerto, Alberuela de Tubo y Usón.....	1	3. ^a
			Lalueza y Poleñino.....	1	3. ^a
			Lanaja.....	1	2. ^a

MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO PARTIDO JUDICIAL	Número de plazas.	Categoría que se le asigna.	MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO PARTIDO JUDICIAL	Número de plazas.	Categoría que se le asigna.
Pomar de Cinca y Estiche	1	3. ^a	Anzánigo, Ena, Asia y Rasal	1	3. ^a
Peralta de Alcolea, Torres de Alcanadre y El Tormillo	1	3. ^a	Bailo, Larues y Arbués	1	4. ^a
Robres y Senés	1	4. ^a	Biescas, Gabín, Jésero, Oliván, Barbe nuta, Aso de Sobremonte, Escuer y Senegüe	2	3. ^a
Sena	1	4. ^a	Caldearenas, Aquilue y Javierrelatre ..	1	4. ^a
Sesa, Novales, Salillas y Piraces	1	3. ^a	Canfranc y Villanúa	1	4. ^a
Villanueva de Sigena y Castelflorite ..	1	4. ^a	Jasa, Araguas del Puerto, Aisa, Esposa y Sinues	1	3. ^a
DISTRITO DE JACA			Javierregay, Embún, Santa Cecilia y Santa Engracia	1	3. ^a
Jaca	2	2. ^a	Hecho y Urdnés	1	4. ^a
Castiello de Jaca, Acín, Borao y Bosco de Garcipollera	1	4. ^a	Panticosa, El Pueyo, Hoz de Jaca, Tra macastilla, Escarrilla y Piedrafitá ..	1	2. ^a
Araguas del Solano, Canias Abay y Ba raguas	1	4. ^a	Sallent y Lanza	1	4. ^a
Agüero y Salinas	1	4. ^a	Sabiñánigo, Cartirana, Larres, Acumuer y Sardas	1	3. ^a
Ansó y Fago	1	4. ^a	Yebra de Basa, Sobás, Fanlillo, Orús, Espín y Allué	1	4. ^a
Berdún, Binies, Villarreal y Martés ..	1	3. ^a	Pueyo de Santa Cruz y agregado Alfán tega	1	4. ^a
Agregados de Jaca, Botaya, Santa Cruz de las Serós, Atarés, Ara, Avena, Ber nues y Baragnas	1	4. ^a			

Habiendo sido de estimadas las reclamaciones formuladas por los Ayuntamientos de Albalate de Cinca, Barbastro, Castejón del Puente, Colungo, Huerto de Vero, Huesca, Jaca y Radiquero, y las de los médicos titulares inspectores municipales de Sanidad de los Ayuntamientos de Fonç y Naval.

Madrid, 16 de Noviembre de 1931.—El jefe del Negociado, *Ubaldo Trujillano*.—El director general, P. D., *S. Ruesta*. (Gaceta del 8 de Diciembre de 1931.)

GUIPÚZCOA

Clasificación definitiva de las plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad, correspondiente a la provincia de Guipúzcoa.

MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO PARTIDO JUDICIAL	Número de plazas.	Categoría que se le asigna.	MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO PARTIDO JUDICIAL	Número de plazas.	Categoría que se le asigna.
Alegría de Oria, Alzo, Orendain e Icaz tegueta	1	2. ^a	Lagazpia	1	3. ^a
Alquiza, Hernialde, Anoeta e Irura ..	1	2. ^a	Legorreta y Baliarrai	1	2. ^a
Alza	2	3. ^a	Lezo	1	3. ^a
Amézqueta y Albacisqueta	1	3. ^a	Lizarza, Gaztelu y Oreja	1	2. ^a
Anzuola	1	4. ^a	Mendaro	1	2. ^a
Andoain	1	2. ^a	Mondragón	3	2. ^a
Arechavaleta	1	2. ^a	Motrico	2	2. ^a
Asteasu Larraul	1	2. ^a	Mutiloa y Cerain	1	2. ^a
Astigarraga	1	4. ^a	Oñate	3	1. ^a
Ataun	2	2. ^a	Orio	1	3. ^a
Aya	1	3. ^a	Ormaiztegui	1	4. ^a
Azcoitia	3	2. ^a	Oyarzum	2	3. ^a
Azpeitia	3	2. ^a	Parajes	2	2. ^a
Beasain	1	1. ^a	Placencia	1	2. ^a
Berástegui Elduayen	1	2. ^a	Rentería	1	1. ^a
Cegama	1	3. ^a	Régil	1	4. ^a
Cestona	2	2. ^a	Salinas de Léniz	1	3. ^a
Cizúrquil Aduna	1	2. ^a	Segura	1	2. ^a
Deva	2	3. ^a	San Sebastián	8	1. ^a
Eibar	4	1. ^a	Tolosa	4	1. ^a
Elgoibar	2	1. ^a	Urdieta	1	3. ^a
Elgueta	1	3. ^a	Usurbil	1	3. ^a
Escoriaza	1	3. ^a	Vergara	3	1. ^a
Fuenterrabía	2	2. ^a	Villabona	1	3. ^a
Guetaria	1	3. ^a	Villafranca de Oria	1	2. ^a
Hernani	1	2. ^a	Villarreal de Urrechua	1	3. ^a
Ibarra, Leaburu, Belaunza y Berrobi ..	1	2. ^a	Vidania, Goyaz y Albiztor	1	2. ^a
Idiazábal	1	4. ^a	Zaldibia y Gainza	1	2. ^a
Irún	4	1. ^a	Zarauz	2	3. ^a
Isosando, Alzaga y Arama	1	2. ^a	Zumárraga	2	2. ^a
Lazcano y Olaberría	1	2. ^a	Zamaya	1	2. ^a

Habiendo sido desestimada la reclamación formulada por el médico titular inspector municipal de Sanidad de Cegama.

Madrid, 3 de Diciembre de 1931.—El jefe del Negociado, *Ubaldo Trujillano*.—El director general, por delegación *S. Ruesta*. (Gaceta del 12 de Diciembre de 1931.)

3.^a
4.^a

3.^a
4.^a
4.^a

3.^a

3.^a
4.^a

2.^a
4.^a

3.^a

4.^a

4.^a

carbastro,
es muni-

sta. (Ga

3.^a
2.^a

3.^a
2.^a

2.^a
2.^a

2.^a
2.^a

2.^a
1.^a

3.^a
4.^a

3.^a
3.^a

2.^a
2.^a

1.^a
4.^a

3.^a
2.^a

3.^a
3.^a

1.^a
3.^a

2.^a
3.^a

2.^a
2.^a

3.^a
2.^a

2.^a
2.^a

egama.
ogación

Cuando los cabellos han recobrado una longitud suficiente, depílese hasta donde se encuentren pelos poco adherentes y desprovistos de su vaina normal. Depílese alrededor de las placas (2 a 4 centímetros).

Apíquese sobre las partes afectas, en el momento de acostarse, una de las pomadas siguientes:

Precipitado amarillo.....	2 gramos.
Flor de azufre.....	4 —
Aceite de enebro.....	15 —
Vaselina.....	30 —
	(Balzer.)

Azufre.....	aa 2 a 4 gramos.
Turbit mineral.....	—
Aceite de álamo blanco...	10 —
Vaselina.....	30 —
	(Bernier.)

Además, recomiéndese al enfermo que se lave la cabeza, varias veces al día, con licor de Van Swieten y que practique, cada mañana, después del lavado con sublimado, una fricción del cuero cabelludo, insistiendo sobre las placas denudadas, con la loción excitante del hospital Saint-Louis.

Amoníaco.....	5 gramos.
Esencia de trementina.....	25 —
Alcohol alcanforado.....	125 —

O también con

Tintura de cantáridas.....	} aa 10 gramos.
Cloroformo.....	
Tintura de Baumé.....	
Alcoholato de Fioravanti.....	
	(Besnier.)

Alcohol alcanforado.....	aa 100 gramos.
Bálsamo de Fioravanti...	25 a 30 —
Tintura de cantáridas...	—
	(Lallier.)

Pelagra.

En su forma pura se trata de una enfermedad crónica que tiene exacerbaciones por los veranos y se caracteriza por una alteración de la piel que afecta sobre todo a las partes descubiertas, y en especial al dorso de las manos, y por trastornos digestivos y nerviosos que terminan en decadencia mental. La enfermedad se conoce en Italia desde hace más de dos siglos, y el hecho de que se presentara allí exclusivamente en la población pobre que se alimentaba de maíz conservado en malas condiciones hizo creer que se trataba de una enfermedad epidémica propagada por un hongo parásito de dicha planta; pero no es así. Se trata de una avitaminosis, y se produce porque el maíz que consumían dichas poblaciones italianas se conservaba decortinado. Basta alimentarlas con maíz entero para que el trastorno desaparezca por completo. De vez en cuando se presenta la enfermedad en otros países en enfermos que se han sometido durante unos meses a una alimentación igual; pero como el hecho es excepcional, también lo son los casos observados, por lo menos en España.

Muchas veces se inicia la enfermedad por una disminución de fuerzas y pérdida del apetito; pero en cuanto llega la primavera y con ella el sol un poco más intenso, se produce en la piel de las manos un trastorno que a primera vista da la sensación de un eritema solar que se hubiera presentado en una persona especialmente sensible. La piel se presenta, en efecto, un poco engrosada y se resquebraja con facilidad. Aparece en algunos casos una gran flictena, cuyo contenido puede hacerse hemorrágico, pero no se hace siempre. Sobreviene luego una descamación foliácea, rara vez furfurácea. Durante los meses fríos el trastorno se alivia un poco; pero en cuanto llega la primavera siguiente se agrava de nuevo y al cabo de poco tiempo llega a hacerse definitivo.

Por parte del aparato digestivo se produce también una descamación de la lengua; pero una vez que ha sucedido queda lisa y dolorosa. Muchas veces se produce al mismo

Hidrato de cloral 5 gramos.
 Eter oficial..... 25 —
 Acido acético cristallizable ... 1 a 4 —

O también, fróntense las placas todas las mañanas con

Hidrato de cloral..... 10 gramos.
 Eter sulfúrico..... 20 —

y solamente dos veces por semana, con la mezcla siguiente:

Acido acético oficial de 80°... } aa 15 gramos.
 Cloroformo.....

Contra las peladas extensas, practíquense fricciones con

Bicloruro de mercurio.. 10 centigramos.
 Esencia de trementina.. } aa 10 gramos.
 Alcanfor.....
 Alcohol..... 100 —

Para fricciones diarias.

No se emplearán nunca irritantes violentos y se evitará en lo posible que se establezca una supuración ya difusa, ya localizada, bajo la forma de folliculitis, a fin de no producir la destrucción del bulbo piloso.

Cuando el vello empieza a aparecer, suspéndase la depilación, el rasurado y la revulsión enérgica.

Córtese el vello con las tijeras, dos veces por semana; continúese el enjabonado de la cabeza y la aplicación de las pomadas antes indicadas.

Cuando, sea por coquetería, sea por defecto de las exigencias de la vida social, el enfermo no puede exhibir sus placas alopécicas, recomiéndese la práctica siguiente: si sólo hay una placa o un número reducido de éstas, háganse desaparecer untándolas de tinta china, de negro de humo o con cosméticos negros; pintándolas con disolución de nitrato argéntico o cubriéndolas con emplasto de Vigo, cuya superficie exterior habrá sido coloreada o cubierta de cabello de igual color que el del enfermo. Si las placas alopécicas son numerosas, recúrrase al uso de una peluca ligera, aplicada sobre un tocado de lienzo fino. (Besnier.)

Si la pelada se extiende a los miembros y tronco, ordénense, además del empleo de irritantes químicos, baños sulfurosos y prescribáanse fricciones con el guante de crin, rociado de la mezcla siguiente:

Alcohol alcanforado..... } aa 100 gramos.
 Alcohol de espiiego.....
 Bálsamo de Fioravanti.....
 Nafrol 3..... 3 —

(Herzen.)

Si la pelada se extiende a la barba, recúrrase al mismo tratamiento que para la pelada del cuero cabelludo, pero prescribiendo dosis más pequeñas de substancia irritante, por la mayor finura de la piel.

En los puntos enfermos aplíquese la mezcla irritante siguiente:

Tintura de cantáridas 30 gramos.
 Tintura de romero 10 a 30 —

(Vidal.)

e inmediatamente después hágase en toda la barba una fricción con

Alcoholato de Fioravanti.. } aa 100 gramos.
 Alcohol alcanforado.....
 Tintura de cantáridas..... } aa 10 a 30 —
 Tintura de romero.....

(Vidal.)

Cuando comienza la curación no se suspenderá el tratamiento, antes al contrario.

Empléese el jaborandi o las sales de pilocarpina.

Nitrato de pilocarpina..... 50 centigramos.
 Tintura de cantáridas 10 gramos.
 Glicerina..... 25 —
 Agua de colonia 200 —

Para lociones.

SANATORIO DEL PARQUE-DAVOS

(ANTES SANATORIO TURBAN)

Casa de primer orden. 1.570 metros sobre el nivel del mar. Gran parque y bosque de propiedad. Pensión, incluyendo habitación, tratamiento del médico, etc., desde 19 francos suizos. Prospecto gratuito.

Médico Director: Dr. F. BAUER

Las enfermedades del Estómago e Intestinos

dolor de estómago, dispepsia, acedías y vómitos, inapetencia, diarrea, úlcera del estómago, etc., se curan positivamente con el

**ELIXIR ESTOMACAL
SAIZ DE CARLOS**
(STOMALIX)

Poderoso tónico digestivo
que triunfa siempre.

Venta: Principales farmacias
del mundo.

—Por excedencia, la de médico titular de Cortes de la Frontera (Málaga), partido judicial de Gaucín, con el haber anual de 3.300 pesetas. Población, 6.704; categoría 1.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 150; instancias hasta el 14 de Enero.

Observaciones. — Concurso de antigüedad. Distrito segundo.

Datos. — Villa a 10 kilómetros de la cabeza de partido y a 80 de la capital. Río Guadairo. Ferrocarril.

—Por renuncia, la de médico titular de Sobrado (Coruña), partido judicial de Arzúa, con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 5.856; categoría 2.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 300; instancias hasta el 14 de Enero.

Observaciones. — Concurso de antigüedad.

Datos. — Ayuntamiento a 24 kilómetros de la cabeza de partido y a 60 de la capital. La estación más próxima, Teijeiro, a 12 kilómetros.

—De nueva creación, la de médico titular de La Carlota (Córdoba), partido judicial de Posada, con el haber anual de 3.300 pesetas. Población, 7.439; categoría 1.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 300; instancias hasta el 14 de Enero.

Observaciones. — Concurso de antigüedad. Hay otra titular.

Datos. — Villa a 17 kilómetros de la cabeza de partido y a 34 de la capital. Carretera de Madrid a Cádiz.

—Por renuncia, la de médico titular de Villavieja de Nules (Castellón), partido judicial de Nules, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 2.751; categoría 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 90; instancias hasta el 14 de Enero.

Continúa en la página siguiente.

AGUA DE BETELU

Dama Iturri (Provincia Navarra).

Prototipo de aguas oligometálicas.

MUY APRECIADA POR SUS EXCELENTES
PROPIEDADES DIURETICAS

INDICACIONES: Trastorno de la nutrición.—Gota.—Artritis.—Reuma crónico.—Arterioesclerosis.—Litiasis renal.—Obesidad.

Muestras y folletos a disposición de los señores
médicos que los soliciten.

DEPOSITO: HIJOS DE H. RIESGO.—Flor Alta, 10.—MADRID

OBESIDAD

Se combate y sin peligro para el organismo con la

DELGADOSE PESQUI

Composición nueva, sin yodo ni derivados del yodo, ni tiroidina
Muestras y folletos a los Sres. Médicos.

LABORATORIO PESQUI
Alameda, 17. — SAN SEBASTIAN (Guipúzcoa.)

Jarabe

“DEYEN”

de Manzana Laxante

Utilísimo en los adultos e insustituible en los niños.

DOSIS: Adultos, de una a dos cucharadas de las de sopa diluido en agua o solo; niños y menores de un año, una cucharada de las de café; de dos a seis años, una cucharada de las de postre; de seis en adelante, una cucharada de las de sopa, diluido en agua o solo, después de la cena. Todas estas dosis se pueden aumentar o disminuir, según el efecto que produzcan. De venta en todas las Farmacias.

Depositarlo: E. DURAN. — Tetuán, 9 y 11. — Madrid.

Frasco de muestra a los señores médicos, pidiéndolo al director del Laboratorio, Ponzano, 18, entresuelo izqda.

¡Cuidado! Pedid el DEYEN pues hay imitaciones.

JARABE de DIGITAL LABELONYE

EMPLADO CON EL MEJOR ÉXITO

CONTRA LAS DIVERSAS

AFECCIONES del CORAZÓN, HIPOFESIAS
TOSAS NERVOSAS, BRONQUITIS, ASMA, etc.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa a 2 kilómetros de la cabeza de partido y a 19 de la capital Ferrocarril.

—De nueva creación, la de médico titular de Aldeanueva de la Vera (Cáceres), partido judicial de Jarandilla, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 2.274; categoría 3.ª; familias incluídas en la Beneficencia, 100; instancias hasta el 14 de Enero.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa a 4 kilómetros de la cabeza de partido y a 100 de la capital. Estación más próxima, Plasencia. Carretera.

—De nueva creación, la de médico titular de Gata (Cáceres), partido judicial de Hoyos, con el haber anual de 2.200

pesetas. Población, 2.373; categoría 3.ª; familias incluídas en la Beneficencia, 80; instancias hasta el 14 de Enero.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa a 15 kilómetros de la cabeza de partido. Estación más próxima, Ciudad Rodrigo, a 65 kilómetros.

—Por renuncia, la de médico titular de Villalba de Duero (Burgos), partido judicial de Aranda de Duero, con el haber anual de 1.375 pesetas. Población, 372; categoría 5.ª; familias incluídas en la Beneficencia, 4; instancias hasta el 14 de Enero.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Lugar a 5 kilómetros de la cabeza de partido, cuya estación es la más próxima, y a 89 de la capital. Río Duero.

—Por renuncia, la de médico titular de Ses Salines (Balears), partido judicial de Manacor, con el haber anual de 1.660 pesetas. Población, 1.555; categoría 4.ª; familias incluídas en la Beneficencia, ninguna; instancias hasta el 14 de Enero.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Lugar con Ayuntamiento. Ferrocarril.

—Por renuncia, la de médico titular de Gumiel de Mercado (Burgos), partido judicial de Aranda de Duero, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 2.170; categoría 3.ª; familias incluídas en la Beneficencia, 93; instancias hasta el 14 de Enero.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa con Ayuntamiento, a 14 kilómetros de la cabeza de partido, que es la estación más próxima, y a 72 de la capital. Carretera. Río.

—Por concurso anterior desierto, la de médico titular de Carboneras de Guadazaón y sus anejos Arguizuelas, Monteagudo de las Salinas, Reillo, Pajarón y Pajaroncillo (Cuenca), partido judicial de Cañete, con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 1.157; categoría 2.ª; familias incluídas en la Beneficencia, 60; instancias hasta el 14 de Enero.

Observaciones.—Concurso de méritos.

Datos.—Lugar a 28 kilómetros de la cabeza de partido y a 41 de la capital, cuya estación es la más próxima. Carretera.

—De nueva creación, la de médico titular de Cubel y su anejo Torralba de los Frailes (Zaragoza), partido judicial de Daroca, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 1.251; categoría 4.ª; familias incluídas en la Beneficencia, 10; instancias hasta el 14 de Enero.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Lugar a 25 kilómetros de la cabeza de partido, cuya estación es la más próxima, y a 102 de la capital.

—De nueva creación, la de médico titular de Abanto y sus anejos Pardos y Aldehuelas de Liestos (Zaragoza), partido judicial de Daroca, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 1.070; categoría 4.ª; familias incluídas en la Beneficencia, 10; instancias hasta el 14 de Enero.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Lugar a 35 kilómetros de la cabeza de partido y a 130 de la capital. Estación más próxima, Morata de Jiloca, a 20 kilómetros. Río Ortiz.

(Continúa en la página siguiente.)

TINTURA COCHEUX cura la Gota, Reumatismo

Exito en los Hospitales desde 1848. — y el Mal de Piedra. —

En todas las farmacias.— Al por mayor TAVERNIER & AGUETTANT.—LYON (Francia).

HIERRO QUEVENNE

Único aprobado por la ACADEMIA de MEDICINA de PARIS
a causa de su pureza y de su poderosa actividad para curar Cloro-Anemias.
Único ferruginoso inalterable en los países cálidos. — 14, rue des Beaux-Arts, París.

ANALISIS

de orinas, esputos, leches, sangre, aguas, etc.

Laboratorio del Dr. E. Ortega,
sucesor del Dr. Calderón.
Carretas, 14, Madrid.

FUNDADO EN 1866.

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

Director-Propietario: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

PROGRAMA CIENTIFICO:

Lema: Progressi sumus, progredimur, progrediemur.

Ciencia española.—Archivo e inventario del Tesoro Clínico, de los trabajos de investigación y de los laboratorios nacionales.—Crítica, análisis y aceptación de los progresos extranjeros.—Fomento de la enseñanza.—Todos los Hospitales y Asilos serán Clínicas de enseñanza.—Edificios decorosos y suficientes.—Independencia del Profesorado y purificación en su ingreso.—Fomento, premios y auxilios a los estudios y su ampliación dentro y fuera de España.

SUMARIO: Sección científica: Ensayo sobre los tipos psicósomáticos de «El Quijote», por el Dr. José Goyanes.—El año pediátrico por el Dr. J. Sirabí.—Paradojas quirúrgicas, por el Dr. José Blanc Fortacín.—La hidrología y la climatología médicas al final del año 1931, por el Dr. Federico G. Deleito.—La Urología en el año 1931, por el Dr. Angel Pulido Martín.—Síntesis de la terapéutica del aparato digestivo en la época presente, por el Dr. J. González Campo.—Estado actual del tratamiento radioterápico de los tumores malignos, por los Dres. J. y S. Ratera.—La Psiquiatría en 1931, por A. Vallejo Nágera.—Modernas orientaciones en la asistencia psiquiátrica, por Pedro A. Nouvilas.—La oftalmología extranjera durante el presente año, por el Dr. Martín Renelo.—La Dermatología en 1931, por el Dr. Javier M. Tomé Bona.—La Otorrinolaringología en el año 1931, por los Dres. Bermejo y Huarte-Mendicoa.—El año en las Academias y Sociedades médicas, por M. Aceña.—Sesiones clínicas.—Bibliografía.—Periódicos médicos.

Ensayo sobre los tipos psicósomáticos de «El Quijote»⁽¹⁾

POR EL

DR. D. JOSÉ GOYANES CAPDEVILA
De la Academia Nacional de Medicina.

Señores:

Las amarguras que los embates de la vida diaria proporcionan a cada uno tienen su compensación en el aliento que se recibe de las personas de corazón noble y levantado. Si éstas suman a la nobleza altas dotes de inteligencia y maestría, el consuelo es todavía mayor. Por esto vengo aquí, con el ánimo gozoso, a dedicar esta conferencia al maestro Gregorio Marañón, en esta misma cátedra donde recibí de él preclaras enseñanzas.

Otro consuelo lo hallamos en la lectura de los libros dilectos, y la de la novela «El Ingenioso Hidalgo Don Quijote de la Mancha» siempre fué lenitivo en las penas, aunque también tristeza en las alegrías.

Leyendo «El Quijote» una vez más, se me ocurrió poner en parangón y contraste las figuras centrales de la novela, en cuanto a su constitución psíquica y somática, tal como el autor las concibe, plasma y evoca en sus narraciones, con la realidad científica de hoy, sobre todo en lo que se refiere a las relaciones en cada personaje novelesco entre soma y psique, entre cuerpo y espíritu, entre constitución, temperamento y carácter, o sea en la acción dinámica en el medio ambiental en que se desarrollan su gesta y sus hazañas.

Las descripciones del autor representan una genial intuición artística en amplio sentido, en el sentido que le da Benedetto Croce en su Estética, es decir, como comprensión y como expresión. Salta de

seguida a la vista, y ha sido ya afirmado y sostenido por cuantos se dedican al estudio de la biología de la persona, la significación de símbolos de las figuras de Don Quijote y Sancho, de dos tipos temperamentales y de carácter opuesto. En ninguna otra concepción artística se destaca tan genialmente la correlación armónica somatopsíquica de los personajes como en esta novela de la raza hispana. El temperamento y carácter (actividades dinámicas de la constitución) están vinculados de modo profundo a la contextura del sistema nervioso y a la actividad de las glándulas en general y de modo más íntimo a las de secreción interna o incretoras. Esta es la razón de haber traído aquí este tema, ya que lo ofrezco a vuestra reflexión y, sobre todo, a la del maestro en el dominio de la Endocrinología.

Los dos personajes de la novela son tan conocidos en el mundo de nuestra cultura, que todos al pensarlos los podemos representar con mayor o menor fuerza de plasmación mental y de realidad representativa. Los proyectamos en el espacio ideal de la conciencia del mismo modo que lo hacemos con la imagen de una persona conocida, viva o muerta. Pero cada uno se forja un tipo ideal distinto, que se ha ido fijando en el recuerdo por una suma y sucesión de imágenes superpuestas o engramas, deducidas de la descripción evocadora del libro. El engrama final es borroso o neto, claro o confuso, según la fuerza de proyección eidética de cada uno y la persistencia mental de las imágenes.

La representación figurada de Don Quijote y Sancho en las ediciones ilustradas del libro varía mucho, dentro, claro es, del tipo imborrable de cada uno. Un pintor holandés, verbigracia, nunca representará al Caballero de la Triste Figura con el tipo delgado leptosómico acentuado que le adscribirá un pintor o dibujante español. Y es que la interpretación tipológica debe caer dentro del área de la contextura racial o nacional corriente. No teniendo, pues, ocasión

(1) Conferencia en el servicio clínico del Dr. Marañón. Expresamente confiada, para su publicación, a EL SIGLO MÉDICO.

de someter los tipos novelescos que vamos a estudiar a una medición corporal, somatométrica o antropométrica, ni pareciéndonos oportuno acudir a la interpretación figurada de otros, debemos atenernos a los datos descriptivos de la propia novela, que por ser del autor y creador no deforman los héroes con exageración o amaneramiento, al pasar a través de una nueva interpretación artística.

Con cuatro rasgos describe el autor a Don Quijote, en su aspecto somático, al principio de la novela, presentándolo al lector en esta forma: «Frisaba en los cincuenta años y era de complexión recia, seco de cuerpo, enjuto de rostro, gran madrugador y amigo de la caza.» Y en el capítulo XXXV de la primera parte, después de haber alanceado los cueros de vino en la Venta, dice que le hallaron en el más extraño traje del mundo...; «las piernas eran muy largas y flacas, llenas de vello y no nada limpias». Y cuando vuelve a casa Don Quijote, después de la segunda salida, encantado en una jaula, le llevan al lecho y le cuidan ama y sobrina, y al entrar a visitarle el cura y el barbero le hallan tocado con una almilla de bayeta verde y un bonete colorado toledano, y «estaba tan seco y amojamado que no parecía sino hecho de carne inomia.»

El Bachiller Sansón Carrasco, vestido de Caballero de los Espejos, le dice a Don Quijote en el diálogo nocturno, antes del desafío: «Por el cielo que peleé con Don Quijote y le vencí y rendí, y es un hombre alto de cuerpo, seco de rostro, estirado y avellanado de miembros, entrecano, de nariz aguileña y algo corva, de bigotes negros, grandes y caídos.» (Capítulo XIV, segunda parte.)

Otros rasgos físicos de Don Quijote los hallamos expuestos en el capítulo XVI, segunda parte, cuando el héroe se encuentra con Don Diego Miranda, por otro nombre el Caballero del Verde Gabán. Dijo éste que en su vida había visto semejante manera ni parecer de hombre: «admiróle la longura de su cuello, la grandeza de su cuerpo, la flaqueza y amarillez de su rostro, sus armas, su ademán y compostura, figura y retrato no visto por luengos tiempos atrás en aquella tierra».

Las descripciones del tipo somático de Sancho abundan también en la novela. La gordura no le permite hacer grandes caminatas a pie, y así, cuando el hidalgo le sugiere que vaya con él de escudero, él le dice que llevará un asno muy bueno que tiene, pues no está hecho a andar mucho a pie; y al salir por los campos de Montiel nos lo presenta el autor caminando sobre su jumento «como un patriarca».

En el capítulo IX, primera parte, hallamos la descripción del tipo de Sancho en aquella invención del autor que tanto ha dado que discutir a los eruditos, en la que dice que estando en el Alcaná de Toledo, halló con un muchacho que trataba de vender unos cartapacios y papeles viejos a un sedero, y como él (Cervantes) era tan aficionado a leer, aunque fuese papeles rotos hallados en la calle, se los compró al muchacho por medio real, y llamó a un moris-

co aljamiado para que se los leyese, puesto que él conocía los caracteres arábigos, pero no sabía traducir el escrito. Halló entonces, en estos papeles, la historia de Don Quijote; y el morisco al leerla no dejaba de reír, y él le preguntaba de qué se reía. En el primer cartapacio estaba la batalla de Don Quijote con el vizcaíno y los personajes pintados. Debajo de la figura de Sancho, que tenía del cabestro al rucio, había un letrero que decía: Sancho Zancas o Sancho Panza, «y debía ser que tenía, a lo que mostraba la pintura, la barriga grande, el talle corto y las zancas largas», y por eso se le debió poner el nombre de Panza o Zancas. Pero después, en la novela, prevaleció siempre el nombre de Panza, y el autor lo hizo zanquicorto.

Que Don Quijote y Sancho representan los dos polos de la conformación biotípica humana, lo sabe todo el mundo. Cuando se habla de las relaciones entre cuerpo y espíritu, viene de seguida al ánimo la imagen de estos dos personajes, y en la tercera edición del libro reciente de G. Venzmer, «Körpergestalt und Seelenanlage» (Figura corporal y disposición anímica), la portada representa a Don Quijote y a Sancho con sus típicas figuras corporales.

Pero, además, los dos héroes de la novela son los opuestos polos del sentimiento y de la acción, y, por lo tanto, dos tipos temperamentales extremos. Fué un acierto grande el haberlos amasado con un barro plástico en donde se les infundió cualidades psicósomáticas en relación de perfecta armonía. Nadie podría imaginarse a Sancho en el cuerpo y tipo de Don Quijote y menos aún un Don Quijote sanchopancesco. La intuición consiste precisamente en penetrar en la profundidad por la contemplación de la superficie, en hallar lo esencial por lo accidental, el nexo por lo inconexo. Cuando Goethe, contemplando en el campo un cráneo de cordero, concibió la teoría vertebral, hoy ya clásica, de la calavera, realizó una intuición genial, a pesar de sus no muy profundos estudios de anatomía. La intuición corresponde, además, a una organización integral de la psique humana.

* *

El soma o cuerpo del hombre está formado por partes activas funcionales, tisulares, penetradas por todos los ámbitos por un magma o tejido de sostén, por un substrato de abolengo mesodérmico. El esqueleto y demás tejidos de sostén forman a modo de un negativo del cuerpo, o sea del tipo somático, de la figura corporal, según Bauer (1). El esqueleto decide la talla y constituye las palancas del movimiento, multiplicando y armonizando la fuerza, y es, en consecuencia, el efector extremo de la acción, de la dinámica personal.

Los demás tejidos de sostén penetran el cuerpo por doquier, y el adiposo sirve para acumular reservas de la nutrición. La estatura depende del esquele-

(1) Dr. K. H. Bauer: Konstitutions- und Individualpathologie der Stützgewebe, en el libro de Brugsch y Lewy «Die Biologie der Person». III Bd. Lf. 9.

Salicitiro

SALICILATO DE SOSA Y TIROIDINA EN SOLUCION FUERTEMENTE ALCALINIZADA
2 gramos de salicilato de sosa por cucharada

PERFECTAMENTE TOLERADO POR VIA BUCAL

Evita los trastornos gástricos.

Aumenta la eficacia salicilica.

Normaliza el terreno hipometabólico reumático.

**EN EL REUMATISMO
POLIARTICULAR AGUDO, CRONICO, etc.**

MUESTRAS Y LITERATURA - DEPARTAMENTO MEDICO DEL
LABORATORIO JUSTE - Francisco Navacerrada-3-Hotel
Teléfono 55.386-Apartado de Correos 9030-MADRID



83156118

PROGYNON

**HORMONA
SEXUAL
FEMENINA**

Concentración elevadísima.

Estandarizado según el test de Allen y Doisy.

*Indicado en todos
los trastornos hipo-ováricos*

El mejoramiento del método de fabricación del Progynon ha permitido
reducir el precio del producto.

El **nuevo envase** de 4.500 U. R. (30 comprimidos de 150 U. R.) cuesta menos que el antiguo de 2.500 U. R. (10 comprimidos de 250 U. R.). La cantidad de hormona de cada comprimido ha sido reducida de 250 a 150 U. R. por haberse comprobado que con dosis pequeñas repetidas se obtiene una acción más energética que con dosis grandes aisladas.

Solicite el nuevo folleto ilustrado.



Envases actuales:

Frascos con 30 y 60 grageas de 150 U. R.
Cajas con 6 amp. de 100 U. R. en 1 c.c.

PRODUCTOS QUIMICOS SCHERING, S. A.
Apartado 479, MADRID

Apartado 1030, BARCELONA

Ayuntamiento de Madrid



DESPUES DE LA GRIPE

FOSFOARSIL

ENERGICO RECONSTITUYENTE

Sobrealimento completo, compuesto y dosificado escrupulosamente para complacer a los más exigentes fisiólogos; de sabor agradabilísimo, de una digestibilidad perfecta, **Fosfoarsil**, Elixir o Granulado, resuelve la cuestión de la sobrealimentación racional de los enfermos, de los convalecientes, de los niños y ancianos. Es un acumulador de fuerzas aconsejado hace más de veinte años por los médicos más eminentes a los anémicos, a las mujeres encinta, a las madres en el período de la lactancia, a los agotados, a los que digieren con dificultad o sufren alguna afección del estómago, etc.

Sus fórmulas estudiadas y experimentadas por expertos clínicos, son elaboradas con todo el esmero que una medicación moderna requiere, y si se digna usted ensayarlo en alguna de sus tres formas, será su más ardiente y formal defensor, convencido de sus positivas propiedades terapéuticas, por los resultados obtenidos.

Por su sabor exquisito es un agradabilísimo licor de postre el **Elixir FOSFOARSIL** y un verdadero postre el **FOSFOARSIL Granulado**.

— FORMULAS —

ELIXIR	GRANULADO	INYECTABLE
Fósforo..... 1,10 mgs.	Fósforo..... 1,10 mgs.	<i>por c. c. contiene</i>
Nucleinato de sosa... 0,05 gr.	Nucleinato sódico.... 0,05 gr.	Fósforo..... 1,10 mgs.
Acido cacodílico..... 0,02 »	Acido cacodílico..... 0,02 »	Nucleinato sódico.... 0,01 gr.
Ex. flúido de nuez de kola..... 0,10 »	Glicerofosfato de cal. 0,50 »	Acido cacodílico..... 0,02 »
Elixir de pepsina.... 20 »	Ext. nuez de kola... 0,10 »	Suero Hayem..... 1 c. c.
Por cucharada sopera.	Por cucharada pequeña.	En ampollas de 2 c. c.

— DOSIS —

ELIXIR	GRANULADO	INYECTABLE de 2 c. c.
Una cucharada sopera después de cada comida principal.	Una cucharada de las de café después de cada comida principal.	Una inyección diaria. Completamente indolora.
<i>Precio: 7,50 pesetas.</i>	<i>Precio: 6 pesetas.</i>	<i>Precio: 15 pesetas.</i>
		Caja de 12 ampollas.

(NIÑOS LA MITAD DE LAS DOSIS)

PREPARADO EN EL

LABORATORIO CASTELLS

Encarnación, 70. — BARCELONA

to, pero el volumen se relaciona, sobre todo, con la cantidad de grasa, y así, los dos tipos extremos somáticos, el gordo y el flaco, tan bien descritos por Marañón en el sugestivo libro «Gordos y flacos», los origina, sobre todo, el tejido adiposo, con su presencia o con su ausencia.

De los caracteres somáticos adscritos por el autor de la singular novela a Don Quijote y los que pregonan cuantos personajes con él se relacionan en el decurso de su vida azarosa de caballero andante, se puede afirmar que el tipo físico del héroe es el del leptosómico, con sus características conocidas de temperamento y de carácter. Pero no es Don Quijote un leptosómico puro, ni mucho menos un asténico, sino un tipo mixto delgado atlético que representa un grupo morfológico de gran eficacia en el medio social. Sancho debe ser clasificado sin duda entre los pícnicos. Su corto talle y piernas, su barba espesa, su abdomen abultado y su posaderas gruesas, le diseñan como tipo grotesco.

La importancia del desarrollo de los tejidos de sostén en la conformación individual se destaca bien clara en los dos héroes de la novela. El substratum arquitectural del soma viene a representar una tercera parte del volumen corporal, y puede considerarse como una efectiva prolongación del sistema endocrino. Como ningún otro tejido influye en la determinación del hábito o tipo morfológico.

No puede negarse que los pícnicos y los leptosómicos extremos producen en el ánimo del que los contempla una impresión objetiva sentimental opuesta y contraria. El delgado parece más sensible que el gordo y más irritable; el pícnico, más embotado en la emoción y en la acción. El primero da la impresión de idealismo, de materialismo, y realismo el segundo. Cervantes dijo del famoso ventero «que porque era muy gordo era muy pacífico». Los conceptos de idealismo y materialismo encarnan corporalmente en los tipos extremos del flaco y del gordo. El sujeto leptosómico parece desligado de las relaciones materiales con el mundo; es un tipo idealista, ligero, de tendencia a la elevación y sublimación. El pícnico se nos presenta, en cambio, como retenido por las relaciones materiales al suelo que pisa y por la acción de la gravedad. Idealismo y materialismo son correlativos, hasta cierto punto, en el tipo personal a delgadez y gordura.

En el mesénquima reside, pues, el esquema del tipo corporal, que viene a ser, como ha dicho Petersen (1), un negativo de todos los órganos. Hasta hace pocos años se consideraba el sistema nervioso como el substratum y primado de la forma y modo de las reacciones vitales. Pero hoy se halla ya suplantado por el sistema endocrino, aunque el desarrollo individual y la función vital misma es un *consensus partium*. El sistema nervioso rige las manifestaciones vitales todas, pero su acción dinámica está condicionada por los incretas y, en general, por la compo-

sición del medio interno, que para él, considerado en su ordenación sistemática, es algo externo y ambiental.

Decíamos que en modo alguno puede incluirse el tipo somático de Don Quijote en el grupo de los leptosómicos puros, y mucho menos en el de los asténicos. Con este nombre se designan las personas de excesiva delgadez y de escasa tonicidad y desarrollo muscular y visceral. Es característico el tipo asténico por hallarse ya en los linderos de lo patológico, y se le conoce bien desde la descripción clásica de Stiller. En cuanto al término «leptosómico», Kretschmer lo considera como la denominación genérica de todo hombre constitucionalmente delgado; el asténico sería un grado más avanzado todavía. Don Quijote es decididamente un leptosómico, pero no un asténico.

En el delgado domina el proceso de desintegración material; el metabolismo es más alto; las funciones catabólicas más intensas; muchos flacos siguen siéndolo aun sometidos a una dieta corroborante. Los gordos, en cambio, tienden a reintegrar a su propio yo somático la mayor parte de lo que ingresan. Con relación a los incretas que influyen en la determinación del tipo somático, puede decirse con N. Josefson (1), que los individuos con función reducida del tiroides y de la hipófisis son *brevilíneos* y, por el contrario, *longilíneos* los dotados de función tiroidea e hipofisaria excesivas. Las hormonas sexuales son también poderosos estimulantes metabólicos, y así los castrados tienden a engordar.

Podemos, pues, asignar a Don Quijote el tipo hipertiroideo. Si Don Quijote es producto sólo de la fantasía del autor, el suponerle hipertiroideo o asignarle tal o cual temperamento resultaría algo arbitrario. Si como es probable, el autor se fijó para crear y plasmar su tipo ideal en algún hidalgo manchego de carne y hueso, nadie puede negarnos la justificación de la hipótesis anterior, pues los personajes de las novelas, o son copias más o menos fieles de la realidad, o síntesis de varias realidades personales.

Quizá pudiera incluirse a Don Quijote en el tipo llamado basedowide de Jaensch, o tipo B, caracterizado por los ojos brillantes, la piel fina, los reflejos cutáneos rápidos, las arritmias cardíacas y otros estigmas del sistema vegetativo. En este tipo, fuertemente integrado, los estados del ánimo tienen una enorme influencia en la psique; son el fluido o magma donde están sumergidos los restantes procesos psíquicos, penetrando inseparablemente la conciencia. Pues el concepto de integración se define y concreta como recíproca e íntima compenetración de funciones anímicas que de ordinario están separadas.

La coherencia que une al individuo con el medio que le rodea, sobre todo con el medio social, ya que el hombre aislado, robinsoniano, es una utopía, viene

(1) En el libro de Brugsch y Lewy «Die Biologie der Person».

(1) En el libro de Brugsch y Lewy «Die Biologie der Person».

a ser una armazón de hilos invisibles que mueve la personalidad. Pero en los estratos del alma humana hay una superposición ordenada, con horizontes bajos, medios y altos, comparables a los horizontes de los yacimientos geológicos. Por esto, en el estudio de la tipología del Quijote debemos analizar cuál es la estructura vital de los personajes, tanto la vinculada a los profundos planos de la organización biológica, como la constitución, el carácter y el temperamento, cuanto las ligadas a las actividades psíquicas superiores conscientes.

Constitución quiere decir, a la letra, lo que está en pie, vivo y efectivo. En Biología se admite como constitución la base físicosomática del individuo, y según las ideas de Kahn, «el conjunto de todas las cualidades del individuo relacionadas con la herencia»; es decir, arraigadas en el genotipo (la suma de todos los genes) (1). Temperamento y carácter deben ser conceptos dinámicos o funcionales. Nosotros concebimos el carácter como la forma de reacción individual vinculada a la disposición y estructura del sistema nervioso, y el temperamento como el tono reactivo adscrito a la composición bioquímica, sobre todo determinada por las glándulas de secreción interna. Temperamento y carácter se influyen recíprocamente, porque su base somática se halla en íntima relación cruzada de dependencia, y no sólo en la función actual, sino en la reforma o cambio y moldeamiento. El sistema nervioso puede considerarse como el centro del *substratum* anatómico del carácter, y, por tanto, éste se halla más ligado a la función voluntaria, y el temperamento más a la emocionalidad o psicoestesia. El temperamento es por este motivo causa de muchas manifestaciones del carácter, y a su vez las funciones caracterológicas influyen en el temperamento, es decir, el sistema nervioso regula las funciones orgánicas, glandulares o no, y en general las actividades de la función de todos los órganos. Los tipos caracterológicos, basados para su clasificación en las funciones endocrinas, como ha hecho el americano Berman («The glands regulating personality», Londres 1921), no están aún del todo fundamentados, pues como ha hecho notar Lipschütz, el tipo endocrino de Berman es más bien un postulado sistemático.

La formación de tipos constitucionales es algo arbitrario, porque cada persona representa una individualidad distinta e inconfundible. La biología de hoy vuelve a interesarse por el problema de la individualidad, como dice Erwin Strauss en su trabajo «Der Problem der Individualität», en el libro de Brugsch y Lewy. Pero el asunto no es nuevo; no se trata de un descubrimiento de la ciencia, sino del análisis de un antiguo asunto que se quiere esclarecer a la luz de las adquisiciones modernas.

Pero volvamos al tipo de Don Quijote. Le hemos incluido en el grupo leptosómico-atlético. Don Quijo-

te es delgado, pero recio. La fuerza de su brazo, la resistencia de su cuerpo en las hazañas épicas de su azarosa vida lo proclaman. Podíamos calificarle con la designación vulgar de un «hombre de pelo en pecho», y esto, como es sabido, corresponde a una característica del atlético. El leptosómico, en cambio, carece de floración pilosa en la tabla del pecho. La delgadez y angulosidad de la figura de Don Quijote le valió el sobrenombre de Caballero de la Triste Figura, calificativo que se extiende y abarca tanto su tipo corporal como la disposición de su ánimo, siempre en contradicción con la realidad objetiva y con las normas sociales. El mismo Don Quijote está convencido de la realidad de su triste figura, pues cuando envía a Sancho con la carta para Dulcinea y él se queda en Sierra Morena, desnudo de cintura abajo, y dice: «para qué quiero yo dar ahora pesadumbre a los árboles si me desnudo del todo, que no me han hecho mal alguno», entonces le dice Sancho: «que no vea yo en cueros a vuestra merced, que me dará mucha lástima y no podré dejar de llorar». Y es que al mismo Sancho inspira compasión la figura escueta de Don Quijote desnudo. Pero el escudero es hombre ecuánime, tiene las características del tipo ciclotímico de Kretschmer, y no quiere malgastar sus sentimientos con escenas tristes, cuando puede evitarlas, pues su ánimo está equilibrado, como propio de persona sana de espíritu.

Don Quijote proyecta, pues, el estado de su ánimo aequino en los árboles y en el paisaje, y esta proyección simpática del yo es lo que la escuela psicológica de Jaensch (Grundformen des Menschlichen Seins, Berlín, 1929) designa con las palabras de «Einfühlung» y «Zufühlung», la compenetración vital con los seres y objetos que nos rodean. «Einfühlung» es la intuición comprensiva del contenido objetivo de algo que apercibimos, es decir, la corriente centrípeta de la relación del yo a la cosa. «Zufühlung» es el proceso inverso de proyección del yo, o mejor, del estado animico del yo sobre otra persona u objeto, y, por tanto, la corriente centrífuga de la relación recíproca. El sentimiento vital es, por consiguiente, el que decide al fin del tono emocional, triste o alegre, de cada momento, y en los sujetos ensimismados, los que llama introvertidos psíquicamente el psicólogo Jung («Psychologischen Typen», Zurich, 1930) de la escuela de Zurich, de fuerte temperamento subjetivo, el paisaje es la expresión proyectada del mundo interior emocional y sentimental. Don Quijote proyecta su yo melancólico, dispuesto a hacer grandes locuras y demostrar su fervor amoroso por la dama de sus pensamientos, en los árboles y en las peñas, en el paisaje todo, y luego lo recibe de rechazo a su vez en el ánimo.

Los afectos se diferencian de las emociones en que son de causa interna, y en cambio la emoción se motiva por algún estímulo exterior. En los integrados de tipo basedowoides de Jaensch, en los cuales hemos incluido al Caballero de la Triste Figura, la afectividad, lo mismo que la capacidad de emoción, es suma-

(1) Véase E. Kretschmer: «Körperbau und Charakter», 7.ª y 8.ª edición, pág. 225, y el resumen de este sugestivo libro de J. M. Saeristán, «Figura y Carácter», La Lectura. Madrid.

mente fuerte. Sus características son la impresionabilidad y la expresión bizarra. Goethe y Balzac eran también muy afectables por las cosas pequeñas.

*
* *

Hemos dicho algo de la figura psicológica de Don Quijote; pero el héroe nace por metamorfosis de otra persona de carne y hueso, de Alonso Quijano, y por eso no es justo decir que nada sabemos de la juventud del caballero andante. En el capítulo primero de la novela asistimos a su nacimiento. Hay, por lo tanto, el parto de un ingenio, y por otro lado, una metamorfosis. Don Quijote nace al mundo real de modo comparable a como nace Minerva de la cabeza de Zeus. La crisálida es un hidalgo manchego y pobre, parecido en cuerpo y espíritu a los demás hidalgos de su condición. Cambia de personalidad para lanzarse al mundo de la acción y de la justicia. Pero el cambio va precedido de un período de gestación, preñado de lecturas, que preparan la metamorfosis en la mente de Don Quijote, pues el cambio es sólo espiritual; se nutre durante muchos años de la doctrina de los libros de caballerías, enfrascándose en su lectura, y así «del poco dormir y del mucho leer se le secó el cerebro, de manera que vino a perder el juicio», etc.

Ya tenemos la mariposa salida de la ninfa de Alonso Quijano, que rumió las grandes acciones de los libros caballerescos. Hay, pues, dos fases en la génesis de la idea eje de la novela: la primera, de preparación psicológica, de recepción en la mente de un viejo mundo de valores, pretérito en la cultura, que va a suplantarse el normativo de la época, y una segunda, de acción, de pugna por introducir valores que representan un estado de justicia y de orden peculiar. El aforismo dice: «Nihil volitum quin precognitum» (nada se quiere que no sea antes conocido), y Don Quijote quiso aquello que conoció por obra y gracia de sus lecturas.

*
* *

El sentimiento indefinido, el afecto inefable, el impulso, es la fuerza que lleva a querer las cosas y se halla enraizado en el hondo de la vitalidad; pero lo querido es algo representado antes o visto o imaginado. Como dijo algún psicólogo, hacemos lo que queremos porque queremos lo que hacemos. Don Quijote quiso el mundo de sus lecturas con tanta pasión, con tan profundo impulso, que no sólo lo vivió como crisálida en sus ensueños, pero lo quiso realizar como actor vivo y temible, como ejecutor en un medio naturalmente hostil.

Concebimos la lucha eterna entre la razón y la apetencia vital como la forma de la evolución del hombre hacia un ideal superior. En los animales todo es vital, instintivo e ingenuo, y hasta cierto punto fatal e irresponsable. Pero en el hombre el instinto se domina y contrarresta, es exorable por la razón lógica y discursiva. En el hombre el instinto vital es ancestral, es imperioso y no perdona si se le rechaza

o somete, pues está localizado en los lazos más hondos de la urdimbre humana. Lo moderno y racional flota en el aire, no se ha hecho todavía vital, no se ha afirmado biológicamente. Según mi parecer, el doble movimiento de vitalización de lo racional por una especie de automatismo, y la desaparición de lo vital, de lo instintivo, es el proceso de la evolución del hombre.

Alonso Quijano es un hidalgo bondadoso y asceta, y de él sale Don Quijote, de la crisálida específica, no de cualquiera, y al salir nace un héroe de personalidad superior, todo un temperamento y un carácter; porque éste es la forma constante de reaccionar ante los estímulos presentes, ya hacia dentro, es decir, con el sentimiento, con la emoción, ya hacia fuera, con la acción y con la gesta. Si Don Quijote hubiera sólo protestado de las injusticias sociales, no le tendríamos por tan loco. Este calificativo se le da a causa de sus hechos, pues por ellos se conoce, sobre todo, la insania de los hombres. ¿Pero es que hay algún hombre que sea por completo sano de espíritu con arreglo a las obras racionales? Decía el filósofo de Abdera, Demócrito, que todo hombre es loco de nacimiento. («Totus homo ex nativitate alienus est».) ¿Pero no hay contradicción honda en considerar a Don Quijote como loco rematado, por una parte, y por otra como ingenioso hidalgo? Estaríamos tentados a pensar que quien lo sacó a la luz de las generaciones para lanzarlo por el mundo había errado en esto de llamarle loco e ingenioso a la vez, en asignarle cordura e insania al mismo tiempo. Porque ingenio es, según dijo Platón, como aprendimos en el libro de nuestro Juan Huarte de San Juan, «Examen de Ingenios», el instrumento para mostrar y discernir la substancia de las cosas.

De modo que, aunque loco, era Don Quijote hidalgo ingenioso, es decir, capaz de parir algo de su entendimiento, pues, como dice Huarte, «se halló que había en el hombre dos potencias generativas, una común con los brutos y otra participante con las substancias espirituales; porque el entendimiento es potencia generativa, y pare y saca a la luz un concepto, que es «verbum mentis». El mundo que se forjó en su caletre el caballero andante y lo dió luego a luz saliendo por los campos de Montiel, era un nuevo mundo de justicia, pues él comprendía todas las cosas por sí, se daba cuenta de ellas, y esta es la segunda acepción que da nuestro Huarte a la palabra ingenio, pues como dijo Aristóteles, «Optimum ingenium est illud quod omnia per se intelligit». (Es óptimo ingenio aquel que comprende todo por sí.)

La tercera acepción del concepto de ingenio es lo que llama Platón «Ingenium excellens cum mania» (ingenio superior con demencia), que es el que tiene aquel que sin arte ni estudio alcanza a decir cosas tan delicadas, verdaderas y prodigiosas, que jamás se vieron, oyeron ni escribieron, es decir, a modo de revelación divina, a lo que se opuso el astuto Aristóteles, negando esta inspiración y locura.

Algunos literatos han dicho que esta última forma

de ingenio era también la del ingenioso hidalgo don Miguel de Cervantes, y que no supo lo que escribió, pues no hallan en la novela bastante fárrago de erudición, y en cambio encuentran citas equivocadas, en su rebusca de hurones. Según ellos, el mundo ideal del libro surgió por casualidad al buscar y ejercitarse en la destrucción de los libros de caballerías, como el que descubrió Colón, sin darse cuenta de lo que hallaba. Ya dijo Galeno que los hombres sapientes han de saber con moderación y templanza («sapientum ad sobrietatem»).

*
* *

Don Quijote tenía la lesión en la imaginativa, y en esto se parece a aquel otro loco que fué Demócrito, abderita del cual nos cuenta Huarte «que fué uno de los mayores filósofos naturales y morales que hubo en su tiempo; el cual vino a tanta pujanza de entendimiento en la vejez que se le extravió la imaginativa, por lo cual comenzó a decir y hacer dichos y sentencias tan fuera de término, que toda la ciudad de Abdera le tuvo por loco. Para cuyo remedio despacharon apriesa un correo a la isla de Cos, de muy buena gana, porque tenían deseo de comunicar con Hipócrates, pidiéndole con gran instancia y ofreciéndole muchos dones para que viniese con gran brevedad a curar a Demócrito, que había perdido el juicio. Lo cual hizo Hipócrates de muy buena gana y se partió luego, y llegando al lugar donde habitaba comenzó a razonar con él. Y haciéndole las preguntas que convenía halló que era el hombre más sabio que había en el mundo. Y así dijo a los que le habían traído que ellos eran los locos y desatinados, pues tal juicio habían hecho de un hombre tan prudente. Y fué la ventura de Demócrito que todo cuanto razonó con Hipócrates en aquel breve tiempo fueron discursos del entendimiento y no de la imaginativa, donde tenía la lesión».

También tenía la lesión en la imaginativa nuestro gran Don Quijote, porque su discursiva era impecable; pero su discursiva era el instrumento de su imaginativa. Los panoramas, objetos y personas del mundo son para Don Quijote tan sólo estímulos de su fantasía, que campea y flota siempre por encima de la realidad, como el aceite sobre el agua.

*
* *

El tipo somático de Sancho se destaca por su barriga grande, talle corto y piernas breves. Es gordo por su disposición constitucional, y en consecuencia, apetece los alimentos con vehemencia, lo que contrasta con la poca atención que presta Don Quijote a la función de comer y beber, función tan real y necesaria que un profesor alemán de Filosofía amigo mío decía, rectificando el aforismo cartesiano *cogito, ergo sum*: «como, luego soy». Don Quijote apenas come, y en cambio, Sancho se muestra glotón y destapa su temperamento cuando dice que «como yo tuviese bien de comer, tan bien lo comiera en pie y a mis solas como sentado a par de un emperador, y aun

iba a decir que me sabe mucho mejor lo que como en un rincón, sin melindres ni respetos, que los gallipavos de otras mesas donde sea forzoso mascar despacio, beber poco, limpiarme a menudo, no estornudar ni toser si me viene en gana, ni hacer otras cosas que la soledad y la libertad trae consigo».

Es notable que el verbo «saber» tenga dos acepciones tan distintas, en apariencia, en nuestro idioma, la de conocer y la de saborear. En latín el verbo «moli» quiere decir «rumiar», o sea reflexionar y decidirse a ejecutar; y Servet, en la Geografía de Ptolomeo, dice que los españoles del siglo xvi eran rumiadores de grandes hazañas. (*Inquietus est et magna moliens hispanorum animus.*) Todo esto nos lleva, sin tener que acudir a hondas reflexiones filosóficas, a afirmar que el hambre debe ser la raíz profunda y original del conocimiento, como trató de demostrar el fisiólogo Turró.

Al idealista leptosómico, en cambio, le sobra la comida. La incorporación de la materia a su propia carne y hueso no es para él una función fundamental. A Don Quijote le atrae más el condimento ideal de la comida, o sea el aderezo, y al final de los ágapes, en compañía, pronuncia aquellos memorables discursos. El idealismo máximo en el yantar lo tenemos en la cena de Jesús, donde se departe a cada uno la carne y la sangre espirituales, la esencia santa que radica en la profundidad de los sólidos y los humores de todas las criaturas.

Al tipo gordo y rollizo de Sancho se vinculan otras cualidades de carácter, referentes a su acción y su actuación en el medio. El hombre corpulento y redondo es, en general, de lentos movimientos, quizá más armoniosos y elegantes que los del flaco, como demuestra el estudio gráfico de la «Motorica» por medio del cine. Sancho dice en una ocasión: «yo soy hombre pacífico, manso y sosegado y sé disimular cualquier injuria, de modo que no pondré mano a la espada».

*
* *

En el examen de los temperamentos y caracteres en relación con el tipo físico, las modernas corrientes se deben en parte a la escuela de Marburgo, empeñada en reducir a valores objetivos medibles y palpables las líneas vagas e indecisas muchas veces que la intuición descubre en la morfología humana. Toda persona que se presenta a nuestra contemplación por vez primera, sobre todo si con ella ha de mediar alguna relación duradera, motiva en nosotros la formación de una síntesis sentimental que oscila entre la simpatía y la antipatía, la atracción y la repulsión, causada por el estímulo de la forma de su tipo estático-dinámico. El que quiera estudiar a fondo los problemas de la constitución y del temperamento y carácter debe acudir a las fuentes originales de información, sobre todo a los tratados de Kretschmer, «Körperbau und Charakter», 7.^a y 8.^a edición, 1929, donde se fundamenta, basándose, como es sabido, en los datos psiquiátricos de relación entre la esquizo-

frenia y la locura maniácodepresiva y los tipos leptosómico, atlético y displásico y los pínicos, respectivamente, con su consecuencia, la formación de los subpatológicos esquizoides y cicloides y los temperamentos ya normales esquizotímico y ciclotímico. A la obra de Jung, ya citada, de «Tipos psicológicos», con su clasificación de introvertidos y extravertidos psíquicos, que hasta cierto punto coinciden con aquéllos. A las obras de Spranger, de Jaensch, de Ziehen, de Brugsch Lewy, de Utitz y otras muchas (y las aparecidas en la literatura inglesa y americana que yo he consultado y estudiado para la elaboración de este trabajo).

* *

Pasemos ahora a un capítulo sugestivo, sobre todo para las señoras y señoritas que me escuchan, que es el de los amores de Don Quijote, pues como se suele decir, en el juego y en el amor es donde más se manifiestan el carácter y temperamento de los hombres. Cuando los instintos perennes del hombre se reprimen largamente, el gigantón ciego que todos llevamos conducido por el enano vidente, que es la razón, se venga a menudo originando desviaciones anormales, a veces de orden superior y hasta creador. Pero la Filosofía y Biología modernas no creen hoy que sea tan ciego el instinto, sino que, siguiendo un símil nuestro, vida emocional y vida racional son dos gemelos unidos que siguen inseparables el curso del hombre, aunque a veces riñen y vienen en conflicto. Tal es la idea de Scheler, uno de los filósofos más fecundos de la Alemania actual.

Las dos tendencias instintivas sintéticas se funden en realidad en una sola forma vital y se compensan de modo recíproco, como los dos haces o caras de una moneda, inseparables, anverso y reverso. La materia de la pieza puede ser noble o plebeya, de alta o de baja ley, de metal ordinario o precioso. Don Quijote se tenía que enamorar por lo alto. «Limpias, pues, las armas..., se dió a entender que no le faltaba sino buscar una dama de quien enamorarse». Aquí Don Quijote medita sobre un hecho bien conocido: que la gloria y fama de cada uno debe ser ofrenda en aras del amor, es decir, de la mitad dulce de la Humanidad, y que las acciones y triunfos en el medio social van guiados en gran parte a este noble fin; son, pues, actividades al servicio del amor y de la apetencia sexual.

En el hombre el instinto del amor específico tiene dos planos diferentes, de distinta categoría, pero unidos en una línea común, y representan por cierto los dos polos de esta apetencia vital. En el plano bajo está el sexo, organizado de modo muy complejo; en lo alto, el Eros, el amor puro y platónico, la afinidad espiritual. Lo sexual es lo plástico material; lo erótico es lo psíquico ideal. La armónica objetivación de entrambos en una sola pieza, de toda la gama espectral amorosa, es decir, de toda la línea del instinto específico, representa la perfección del amor en amplio sertido. La falta de uno de los lados

o polos deja quebrado el instinto sexual, y su disociación, que con tanta frecuencia se da en las relaciones intersexuales, causa a menudo perturbaciones y conflictos en el medio social.

Esta disociación la describe con gran clarividencia el autor de la singular novela en aquel comentario de la historia de Cardenio (capítulo XV, primera parte) en el que cuenta cómo Don Fernando, hijo del Duque Ricardo, había gozado a la bella labradora a título de esposa. «Sucedió, pues, que como el amor en los mozos por la mayor parte no lo es, sino apetito, el cual, como tiene por último fin el deleite, en llegando a alcanzarle se acaba y ha de volver atrás aquello que parecía amor, porque no puede pasar adelante del término que le puso naturaleza, el cual término no le puso a lo que es verdadero amor.» Es decir, el límite y término del sexo es el acto sexual, el cual realizado produce hastío y aversión; en cambio, el Eros, el amor puro e ideal, no tiene límite y debe ser, por lo tanto, el nexo que mantenga unido a cada par amoroso, oponiéndose al deseo de renovación, elevando a la persona amada al infinito del amor ideal, que, como dice Cervantes, es inacabable y profundo.

La concepción del amor precede en Don Quijote al momento psicológico de encarnar y personalizar el objeto amoroso. Dirige su instinto hacia la persona a quien ha de amar, pero no de modo arbitrario.

Veamos cómo se hace carne y hueso el amor platónico, la idea amorosa en el ánimo del caballero. «Y fué, a lo que se cree, que en un lugar cerca del suyo había una moza labradora de muy buen parecer...» La idea, o si se quiere la apetencia de amar, el instinto idealizado, es anterior en Don Quijote a la contemplación del objeto amoroso. De los profundos planos de su instinto vital surge, pues, la concepción idealizada, superreal de la necesidad de amar. ¡Pero qué diferencia entre el amor del tiempo de Alonso Quijano y el amor de ahora! Antes era la moza, que con sus atractivos carnales excitaba la carne de Don Quijote. Dulcinea, en cambio, es un símbolo irreal y sublime. La disposición esquizotímica de Alonso Quijano se destaca con esto ya clara y palpitante, pues en otros pasajes de la novela nos enteramos de que quizá nunca había visto a la moza, pero de oídas la conocía y la llevaba en los cálidos pliegues de su alma. Y es de presumir que jamás tuvo otros amores, y, por lo tanto, su continencia, su ascetismo sexual (*verdrängun*) del instinto fué lo que despertó en él el impulso y decisión de hacerse Don Quijote, de abrazar la causa de la Humanidad, es decir, su locura.

La moza de quien se enamora Don Quijote no sabe ni leer ni escribir; como él mismo dice, en toda su vida ha visto letra mía, «porque mis amores y los suyos han sido siempre platónicos», etc. El impulso sexual no radica tan sólo en el estímulo producido por un producto elaborado por las glándulas sexuales (glándula intersticial), sino que representa una compleja función cerebro-medulo-genital, y, por lo tanto,

según Kretschmer, no tiene una cuantía psicofísica independiente, sino que se halla entretelado como parte fundamental del temperamento, y yo diría que también del carácter. Este impulso, en los tipos llamados ciclotímicos, es una apetencia simple, natural y viva; pero en los esquizotímicos es mucho más compleja. En estos sujetos suele darse un contraste o rotura manifiesta entre la hiperexcitación y la frigidez, y a veces hay en ellos una tardía exaltación de la libido, sobre todo en los esquizoides, que ya confinan en los linderos de la locura.

Ya dijo Kronfeld en su «Psicopatología sexual», que entre los individuos perturbados sexualmente se encuentran con frecuencia los rasgos de la constitución esquizoide, en especial los asténicos con tendencia eunucoide y también los hipofisarios acromegálicos y los atléticos. En definitiva, en los tipos esquizoides, como Don Quijote, se da con frecuencia la inseguridad en la función sexual, que les puede conducir a la renunciación efectiva del sexo o, por el contrario, al continuo cambio e insatisfacción, por no verse realizada la idea psíquica de alto tono en el comercio efectivo del impulso.

Alonso Quijano dormía en el pueblo o lugar de la Mancha el sueño de su inercia, hasta que su vaso vital se le llenó de estímulos para comenzar su nueva vida y hazañas. No es arbitrario suponer que el estímulo derivó en Don Quijote, no tanto de la lectura de los libros de caballerías, cuanto del impulso vital almacenado de sus hormonas sexuales, de su sexualidad rechazada y acumulada.

La biología experimental demuestra que el sueño de los animales invernantes se suspende y el animal dormido despierta si se le administra una pequeña dosis de hormona tiroidea. Don Quijote fué el más casto enamorado y el más valiente caballero. La sexualidad parece estorbar la realización en el mundo de otras grandes empresas, ya porque la energía vital sufra una desviación plena, como en Don Juan, ya porque suprimida esta dirección quede libre y capaz para otras gestas. Sócrates daba gracias al cielo por haberse librado al fin de los afanes y cuidados de la sexualidad. Orígenes se hizo castrar para ser libre de la tiranía del instinto, y ya en San Mateo (Evangélio, capítulo XIX, versículo 12) encontramos aquella frase: «Beati qui se castraverunt propter regnum Dei»; pero aquí quizá castrar se entiende por castidad.

El camino no es éste. La abolición de la hormona sexual suprime o, por lo menos, reduce los estimulantes potenciales de la vida. El castrado material suele serlo también mentalmente. Lo que precisa es derivar ese poderoso estímulo a otros círculos de acción, y así comprendemos el valor del voto de castidad y aquel acierto de Unamuno al decir que parece que hay que renunciar al amor carnal si se ha de crear algo importante en la vida.

Galeno hizo ya notar la relación de los dídimos con la garganta, y cómo se hacían continentes por fuerza los cantores romanos, pues si no perdían el salario. Pero la frialdad natural de Don Quijote tiene

además otro origen, que es la abstinencia sexual, que si al principio representa una acumulación potencial del deseo, llega por fin a amortiguarse. Ya dijo Platón que ejercitar las partes corporales las hace cobrar mayor vigor, y Galeno cuenta el caso de un amigo suyo que enviudó y se le quitó la gana de comer, hasta el punto de no digerir ni una yema de huevo, y si comía a la fuerza, lo vomitaba, y por esto andaba triste y melancólico. Pero Galeno le aconsejó que se volviese a casar si quería tener salud, y la recobró revertiéndose a su costumbre de siempre («ad pristinam consuetudinem reversus»).

Y es que los instintos son, según he dicho, como los haces o caras de una moneda, y por eso parece algo anodina la lucha entre las dos escuelas psicoanalistas: la de Freud, que hace arrancar todo el impulso de la libido, y la de Adler, que lo vincula a la tendencia en la conservación, preponderancia y predominio en el medio social, el cual, cuando llega a los linderos patológicos, origina un nuevo complejo que yo brindo a los psiquiatras, al que he designado como complejo de Noé o noémico, pues fué Noé el que por su virtud, e involuntaria e inconscientemente, se hizo el padre del género humano a causa del Diluvio.

Cualquiera pensaría, y lo mismo pensaba Sancho, que el ideal amoroso de Don Quijote habría de recaer en una alta princesa, y, sin embargo, por aquello de «Nihil volitum quin precognitum», como dice Unamuno invirtiendo los términos del aforismo, la señora de sus pensamientos era una garrida moza de su pueblo. Sancho critica esta idealización platónica del amor de su amo, y le confiesa su gran ignorancia, y dice aquello de «qué se le ha de dar a la Señora Dulcinea del Toboso que se le vayan a hincar de rodillas delante de ellas los vencidos», etc., y Don Quijote le replica que, «para que veas cuán necio eres y cuán discreto soy yo, quiero que me oigas un breve cuento», y era aquel de una viuda hermosa, moza, libre y rica y, sobre todo, desenfadada que se enamoró de un mozo motilón, rollizo y de buen tono, y alcanzándolo a saber su mayor, un día le dijo a la buena viuda, por vía de fraternal reprensión: «maravillado estoy, señora, de que una mujer tan principal, tan hermosa y tan rica como vuestra merced, se haya enamorado de un hombre tan soez, tan bajo y tan idiota como fulano, habiendo en esta casa tantos maestros, tantos presentados, y tantos teólogos en quien vuestra merced pudiera escoger como entre peras, y decir, este quiero, aqueste no quiero». Mas ella le respondió con mucho donaire y desenvoltura: «vuestra merced, señor mío, está muy engañado, y piensa muy a lo antiguo, si piensa que yo he escogido mal en fulano, por idiota que le parece, pues para lo que yo le quiero tanta filosofía sabe y más que Aristóteles». Y volviéndose Don Quijote a Sancho, le dijo: «así, para lo que yo quiero a Dulcinea del Toboso tanto vale como la más alta princesa de la tierra».

Aquí hace resaltar el autor, por boca de Don Quijote, el admirable contraste entre el amor carnal de

la viudita y el alto amor ideal del caballero. Al héroe no le pasó jamás por el magín apetecerla en carne y piel, y para amarla, con amor platónico, le sobraban cualidades y atractivos.

¡Oh fuerza de imaginación y subjetividad de Don Quijote, que alcanza a formarse la imagen de su amor como él quiere y desea, pues con el pincel sublime de su fantasía le va dando aquellos adornos al cuerpo y aquellas cualidades al alma que él alcanza a imaginar. Elimina, pues, Don Quijote el plano inferior físico de la apetencia y lo transporta íntegro, y de una pieza, al ideal platónico. La rotura de la línea que comprende estos complejos elementos sexuales del instinto, se da con frecuencia en la realidad, y así vemos divorciados la satisfacción y el amor ideal. La represión del primer plano conduce a veces a la superidealización del segundo. En Don Quijote la máxima castidad le lleva a la superelevación idealista del Eros. El autor la afirma en el prólogo de la obra, donde dice que «tan notable y honrado caballero fué el más casto enamorado y el más valiente que de muchos años a esta parte se vió en aquellos contornos». Y el platonismo lo traslada Don Quijote a la persona amada, a la que supone tan dichosa como él de este amor ideal, y así dice en el capítulo III, primera parte: «bien te puedes llamar dichosa sobre cuantas hoy viven sobre la tierra, o sobre las bellas, bella Dulcinea del Toboso».

El estímulo o fermento sexual, representado por la hormona, es el agente químico material que estimula la elevación al dintel de la conciencia de lo inconsciente del deseo, de la potencia actual del recuerdo. Por eso Don Quijote no es un castrado, sino un hombre hecho y derecho. Su instinto, salido de las profundas raíces de su constitución vital, reprimido en su efectiva satisfacción y desplazado hacia el polo ideal del amor, construye en la mente del caballero una imagen viva y palpitante, eidética, de su pasión.

Cuando se está tan enamorado como Don Quijote, toda impresión sensorial, y en todo momento, conduce a la aparición en el campo de la conciencia de la imagen del sujeto amoroso. Y así piensa en su dama cuando ve otras, sobre todo si son hermosas, y más cuando le declaran su pasión y su enamoramiento. Pero en cada instante puede y surge el recuerdo de la dama, y a veces toma en Don Quijote esta ilusión el significado de una idea fija:

Dulcinea del Toboso
del alma en la tabla rasa
tengo pintada, de modo
que es imposible borrarla.

La idealización amorosa es, pues, la repercusión reactiva de lo que algún biólogo llama hoy el «resorte instintivo», forzado en el caballero. El instinto fué frenado, como diría Darwin, o reprimido, como diría Freud, o suprimido, según el término de Rivers, y este empuje al fondo ignoto vital hizo rebotar la apetencia en forma idealizada, pues las circunstancias

éticas de la vida del hidalgo manchego le obligaban a la represión. Así se unió al substratum potencialmente activo de la conciencia, o a la presencia consciente en cada momento. Y este freno, que es transitorio y fugitivo en el momento de las emociones, resulta permanente para las pasiones y estados afectivos.

Ya dijo Darwin que las emociones son refrenadas por imposición de la vida civilizada. Pero la frenación es incompleta y no impide que asomen a la superficie. Para Freud las instancias o solicitaciones del instinto tratan de ser dominadas por la «censura» y el yo consciente se opone a tales solicitaciones. En Don Quijote no hay lo que llama Freud la «represión erótica», sino más bien la «represión sexual», y al contrario, la exaltación consciente erótica, dada la diferencia que hemos señalado entre los dos polos del amor, y la libido de Freud se acerca más al polo físico.

Se da también en Don Quijote otro fenómeno psíquico relacionado con lo inconsciente emotivo, llamado también irracional, que es el de la «perseveración afectiva». Desaparecida la causa emocional, subsiste durable el recuerdo, que se agranda de cada vez en el pensamiento: la emoción hecha pasión. Don Quijote sólo vió una vez a Aldonza, o quizá no la vió nunca, y si la hubiera visto muchas veces acaso no se hubiera enamorado de ella, pues vería sus imperfecciones. No habiéndola visto nunca, quedaba la imaginación creadora del hidalgo en libertad de asignarle las mayores perfecciones, sin que el recuerdo real y efectivo de la moza le llamase al orden, en el vagar y crear de su imaginativa. Aquí se trata de un acierto genial de Cide Hamete Benengeli. ¿Es que el ideal amoroso puede verse? ¿Ha visto alguien la gloria, que es el recuerdo perenne, aquí en la tierra, en la mente colectiva de «El hombre», de que nos habla Rabindranath Tagore? ¿Tenemos acaso alguna noticia de la inmortalidad, que es la idealización trascendente de la gloria? Cada uno tiende a persistir, porque esto es lo substancial y profundo de todas las personas y de todas las cosas, lo que diría Spinoza, el solitario de Amsterdam, la esencia o alma de cada realidad o ser.

La tendencia a persistir es la fuerza-resistencia que opone todo cuanto existe a dejar de ser como es, a transformarse o aniquilarse. En la llamada materia inorgánica esta tendencia está representada por las cualidades físicoquímicas. En los seres vivos es la adaptación al medio. En el hombre las fuerzas vitales le llevan a reproducirse y las mentales a prevalecer. Cuando apareció en medio de las fuerzas caóticas de la naturaleza una masa casi invisible viviente, un punto organizado y móvil, la suerte estaba echada; la vida llegaría a dominar el caos inorgánico. Don Quijote no quiere aniquilarse; pretende dejar recuerdo eterno y glorioso de su senda; crea el símbolo amoroso y así persiste en la mente de los demás hombres, que cuando están enamorados llaman su Dulcinea a la persona de su amor. Hace sus gloriosas hazañas para que todos nos acordemos de él y hagamos qui jotadas.

Para Don Quijote su dama ideal es el extremo valor y el término de la humana gentileza. Y éste nos lleva a analizar en qué categoría de valores se ha colocado el amor ideal, por el que pugna el caballero. Siguiendo las corrientes modernas de la Filosofía de las escuelas de Bergson y de Scheler, vemos que el último de estos pensadores concibe el antiintelectualismo bergsoniano bajo el concepto de la teoría del amor, volviendo la vista a la tradición agustiniana, según la cual el amor es una tendencia del mundo de lo real al de lo ideal, como en Don Quijote, de un conocimiento somero y superficial a otro profundo y amplio, bajo la influencia de la visión de la idea preexistente. El amor intelectual aparece ya en Platón y sigue en Dante y en Santo Tomás; pero en él falta el elemento emocional, que añade San Agustín, que es quien mejor comprendió el amor cristiano. Para San Agustín el amor es supraintelectual y no consiste en un movimiento de lo bajo a lo alto, sino al contrario, el amor desciende de lo alto para elevar lo más bajo hacia sí. Este amor, que crea un símbolo clarísimo, como en Dulcinea, no viene del conocimiento, sino que representa el plano supremo de la vida emocional, y, por lo tanto, no se trata aquí de cualidades que se ofrecen al intelecto, sino de valores que se dan a la irracionalidad del instinto, a la vida del sentimiento.

Siguiendo esta concepción, Pascal habla ya de la «lógica del corazón y del sentimiento», y Scheler, uno de los más penetrantes pensadores de la Alemania de estos tiempos, aunque católico (el Nietzsche católico le han llamado), desarrollando la idea de San Agustín, dice lo que en otra forma han dicho también otros pensadores: que todo conocimiento intelectual presupone amor, es decir, deseo o amor de conocer, pero no por intencionalidad cognoscitiva, sino por lo que llama Scheler «intencionalidad emocional».

Vemos, pues, el ánimo de Don Quijote lleno a cada instante de esta emoción de amor, elevando lo real a lo ideal, lo que revela su temperamento esquizotímico, al contrario de Sancho, al que su ciclomía le aferra a la realidad objetiva de la dama de Don Quijote, y aun la rebaja cuanto puede.

Scheler llama valores a las cualidades de los objetos desprovistas de significación directa, como lo bello, lo feo, lo bueno, lo malo, a las que considera como esencias puras, pero irracionales o alógicas. Por lo tanto, la fenomenología de los valores no puede ser fundamentada por la lógica (véase el libro de Scheler, «Der Formalismus»). Los valores serían, pues, consecuencia de una intencionalidad emocional y, por lo tanto, producto del puro sentimiento; la vida emocional lleva consigo también una profunda intención. No es, como se creía antes por los grandes racionalistas, una confusa etapa de la vida racional, un caos que se ordena luego por la lógica. Kant consideró la emoción como irreductible por lo intelectual. La vida emocional no es tan ciega como se cree, aunque resulta representante de un factor

inconsciente para la vida intelectual. La aprehensión de los valores es un acto de emoción intencional, realizado por el sentimiento puro, un acto de intuición esencial (Wesensschau). Pero no basta apreciar los valores; hay que darles un orden y prelación, y esto es ya otro acto emocional distinto de la pura apreciación del valor. Aquí aparecen la apetencia y la repugnancia como actos emocionales o sentimentales que no dependen de la voluntad ni del beneficio o provecho, es decir, de la realización de los valores. Un grado superior a la apetencia y la repugnancia sería, según Scheler, el amor y el odio. El amor descubre cualidades en la persona amada que quedan ocultas para el que no la ama; es como un guía que precede al sentimiento e intuición emocional de los valores. En nuestro libro, en prensa, «El sentimiento cómico en la vida y en el arte», hemos fundamentado la comicidad en la emocionalidad o sentimiento de los valores, afirmando que la «valorativa» se basa en la aprehensión de valores asignados a propiedades de los objetos (lo que llaman los alemanes *güter*, o bienes) y la estimativa a la emoción pura intencional de apreciación de estos mismos valores por el sujeto. La valorativa sería para nosotros una estimativa social y convenida.

Pasemos ahora a otro punto de vista de la personalidad psicológica de Don Quijote, analizando la manera de servir los sentidos al caballero andante. Lo que él cree percibir por ellos es algo apriorístico deducido de sus lecturas. La máxima perturbación es la obnubilación y la incomprensión de las imágenes sensoriales. Pero fuera de esta situación extrema, la mayor parte de sus gestas son la consecuencia de la deformación de las imágenes sensoriales en su mente, es decir, de sus ilusiones de los sentidos. Pero no todos los sentidos de Don Quijote están afectados de igual modo e intensidad; el de la vista es el más complejo y espiritual; le sigue el del oído. Don Quijote, ilusionado por sus altos sentidos, trata de cerciorarse y ratificar los datos acudiendo a la contraprueba de los más bajos. Y en la cueva de Montesinos palpa su cuerpo para ver si es realidad o sueño lo que cree ver y oír.

En la rogativa de los disciplinantes para que lloviese, Don Quijote, que vió los extraños trajes de ellos, «sin pasarle por la memoria las muchas veces que los debía haber visto», toma a una imagen vestida de luto y llorosa por alguna dama principal, que llevaban forzada, y los increpa y dice que al punto la dejen en libertad, pues sus lágrimas y triste semblante dan muestras claras que la llevan contra su voluntad.

¿Ve Don Quijote las imágenes como son, pero las trastoca al representárselas, o las ve ya deformadas por su magín? Aquella separación irreductible entre la imagen representada o presente y la evocada por la fantasía va siendo allanada por la psicología moderna. Es verdad que en buena lógica la presencia del objeto es condición de la primera, y a esto se llama objetividad, pero no se precisa para la formación de

TERAPEUTICA DE LAS ALTERACIONES MENSTRUALES

OVARIOTONO

COMPOSICIÓN { Substancia ovárica, 0,10; Substancia tiroidea, 0,03; Viburnum prunif. extr., 0,06. Piscidia erythrina extr., 0,06; Hyoscyamus niger extr., 0,01.



Amenorrea, Oligomenorrea, Pubertad retrasada, Trastornos de la Menopausia, Reglas dolorosas, Psicosis sexuales

De dos a ocho grageas al día (dos cada vez)

HEMOSTONO

COMPOSICIÓN { Substancia mamaria, 0,10; Substancia placentaria, 0,05; Secale cornutum extr., 0,06. Hamamelis virg. extr., 0,04. Hidrastis canad. ext., 0,02.



Menorragias, Metrorragias, Fibromas uterinos, Congestiones utero-ováricas, Hemorragias de la pubertad y menopausia

De dos a ocho grageas al día (dos cada vez)



Terapéutica Biológica de las Jaquecas

Neurocrin Krynos

(Emulsión aséptica de substancia cerebral)

INDICACIONES

Antineurálgicas (jaquecas)
Anticonvulsivas (síndromes epilépticos)
Antigénicas (disonías vegetativas)

Por contener lipoides de cerebro inalterados, debido a su especial preparación; actúa, además, como reconstituyente nervioso y siempre con resultados convincentes en los casos de

Agotamiento nervioso,
Psicosis depresivas, Surmenage,
Desnutrición y Raquitismo

ADMINISTRACION Y DOSIS

El NEUROCRIN KRYNOS, va contenido en ampollas de 1 c. c. que por el reposo del mismo se divide en dos capas, siendo preciso agitarlo bien antes de ser aspirado por la jeringuilla.

En los adultos, una inyección subcutánea de 1 c. c., en días alternos; en los niños, mitad de la dosis.

MUESTRAS PARA EXPERIMENTACIÓN CLÍNICA
LEON XIII, 7 BARCELONA (S. G.)
Laboratorio Biológico LÓPEZ-BREA

CALCOLÉOL

ACEITE de HIGADO de BACALAO

(COMPROBADO BIOLÓGICAMENTE)

CONCENTRADO Y

SOLIDIFICADO

VITAMINAS A.B.D.

SALES de HIERRO y de CALCIO

GRAGEAS
INALTERABLES
SIN OLOR
Y EN
GRANULADOS



POSOLOGIA

Adultos: de 6 a 10 Grageas
ó 3 a 5 cucharadas de las de café
de granulados
Niños: Mitad de estas dosis
(en tres veces en las comidas)

RAQUITISMO

TRASTORNOS DEL CRECIMIENTO, DESMINERALIZACION

ESPASMOFILIA - GASTRO - ENTERITIS

AVITAMINOSIS

Laboratorios de los Produits SCIENTIA D^eE Perraudin * F^o del^a Clase - 21, rue Chaptal - Paris (9^e)

LABORATORIOS CAMPOS FILLOL
VALENCIA

LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal.

Simbiosis de fermentos lácticos y búlgaros en medio vegetal y al máximo de vitalidad.

Frasco de 250 gramos, 3,65 ptas. en toda España.

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día.

En gastroenteritis tóxicas, diarreas estivales, infecciones intestinales, etcétera, es de notable éxito.

LACTOBULGARINA

ORIGINALIDAD TERAPEUTICA

ACEITE HIGADO DE BACALAO EGABRO, FOSFORADO, AROMATIZADO Y DULCISIMO:

Novísima y única especialidad española. Científica impregnación molecular, en frío, del aceite hígado de bacalao, sin el más leve cambio químico, de olor delicioso y gratísimo al paladar. Adultos y niños lo toman como una golosina. Verdadera revolución terapéutica. No es grosero producto sintético ni una desacreditada emulsión; es algo serio, original y único que ofrecemos al médico español.

FEBRIFUGOL: Elixir.— Único preparado de fórmula racional, moderna y radicalísima para combatir las fiebres tíficas, paratíficas y colibacilares y demás infecciones endodigestivas. Rápida antisepsia interna, sin sales de mercurio ni fermentos lácticos.

NUTRIL: Extracto de cereales y leguminosas, maltosado, vitamínico, de alto coeficiente nutritivo y fácil digestión. Diferente sabor y aroma en cada frasco.

HALITOL: Antiséptico, desinfectante y profiláctico originalísimo. Purifica, perfuma e inmuniza. El bactericida más nuevo y eficaz. Higiene íntima, otitis, baños, heridas infectadas, etc., etc. Infalible siempre.

FIMONIOL: Elixir.— Preparación balsámica, desinfectante y sedante de vías respiratorias. Eficaz y agradable.

LABORATORIO EGABRO—CABRA (Córdoba), España.

la segunda, y a esto se llama subjetividad. Pero ¿es esto del todo cierto? ¿Puede nadie afirmar la existencia de una estrella que quizá se apagó hace muchos años? Don Quijote es loco de los sentidos, es iluso para aquellas impresiones sensoriales que no coinciden o se adaptan al mundo interior de su fantasía, y este mundo se lo forjó en el retiro de su casa, cuando era Alonso Quijano. Pero luego se lanzó al mundo, porque el temperamento y carácter sólo aparecen desplegados ante el contraste con la realidad vital, o sea en la gesta, y por eso dijo Goethe:

Es bildet ein Talent in der Stille
Sich ein Charakter ein der Strom der Welt.

Y así el ingenioso Cide Hamete se formó su intelecto en el estudio, quizá en la prisión, pero su carácter en el torbellino del mundo.

Los sentidos en Don Quijote son puerta por donde entra lo específico de la excitación, pero no los detalles de la imagen. Estos los presta espléndidamente su fantasía. Al fin y al cabo, lo que llamamos realidad en la naturaleza no debe ser más que una pequeña parte de la misma; todo lo demás escapa al hombre y es para él inasequible. Por lo tanto, la naturaleza es para nosotros tan sólo la proyección hacia fuera de nuestra constitución psicofísica. Esta proyección, que alcanza su máximo en el llamado fenómeno eidético, fué negada por los primeros psicólogos, y así nuestro Luis Vives, en su tratado «De Anima», dice que los sentidos están dispuestos y ordenados para ser receptáculos de cuanto sucede fuera, por lo cual sus órganos tienen la forma cóncava.

De las propiedades que se admiten en las sensaciones, la cualidad, la intensidad (a la que añadió Helmholtz la modalidad), el espacio y tiempo (espacialidad y temporalidad), se deforman y trocan en el ánimo del caballero. En cambio, el tono sentimental, que la escuela inglesa psicológica asociacionista admite como propiedad de la sensación, aunque no lo es, es despertado en Don Quijote por cada una de éstas y en grado de intensidad enorme, siempre que se hallan en relación con el mundo de sus caballerías... Por algo análogo a lo que pasa en los sentidos, expresado en la llamada ley de Müller, de la especificidad de la sensación, según la cual, cualquiera que ésta sea, siempre, al actuar sobre el órgano, origina una sensación específica, los sentidos de Don Quijote parecen conformados de tal modo que despiertan siempre una sensación propia plástica del mundo de los hechos de la caballería. La sensación elemental basta para que el andante caballero reconstruya la escena más compleja y las más bizarras imágenes.

Pasemos ahora a analizar las alucinaciones de Don Quijote. En las alucinaciones, los enfermos, según Kräpelin, no sólo creen ver y oír, sino que ven y oyen efectivamente. La psicología moderna demostró, como dice Goldstein, que entre representa-

ción (imagen de la memoria) y percepción (imagen presente, actual) hay sólo una diferencia de grado. A las primeras les falta la relación interna con el total cuerpo efectivo de la percepción. Lo que distingue las imágenes recordadas o mnémicas de las percepciones es que en éstas hay continuidad espacial, no así en las imágenes evocadas, de modo que percepciones distintas no pueden proyectarse en el mismo espacio de la conciencia. Las percepciones son más ricas de contenido, más claras, de mayor intensidad. Pero la fuerza evocadora de Don Quijote es tan excelsa que las veía con rico contenido de color y matriz, y para diferenciar lo real de la alucinación o del sueño tiene que acudir el caballero al control de los otros sentidos.

Pero además, según Jasper, las alucinaciones se localizan en el espacio subjetivo de la conciencia; pero otros psicólogos dicen que no, que pueden proyectarse y se proyectan en el espacio real. La escuela psicológica de Jaensch llega a la conclusión, estudiando el fenómeno eidético (la proyección en el espacio de las imágenes íntegras percibidas antes por la conciencia), que hay algunos tipos psicobiológicos, como el llamado B o basedowide, en los que las alucinaciones no son fenómenos patológicos, sino normales y tienen corporeidad.

El sueño de Don Quijote en la cueva de Montesinos está lleno de brillantes imágenes, que son como alucinaciones, visuales las más, compuestas y enlazadas con la trama con que se suelen tejer las imágenes oníricas, es decir, asintáxicamente.

Otro carácter que adoptan las ilusiones y alucinaciones en Don Quijote es el imperativo para la acción. Un sujeto sano no obedece a alguna alucinación mental que se le presente, pero el enfermo, si oye un mandato imperativo alucinatorio, puede y suele seguirle, obrando de modo peligroso, y esto ocurre, además, porque la alucinación puede forjarse en estado de obnubilación, pero también porque se acomoda a tendencias, a deseos conscientes o inconscientes, pero reprimidos. Pero veo que estoy entrando ya en el campo patológico, y este interesante tema merece párrafo aparte. El análisis de la locura paranoica de Don Quijote queda ya preparada con este examen de las ilusiones y alucinaciones. Cervantes observó mucho los locos, que, según dicen, son numerosos en la Mancha; describió muchos enfermos de la mente, y contó cuentos de locos, penetrando su intuición, no sólo en el campo de la psicología normal, sino también en el de la patológica.

Otros tipos, para terminar, ha destacado el ingenioso Cervantes en su novela y en las otras que escribió, y en todas las descripciones tiene atisbos superiores. Pero se eclipsan al lado del del Caballero de la Triste Figura. Sin embargo, no resisto a la tentación de citar uno, la maritornes, por ser un tipo en absoluto endocrinopático. Caracteriza a esta moza de la Venta con unos pocos rasgos físicos y morales, sal-

pimentados con cierta grosería irónica, cuando dice que «servía en la Venta una moza asturiana ancha de cara, llana de cogote, de nariz roma, de un ojo tuerta y de otro no muy sana. Verdad es que la gallardía del cuerpo suplía las demás faltas; no tenía siete palmos de los pies a la cabeza y las espaldas, que algún tanto le cargaban, le hacían mirar el suelo más de lo que ella «quisiera». Más adelante, cuando de noche en la Venta se acerca a la cama de Don Quijote, y éste la sujeta de la muñeca—dice el autor—, «sus cabellos, que en alguna manera tiraban a crines...» Vemos, pues, cómo describe un tipo, sin duda de cretinismo mixoedematoso o hipotiroideo, con la particularidad de hacerla asturiana, pues sin duda el autor había visto o recordaba gentes de la región, donde tanto abunda el bocio, para hacer luego la descripción suya, que, como todas las de los personajes de sus novelas, le acreditan de observador extremo de la realidad.

* * *

Quiero, para terminar, hacer una pequeña aclaración, y es que no he leído, de momento, ningún trabajo o comentario de escritores médicos sobre la singular novela, aunque los hay, como los de Gómez Ocaña, Olóriz y otros. Así, al leerlos ahora, tendré la curiosidad de ver si coincido o no con sus apreciaciones y perspectivas.

El mundo del Quijote, a pesar de hallarse ya recorrido y pisado por tantas plantas, ofrece siempre terreno virginal al explorador que con ojo avizor recorrer sus variados panoramas; pero después de todo, podemos hallar en él, cada uno, lo que cada uno busca, tan grande y dilatado es.

HE DICHO.

EL AÑO PEDIATRICO

POR EL

DR. J. SARABIA Y PARDO

Académico. Decano del Hospital del Niño J. sús.

Sr. D. Javier Cortezo:

Atento a su requerimiento para que me encargue de redactar un artículo sobre el tema «Un punto de actualidad pediátrica del año 1931», que se ha de publicar en número de EL SIGLO MEDICO para fin de año, y previo acuerdo de que su contenido sea a base de resumen por especialidades de lo más señalado en el año, bien quisiera dejar satisfechos sus deseos correspondiendo al tema que me señala.

Puedo asegurarle que de la revisión bibliográfica de los trabajos publicados en la especialidad Pediatría durante el año actual no puede señalarse un determinado punto que pueda calificarse de actualidad, por ser varios los que se tramitan en el terreno de la clínica experimental y en la protección al niño en la organización social que en todas las naciones se lleva a la práctica para la defensa del mismo. Bien

quisiera poder encontrar el punto culminante en nuestra especialidad, como exclusivo de ella, de la índole del descubrimiento del suero antidiftérico para el tratamiento de esta enfermedad. Desde el año 1894 hasta la fecha ha habido ocasiones, en años sucesivos, de estudiar su observación en la clínica en punto a dosis de aplicación, efectos terapéuticos, estadística, y los resultados de la substitución del suero por las antitoxinas específicas, que en algún momento tenían la característica de actualidad.

Por lo que a la tuberculosis se refiere, la tuvo también la aplicación del B C G y la vacuna antialfa Ferrán como preventivo en la tuberculosis infantil.

Posteriormente, muchos observadores han consagrado sus trabajos encaminados a valorar las reacciones y acciones preventivas en la escarlatina y sarampión, no siendo precisamente el año actual el que ha señalado la época más decisiva respecto de estos estudios.

Tampoco los intentos realizados para descubrir el germen o causa productora de la tos ferina han tenido en el año actual una nota saliente ni aun atisbos de un descubrimiento que haga concebir grandes esperanzas de éxito en favor de un agente curativo bien fundamentado en hechos experimentales de indiscutible aceptación.

Respecto de estas cuestiones que acabamos de apuntar, todo se ha reducido a un valor estadístico, a una confirmación o rectificación de hechos clínicos y a una esperanza de ver confirmado un avance que se presume nos lleve al éxito ante la persistencia en el estudio bien encauzado por tener como base una sólida experiencia y una aceptable orientación.

En el orden médico nuestra especialidad sigue el ritmo del progreso en la ciencia en general, y de ella aprovechan los descubrimientos de investigación clínica para la interpretación de ciertas enfermedades en la infancia, por tener la evolución del niño tres fundamentales condiciones orgánicas: la nutrición, el crecimiento y la preparación para la vida sexual. Por esa razón en estos últimos tiempos, y aun con alguna intensidad actualmente, los trabajos de los pediatras van encaminados a los estudios del metabolismo, especialmente del agua, para buscar su relación con las alteraciones gastrointestinales en la infancia y la valoración del pH, de tanta importancia para poder comprender los estados acidóticos que con relativa frecuencia son responsables de ciertos procesos patológicos que antes tenían obscura interpretación.

De la endocrinología en general han tomado los pediatras elementos útiles para razonar acerca de la patogenia de muchas enfermedades, y de ella han sacado un acertado y eficaz tratamiento de las mismas.

Acerca de estos asuntos, sin que haya uno que culmine sobre los demás, son numerosas las observaciones clínicas y copiosas las publicaciones que marcan un camino a seguir, sin que la nota dada respecto de cada uno pueda estimarse como definitiva.

Durante el presente año ha llamado nuestra atención algo que en la parte quirúrgica infantil se ha

manifestado. Me refiero especialmente a la obra publicada por nuestro compatriota el Dr. Garrido Les-tache, titulada «Deformaciones y enfermedades congénitas», que si bien no puede conceptuarse como un punto de actualidad pediátrico, en cuanto al fondo se refiere, lo es desde el momento en que pone de relieve en su ordenada colección de casos clínicos variados no muy conocidos y clínicamente bien interpretados, pudiendo calificarse, por lo tanto, como obra de inestimable valor en la actualidad. En la bibliografía española y aun en la extranjera no se ha presentado hasta la fecha nada que le supere en variedad de casos observados ni en la oportunidad de su recolección.

En otro orden de asuntos quirúrgicos, todas son interpretaciones de una clínica de muchos aspectos, sin que ninguno de ellos tenga nota de singular originalidad.

Hay una cuestión en la clínica pediatria que aún se encuentra sin resolver: me refiero al tratamiento de la incontinencia nocturna de orina.

Siendo múltiples sus causas y habiendo fracasado el tratamiento, que hasta la fecha solamente ha sido de tanteos fundados en la presunción de causas y en hipótesis que no han tenido confirmación, el fracaso ha sido hasta la fecha completo, y nada durante estos momentos aparece en las publicaciones que nos encamine a pensar en esperanzas de algún éxito terapéutico. Solamente la reflexoterapia ha dado en las estadísticas motivo para concebir alguna esperanza.

El estudio del niño mentalmente anormal ha despertado un interés intensificado por la actuación de médicos y sociólogos amantes del estudio de esta disciplina. Durante el presente año ha habido estimables manifestaciones de progreso en esta materia.

Respecto a las atenciones al sordomudo y al ciego, poco se ha manifestado en sentido progresivo, tanto en el orden pedagógico como en el social.

La protección del niño delincuente y abandonado tiene en el momento actual gran acción legislativa y protectora en el sentido moral y educativo profesional.

Resulta, pues, de cuanto queda expuesto, de una manera sintética, a modo de resumen, tal como son sus deseos de acomodarse a esta condición, que nada ostenta condición suficiente para ser considerado como punto de actualidad y como nota culminante en el progreso de la Pediatría durante el año 1931. Todo cuanto se ha hecho y publicado en este momento histórico en esta especialidad no es más que la evolución de una etapa cronológica de lo que desde años atrás se viene intensificando en la clínica, y expresa la experimentación persistente ante el deseo del progreso.

Diciembre 1931.

PARADOJAS QUIRURGICAS

POR EL

DR. JOSÉ BLANC FORTACÍN

Cirujano jefe de servicio en la Beneficencia general.
Profesor agregado de la F. de M. Académico C. de la Nacional.

I

La Cirugía, cuando cree curar por medios mecánicos, olvida en ocasiones que trabaja en el vivo y que su obra manual no es más que un modo de despertar procesos biológicos que en realidad son los que resuelven el conflicto patológico. El buen cirujano se parece algo al buen político. Uno y otro dividen, inyectan, reúnen y eliminan; pero saben que aquello que a otros les parece definitivo no es más que una preparación; la obra del cirujano la completará un proceso biológico; la del político, un movimiento social, que al fin no es más que otro proceso biológico.

Si un cirujano reseca un trozo de arteria enferma y empalma un sector venoso entre los cabos o extremos de la arteria extirpada y ve que la circulación interrumpida se restablece y el miembro amenazado de muerte recupera vitalidad, creará seguramente que ha realizado con sus dedos, sin agujas y sin hilos, una obra perfecta. El mérito de quien así procede es extraordinario y su habilidad manual queda acreditada. Mas sucede que otro cirujano, viendo a un enfermo amenazado de gangrena, descubre la arteria principal del miembro, la encuentra trombosa o ateromatosa y extirpa entre dos ligaduras un buen trozo de la misma (Dean Lewis). El enfermo siente alivio en sus dolores. El pie recupera calor y los peligros de gangrena se conjuran.

El lector queda desconcertado. ¿Cómo es posible que con dos intervenciones que son antitéticas se obtengan resultados iguales? Si nos atenemos a la mecánica la cosa es inexplicable.

El que empalmó los dos sectores arteriales con un trozo de vena creyó que a través de ésta lanzaba a la circulación inferior la sangre arterial; el que extrajo la arteria sin otro artificio supuso que la circulación se efectuaba a través de una arteria más profunda. Pero ni uno ni otro comprendieron que mientras denudaban la arteria para injertarla o por extirparla practicaban automática e inconscientemente una excisión de adventicia y que con esa excisión se llevaban filetes simpáticos vasoconstrictores fuertemente excitados por las lesiones que motivaron las intervenciones. Y cuando suprimidos aquéllos y extirpado también el agente excitante vasoconstrictor, la espina irritativa que constituía la lesión arterial, los vasos se encontraron libres de calambre de su pared, abrieron sus luces para recibir a la sangre y ésta se precipitó por ellos encontrando endotelio sano y tono contráctil para marchar lejos. Todo un torrente dividido en una canalización múltiple entró en los músculos ingurgitándolos, en los huesos rellenando sus esponjas medulares, en la piel calentándola, en los nervios nutriendolos. Y lo que parecía simple labor de un mecánico fué una complejísima restauración fisiológica que operaron minúsculos mecanismos a los cuales no llegan ni las fisuras, ni los hilos, ni las manos del cirujano; son funciones de una gran delicadeza y precisión para que sobre ellas pueda actuar una violencia mecánica. Pero mérito extraordinario es saber regenerar funciones suprimiendo obstáculos: en Medicina como en Sociología, las actividades mejor se regeneran quitando estorbos que empeñándose en fustigarlas con destempladas violencias.

II

Tuve un profesor de operaciones a quien debió dársele, en lugar de una cátedra, un laboratorio de investigaciones biológicas. Era el Dr. Morales Pérez, original en sus procedimientos, tanto pedagógicos como quirúrgicos. A la explicación monótona reemplazaba método socrático, dialogando familiarmente con el discípulo frente al enfermo, y a la descripción de encerado prefería la ejecución en el vivo o en el cadáver de aquellos puntos de técnica quirúrgica cuya enseñanza se proponía.

Modificó los procedimientos de anestesia por inhalación, ahorrando anestésico y haciéndolo más intenso en acción; antes que los cirujanos extranjeros usaran guantes para operar, los empleó él en sus intervenciones. Era un hombre intuitivo, y si no brilló más de lo que debió brillar era porque era modesto y de una bondad extraordinaria, y esas son cualidades que suelen no convenir para figurar en los escenarios sociales.

Era censurado por los eternos murmuradores que han abundado siempre en Medicina porque impregnaba los apósitos, sobre todo los que aplicaba sobre heridas operatorias con una mezcla de alcohol alcanforado y sulfato ferroso; el apósito, endurecido así, se ahuecaba y formaba sobre la herida una especie de caparazón. Este apósito lo dejaba ocho o diez días. Las condiciones de la sala de operaciones y de la clínica no eran favorables a la asepsia. Los enfermos solían tener fiebre, el apósito rezumaba de pus, las secreciones olían, y, sin embargo, mantenía la orden de no tocar el apósito. Ello, como digo, era el tema de todas las murmuraciones; la pasta del Dr. Morales se hizo popular entre médicos y alumnos. Pero durante mis meses de internado en aquella clínica pude darme cuenta de que, a pesar de todo, las heridas cicatrizaban rápidamente y que el desastre que preveíamos para el día que se levantara el apósito de olor desagradable y aspecto deplorable era una herida supurada, sí, pero de bordes rojos y en vías de cicatrización; un lavado con timol, nuevo apósito con pasta, otros días de quietud y el enfermo curaba rápidamente. Diez camas de hombres y seis de mujeres tenía asignadas la clínica de operaciones de la Facultad de Medicina de Barcelona, y a pesar de tan exiguo contingente el cupo de enfermos se renovaba rápidamente todo el año y la mortalidad era escasa.

Los comentaristas tenían que reconocerlo así, y a la interpretación del resultado aportaban toda clase de humorismos y dislates.

Han pasado ya treinta años, y antes de que el ilustre profesor muriera ha podido ver que su proceder era reconocido como lógico. El método de Orn, el del apósito raro, hoy considerado ya como método de tratamiento indiscutible en gran número de lesiones, era el que el Dr. Morales practicaba con una constancia nacida de una convicción que no se atrevía a exteriorizar en una época iniciadora del drenaje, en que las clínicas quirúrgicas tenían como símbolo el irrigador antiséptico en que se olía a yodoformo y a creosota, y en que se nos ordenaba exprimir los trayectos supurantes e irrigar ampliamente las heridas y las suturas. Cada maniobra era una inoculación; después de cada cura la fiebre del herido subía y su estado general se resentía. Los enfermos del Dr. Morales tenían fiebre, pero conservaban su apetito, dormían, no tenían dolores, porque no se realizaban en sus heridas traumatismos inconscientes y dañosos a pesar de la buena intención terapéutica; cada lavado a presión era un diseminador de bacterias; cada inyección cáustica, un mecanismo destructor de barreras y creador de campo bac-

teriano, y cada estrujón en la herida, un golpe de cimbolo para las bocas linfáticas que diseminaban la infección a espacios indemnes.

En cambio, el apósito con pasta inmovilizaba la región y, por tanto, localizaba la infección si ésta se producía. El apósito, raras veces renovado, impedía traumatismos en la región operada. Las secreciones purulentas retenidas en él eran un campo de pululación microbiana, pero también de destrucción de microbios con liberación de proteínas y transformación en cuerpos inmunizantes que influían sobre la herida en una forma análoga a la de una autovacuna. Seguramente si hubiéramos examinado bacteriológicamente el caparazón de apósito con pasta, lo hubiéramos encontrado atiborrado de microbios; en cambio, no hubiéramos hallado ni una en la herida. Observaciones hoy día plenamente confirmadas en el método de no renovación de apósito.

Paradoja genial del profesor español fué durante muchos años su modo de proceder. Quizás no lo recuerden los que al emplear un método extranjero no tributen un homenaje a su verdadero iniciador.

III

De Rusia viene la noticia, y no en la sección varia de un periódico diario, sino en una revista tan seria como el *Zentralblatt für Chirurgie*. El hecho es el siguiente: Burdenko, experimentador moscovita, ha tomado sangre de un perro siete horas después de su muerte; ha conservado un día una parte en una solución citratada y otra en aceite de vaselina, y ha inyectado esas mezclas a animales sin producirles trastornos.

Otros dos investigadores del mismo país, Samor y Kortriakow, han comprobado que la sangre de un perro inyectada a otro quince horas después de la muerte continúa viviendo y funcionando como tal en el organismo receptor.

Y ya con ello, se han lanzado los médicos rusos a inyectar a los vivos sangre de cadáver. En el Instituto de Socorros de Urgencia que dirige Judin en Moscou se han practicado en el espacio de dos años hasta siete transfusiones de sangre de individuos muertos unas horas antes. La sangre se tomó asépticamente de la vena cava, se adicionó con citrato de sosa y se hicieron en ella reacción de Wassermann, de Alecker y pruebas de aglutinación. La sangre inyectada en las venas de los enfermos receptores no produjo accidente alguno; todos curaron.

Hay observaciones muy curiosas en el artículo que transcribimos. Un mismo cadáver, el de un hombre muerto dos horas antes por fractura de cráneo, dió sangre para un enfermo que sufría gastrorragias, para otro lesionado que hubo de sufrir una desarticulación de cadera y a otro con hemorragias profusas hemorroidales; a cada uno se le inyectaron 350 a 400 c. c. Otro cadáver suministró 700 gramos a un enfermo canceroso que había sido inyectado diez días antes con sangre de un individuo vivo. Y ese mismo cadáver todavía pudo servir para una transfusión de 400 c. c. a un enfermo operado de gastrectomía.

Hay que proceder, pues, a una investigación propia para comprobar si la sangre de cadáver sirve en España como en Rusia para la transfusión.

Para no incurrir en el vicio de crítica indocumentada que antes censurábamos, no podemos añadir ni una línea más a lo expuesto. Sólo un comentario no científico: Cómo estará en Rusia la sangre de los vivos que ha habido que pedirselas a los muertos.

MORRHUËTINE

JUNGKEN

CARACTERES ESENCIALES

- A/** *Simplicidad de su composición*
Yodo. Hipofosfitos, cal, sosa, manganeso
Fosfato sódico Glicerina pura.
- B/** *Ninguna substancia de peligroso manejo para la infancia. Ni estrignina, ni arsénico*
- C/** *No es una emulsión, ni uno de los llamados extractos del aceite de hig. de bacalao. Es un licor no alcohólico, ni azucarado, de sabor gratísimo y tolerado perfectamente.*
- D/** *Medicación YODADA por excelencia. Depurativo. Reconstituyente*

SE EMPLEA EN TODAS LAS ÉPOCAS DEL AÑO.

ES EL RECONSTITUYENTE PREDILECTO DE LOS SRES. MÉDICOS PARA USO DE SUS HIJOS.

Eficaz en el tratamiento de las

- Adenopatías*
- Linfatismo*
- Escrofulismo*
- Raquitismo*
- Diabetes*
- Heredosifilis*
- Ameno y Dismenorrea*
- Convalecencias*
- Estados llamados Pretuberculosos*



LABORATORIO MIRABENT BARCELONA

ESPECIALIDAD NACIONAL

LACTOBYL

en comprimidos

PRODUCTO FISIOLÓGICO

DOSIS 1 a 6 comprimidos por día
en las comidas
(Comenzar por 2 y aumentar o
disminuir según los resultados.)

a base de :

Extracto biliar depigmentado (Insuficiencia de la secreción glandular hepato-intestinal.)

Extracto total de las glándulas intestinales (Dispepsia intestinal consecutiva a cesación o insuficiencia de la secreción de las glándulas intestinales.)

Carbón poroso hiperactivado (Fijador de las toxinas microbianas y alimenticias, que él absorbe.)

Fermentos lácticos seleccionados ("Civilizadores" de la flora microbiana intestinal.)

Extracto citoplásmico de Lam. Flex.

} Estimulantes de las contracciones musculares liberadoras del residuo digestivo.

LE LACTOBYL

46, Av. des Ternes, PARIS (17°)

G. GHENAL, Farmaceutico

ESTREÑIMIENTO

Agente : JUAN MARTIN, 9, Calle de Alcala, Apartado 310, MADRID

LABORATORIO FARMACÉUTICO

PONS, MORENO Y C.^A

DIRECTOR: D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA
ESPAÑA

Jarabe Bebé

Tos ferina de los niños. Tos crónica y rebelde de los adultos. Infalible e inofensivo.

Agentes exclusivos, J. URIACH Y C.^A, S. A. — Barcelona.

Tetradínamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

Medicación dinamófora y regeneradora de los estados consuntivos. A base de fósforo, arrhenal, nucleinato de sosa y estricnina.

Septicemiol

(INYECTABLE)

Insustituible en la terapéutica de las enfermedades infecciosas. Estimulante general de las defensas orgánicas a base de coles-terina, gomenol, alcanfor y estricnina.

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

Preparado cardio-tónico y diurético a base de tinturas alcohólicas decoloradas y valoradas de digital, estrofantus y escila.

Mutasán

(INYECTABLE)

Tratamiento bismútico de las espiroquetosis en todas sus formas y manifestaciones. Perfectamente tolerable.

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación de ferrocarril,

IV

Ahora es en Chicago donde vamos a ver otra cosa sorprendente: la formación del hueso bajo la acción del epitelio urinario. El asunto también es formal; viene avalado por la seriedad de los «Archives of Surgery». Las experiencias de Huggins han sido innumerables. He ahí las principales: en una vejiga de un perro excluida por implantación de uréteres a la pared abdominal, se practica una brecha. En ella se injerta un trozo de tejido conjuntivo; a los pocos meses, en el sitio del injerto aparece una placa ósea. No ha sido una concreción de sales de orina, puesto que se ha impedido su llegada a la vejiga. El hueso es, pues, hijo de la unión o maridaje del epitelio urinario y del tejido conjuntivo, en cuyo maridaje el epitelio urinario ha actuado de hembra y el conjuntivo de macho. Invirtamos los términos: tomemos un músculo; el gran recto del abdomen, un ojal en él y un trozo de mucosa vesical en la brecha; ahora es el epitelio el macho, constantemente se produce hueso en esta nueva unión. Los progenitores de ese hueso metaplásico tienen que ser epitelio urinario y tejido conjuntivo; si el epitelio urinario se injerta en un parénquima no se produce hueso; y si en lugar de mucosa vesical con epitelio se utiliza músculo de la vejiga tampoco resulta el experimento. Otra clase de epitelio tampoco sirve.

Del asunto resulta una rectificación absoluta de aquella ya por todos admitida acción osteogénica perióstica que llevaba a los cirujanos a envolver en periostio los extremos de los huesos injertados, a conservar el periostio en los injertos o dar al periostio, en una palabra, honores de clase productora. Ya Leriche y Poticard trataron muy severamente a esa membrana, pero Huggins hace más: con sus experimentos niega al hueso todo privilegio de casta; el hueso puede nacer en cualquier cuna.

Estos mismos autores llaman al hueso depósito de cal, del cual echa mano el organismo cuando le hace falta. Se le niega, pues, hasta personalidad orgánica; mas en realidad la tiene y bien definida.

Son los huesos edificios contruidos y habitados por células conjuntivas especializadas en trabajos de calcificación. Toman la cal de la sangre, la transforman, la elaboran en forma apta a sus fines y la distribuyen con tal maestría que hacen columnas y capiteles arbotantes y cubiertas. No sólo la toman para construir; tienen habilidad para establecer reservas y para ceder éstas y hasta el material construido si para otros fines las requiriera el organismo en un momento dado. De suerte que si el hueso es reserva de cal, es también laboratorio con buenos químicos.

Mas, por lo visto, en las experiencias de Huggins toda célula conjuntiva tiene aptitudes químicas; con unas cuantas lecciones aprende a hacer lo que sus hermanas especializadas, y el maestro en estos menesteres es el epitelio renal, que sin duda ha aprendido química en su continuo contacto con las sales de la orina. El punto de vista práctico que se deriva de ello es que tenemos en las mucosas urinarias un gran elemento terapéutico para tratar defectos óseos, retardos de consolidación, relleno de vaciamientos de huesos. Y como no es cosa de abrirle la vejiga a un fracturado para sacar material de reparación, habrá que ver si el epitelio urinario de un cadáver recientemente fallecido conserva aquella vitalidad que hemos visto en los glóbulos rojos de los cadáveres rusos. No son pocas las consideraciones filosóficas a que se presta esta nueva conquista del ingenio norteamericano.

La hidrología y la climatología médicas al final del año 1931

POR EL

DR. FEDERICO GONZÁLEZ DELEITO

Médico del Cuerpo de Baños. Teniente coronel de Sanidad Militar.

Si sólo nos atuviéramos a lo nacional para pergeñar estas líneas, bien poco y bien triste sería lo que tuviéramos que decir. Más que despreciadas se encuentran ambas cosas casi vilipendiadas por gran parte de los médicos, en especial por la aristocracia médica española. La vida mísera de los establecimientos oficiales de baños y aguas mineromedicinales y la falta absoluta de estaciones climáticas dirigidas y explotadas como tales, en un país tan rico en aguas y con climas tan varios, da buena idea de cuán cierto es lo que afirmo. Y aun el pobre resultado de algún concurso con premio no despreciable, patrocinado por la Sociedad Española de Hidrología, es otra prueba más de mi aserto.

Pero sin ser gran profeta, puede predecirse que se avecina un cambio en sentido favorable respecto a este asunto. Los que por diversas causas conocemos algo la bibliografía extranjera y observamos cuidadosamente cómo precede en tiempo y en materias a la española, tenemos cierta esperanza de ver un resurgir de estos estudios en España.

Los trascendentales descubrimientos que las investigaciones de laboratorio apartaron a la Medicina a fines del siglo pasado y comienzos del actual, a más de apartar la atención muy en exceso de lo mucho que se debía a la investigación y observaciones clínicas, formaron un estado de conciencia en aquellas generaciones que les hacía rechazar por falso o despreciable todo lo que para ellos no tenía una explicación clara y precisa, y exagerando más la nota, todo lo que no podían explicarse. Mas la reacción es siempre igual y contraria a la acción, y el desencanto de ver cómo muchas cosas que aparecían completamente resueltas se hacían cada vez más complicadas, sin duda porque todo nuevo avance no hace más que ponernos delante de nuevas y más complicadas incógnitas, ha traído una nueva vuelta a la observación y un tomar por tema el buscar el porqué de los hechos reales bien comprobados, sin negarlos cuando aquél se nos escapa.

Así vemos hoy renacer el tradicional concepto de la primavera médica, de la que hubiera sido ridículo hablar hace cincuenta años, y se va cayendo en cuenta que el que en una estación determinada del año se modifiquen más íntimamente de lo que creíamos las actividades y funcionamiento de glándulas de secreción interna y el equilibrio del sistema nervioso vegetativo, y conjuntamente sea la época en la que ciertos rayos del espectro, los de longitud de onda inferior a 0,3 micrones, llegan hasta nosotros en vez de ser detenidos por las capas altas de la atmósfera, como lo son de ordinario en el resto del año, pueden

ser motivo suficiente para explicar las exacerbaciones y recrudecimientos de ciertas dermatosis, pongo por ejemplo.

Muy interesante en este concepto ha sido la publicación de la obra titulada «Diez años de investigaciones en el terreno límite entre Medicina y Física», cuya nota bibliográfica apareció en esta Revista. Aparte de las enseñanzas que de tal obra se desprenden, y de lo que significa ir encontrando explicación a hechos tan notorios como mal entendidos de las influencias del viento Sur y de los cambios bruscos atmosféricos—verdadero complejo de cambios de presión, de potencial eléctrico, de cargas de iones, etc.—sobre tan gran número de dolencias como son jaquecas, ataques epilépticos, dolores reumatoideos y otras tantas, enseña este libro que para experimentar en éstos como en todos los asuntos se requiere una enorme disciplina de espíritu, una minuciosidad extrema, una observación atenta y todas las demás cosas que los autores resumen con el título de «Métodos y espíritu propio de la Física». Hay que desconfiar, mejor dicho, hay que rechazar de plano como nocivas las que pudiéramos llamar «experiencias alegres», faltas de estos requisitos, de las que se abusa un tanto en ésta como en todas las materias.

De publicaciones sobre climatología merecen especial mención, en el presente año, la interesante obrita del suizo Loewy sobre Climatofisiología y los fascículos aparecidos de la monumental obra en cinco tomos de Koeppen y Geiger sobre Climatología; en especial el de Climatología médica debido a la pluma del malogrado médico de Hamburgo W. Borchardt.

Cada día interesan más en el extranjero los problemas de la hidrología médica; menudean las excursiones a los diversos balnearios; se multiplican, sobre todo en Alemania y países de la Europa central, los cursos para médicos en estaciones climáticas y balneológicas, cursos cuyas lecciones se publican en forma de libros muy interesantes, y van teniendo verdadera importancia los Congresos nacionales e internacionales de estas disciplinas.

Contribuyen al buen éxito de tales cursos y Congresos la calidad de los directores y participantes de los mismos: los estímulos y apoyos que para ello reciben de los propietarios de los manantiales, lo mismo cuando se trata de establecimientos del Estado como cuando son explotados por particulares; la seriedad y sobriedad en el reclamo y la protección oficial de municipios, departamentos, etc., que se percatan bien y pronto de los beneficios que el crédito de las aguas trae consigo para ellos. Anotemos el hecho de que en el presente año haya sido cuestión tratada no sólo por la Prensa, sino casi oficialmente, la campaña hecha en Alemania contra determinados balnearios franceses. Tan en estima se tiene estas cosas por los que entienden de ellas.

Aparte de las publicaciones científicas relativas a demostrar los beneficiosos efectos de las aguas de ciertos balnearios, han sido objeto de especial predilección los trabajos experimentales para corroborar

y explicar la innegable, pero todavía no bien comprendida, acción beneficiosa de ciertas aguas sobre la diabetes sacarina. Ya me ocupé no hace mucho de la acción de las aguas sulfurosas en esta enfermedad, acción que hoy día se intenta aclarar por los efectos de las pequeñas cantidades de azufre sobre las reservas de glucógeno en el hígado. También en esta Revista di cuenta sucinta de las experiencias hechas para demostrar cómo las aguas alcalinas favorecen y estimulan los efectos de la insulina cuando todavía existe en cantidad apreciable en el organismo. Ambas materias—acción de aguas sulfurosas y de aguas alcalinas—siguen siendo objeto de detenidos estudios en balnearios y laboratorios.

Los que se habían hecho hace algún tiempo sobre la indudable eficacia de ciertas aguas en la gota repercutieron en España en la interesante monografía de la señorita García de la Cosa, que se publicó íntegra en EL SIGLO MÉDICO.

Los modernos estudios sobre la fisiología de la piel, que tantas sorpresas nos tienen reservadas, han sido punto de partida de múltiples trabajos sobre la crenoterapia en estas enfermedades. En los *Anales de la Sociedad Española de Hidrología Médica* apareció un trabajo muy sugestivo y documentado sobre la crenoterapia sulfurosa en Dermatología, y también es de recordar la conferencia interesantísima que en la Sociedad de Hidrología Médica dió el señor Sánchez Covisa sobre las indicaciones de las aguas minerales en Dermatología y Sifiliografía.

De la crenoterapia en las enfermedades del aparato digestivo y vías biliares trató no hace mucho el Dr. Hernando en una conferencia dada en la misma Sociedad de Hidrología, y los lectores de EL SIGLO MÉDICO ven con frecuencia en las notas de Patología y clínica del aparato digestivo, debidas a la pluma del Dr. Yagües, interesantes alusiones a tratamientos hidrominerales de estas dolencias. En *La Crónica Médica*, de Valencia, se ha publicado este mismo año un estimable trabajo sobre este asunto, si bien particularizándolo al balneario de Hervideros de Cofrentes.

Nunca se discutió la acción purgante y la acción diurética de ciertas aguas minerales; pero aún es materia controvertible el porqué de dichas acciones. El Dr. Pinilla hizo una importante comunicación sobre el primer asunto a la Academia de Medicina, y en Alemania y Austria se han publicado trabajos interesantes sobre el segundo. Un hecho en el que coinciden los que quieren explicarse ambas acciones es en la importancia de las asociaciones salinas, mientras cada vez se le da menos valor a la presencia aislada de un solo componente.

El valor de la asociación se pone bien de relieve en las llamadas aguas oligometálicas, en las que son tan exiguas las cantidades de cada uno de sus componentes y tan eficaces sus efectos, que sólo pensando en la unidad total agua mineral cabe estudiarlas y comprenderlas. Sobre ellas se leyó un trabajo muy sugestivo del actual secretario de la Sociedad de Hidrología Médica, que fué muy discutido.

De todos modos, no están lo suficientemente atendidos estos asuntos: ni por parte de los médicos, que no quieren nada con agentes terapéuticos que no acaban de conocer bien, ni por la de propietarios, que en el anuncio bordean los límites de lo lícito para caer en el charlanismo ofreciendo lo que no pueden dar, sin que, por desgracia, los médicos del Cuerpo de Baños hagan nada por atraerles a la realidad científica en este punto, ni por el público, que, lleno de prejuicios, va en busca del milagro que le permita librarse en nueve días de la enfermedad que ha resistido nueve años a los demás agentes terapéuticos.

Confiamos en que todos pondrán pronto remedio a tal estado de cosas, y nada más eficaz para ello que una labor de investigación científica clínica y experimental, en la que resplandezcan la más exquisita seriedad y probidad científicas.

LA UROLOGIA EN EL AÑO 1931

POR EL

DR. ANGEL PULIDO MARTÍN

Del Hospital de San Juan de Dios de Madrid.

La Urología, en el año 1931, ha continuado su labor de afianzamiento en la lucha contra la enfermedad. No ha habido este año los grandes avances que marcan en fechas recientes el descubrimiento de la cistoscopia, del cateterismo del uréter, de la radiografía y radioscopia aplicadas a las enfermedades urinarias; pero los desvelos de innumerables investigadores, de médicos entusiastas, han contribuido a hacer fructífera la labor de los privilegiados que tuvieron la suerte de señalar nuevas rutas por las cuales caminamos los contemporáneos. Esta labor de aprovechamiento de los descubrimientos ajenos es también útil como premisa necesaria para nuevos avances. La Ciencia no es concebida hoy como una deidad a la cual unos pocos iniciados guardan celosamente sus misterios, sino como una construcción que es producto de la colaboración de todos, y el más humilde es tan eficaz como el más excelso, ya que sin el punto de apoyo que aquél le presta no podría éste sostenerse.

La Urología realiza, a sabiendas o sin saberlo, el programa que señaló para las especialidades nuestro genial maestro Letamendi, cuando decía que «La especialidad médica es la aplicación de toda la Medicina a un ramo particular de su práctica».

La urografía por eliminación es un procedimiento explorador basado en la opacidad que determina en la placa radiográfica la eliminación abundantísima de una disolución de yodo orgánico, inyectado en las venas momentos antes. Las casas dedicadas a la obtención de productos químicos, preferentemente las alemanas, tan ricas en material científico y en cerebros capaces de manejarlo con éxito, han empezado a lanzar al mercado farmacéutico productos de variada

composición, cuya característica es la capacidad de retener los rayos Roentgen al pasar a la orina segregadas por el riñón. Con esto queda dicho que todos los conductos o cavidades del aparato urinario donde se detenga o por donde pase una cantidad de orina que tenga esa sustancia en concentración suficiente, aparecerán opacos ante los rayos Roentgen y su contorno y espesor serán visibles... Basta lo enunciado para decir la importancia extraordinaria que este procedimiento exploratorio tiene para el diagnóstico de los más variados afectos de la especialidad y su trascendencia para posibles exclusiones diagnósticas. Ya poseíamos la urografía directa, o sea la conseguida inyectando directamente en el órgano cuya radiografía queríamos lograr una disolución opaca de bromo o de yodo, y las radiografías así conseguidas eran de gran claridad y de enorme valor, tanto que, a pesar de la nueva modalidad que ahora esbozamos, siguen empleándose en la clínica; pero tenían dos inconvenientes que han hecho sea recibido el nuevo procedimiento con natural entusiasmo. Primero, para obtenerlas son necesarias preparaciones molestas al enfermo, como sondeos, cateterismos del uréter..., y segundo, como resultado de maniobras contranaturales, los órganos se encuentran en momentos distintos de los fisiológicos, lo que puede tener importancia en algunas ocasiones, pues claro que la respuesta del órgano será tanto más aprovechable cuanto sea ésta más semejante a su función natural. Las radiografías por inyección directa en la pelvis renal, que tantos diagnósticos han permitido y han ayudado a salvar tantísimas vidas, tienen un peligro —el del llamado reflujo pielovenoso—, que según los recientes estudios de Félix Fuchs, de la Policlínica de Viena, es tan frecuente como que constituye un elemento defensivo del órgano, previamente preparado para luchar contra los obstáculos a la evacuación de la orina en la pelvis del riñón. El reflujo pielovenoso consiste, como su nombre indica, en el paso del líquido existente en el cáliz urinario al interior de una de las venas que rodean la pelvis renal—en su tramo más inmediato a la inserción en la papila—. Este reflujo tiene todos los peligros del paso al interior del aparato circulatorio de una sustancia ajena a él, y *que no se suponía que a él pudiera ir*: por eso se han atribuido a este accidente algunos casos de muerte.

La radiografía por eliminación de sustancias opacas ofrece de ordinario un contraste menos acusado, pero, sin embargo, lo bastante para permitir un juicio. Los cuerpos inyectados han sido estudiados químicamente de manera precisa, y su inocuidad es tal que pueden emplearse sin peligro alguno. El progreso en este punto se manifiesta por la obtención de sustancias toleradas sin reacción local ni general, y cuya opacidad de eliminación es cada vez mayor. Visualizado así el interior de la pelvis renal con todas sus ramificaciones y el conducto evacuador, que es el uréter, muy pronto se han establecido reglas que permiten aplicar conclusiones diag-

nósticas. Estas deformaciones de la imagen roentgenológica en el campo renal corresponden a los tumores, estotras a la tuberculosis renal. La hidronefrosis ofrece unas características y los cálculos acusan otras. Este riñón funciona o no... y todo sin los inconvenientes que acompañan a la radiografía, previa inyección directa de un medio opaco; nada de sondeo del uréter, ninguna elevación de temperatura, ningún riesgo de que pase a la vena o de que vaya hasta la cápsula renal el líquido inyectado...

El uréter, que es el tramo del aparato urinario más beneficiado por el progreso del conocimiento urológico en los últimos tiempos, ha sido también el que más aprovecha de este novísimo procedimien-

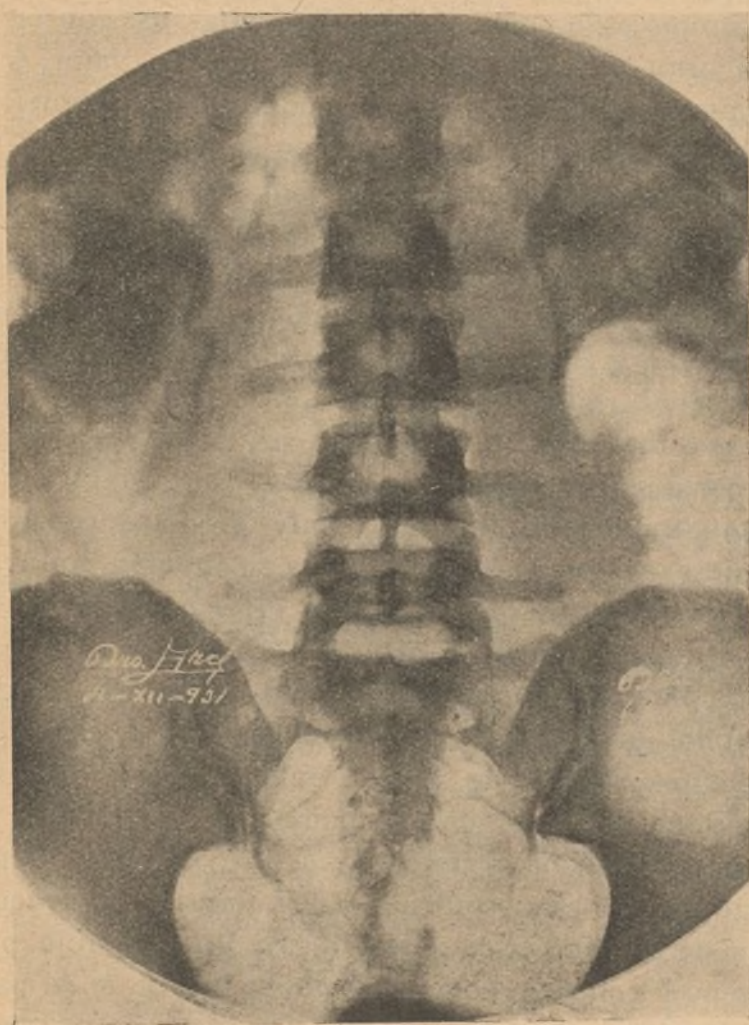


Fig. 1.ª

to diagnóstico; hasta llegar a la urografía por eliminación, los datos recogidos con la inyección de líquidos, previo su sondeo, suponían cierto grado de dislocación (por el paso de la sonda y por la presión del líquido inyectado), y por eso quedaban sin posible conocimiento preoperatorio procesos como el de acomodamiento, el revelado en la magnífica radiografía que acompaña y que debo a la amabilidad del ilustre radiólogo Dr. Arce (véase la fig. 1.ª), que se aprecia en la radiografía. Ambos lados, aunque en el fotograbado aparece claramente en uno solo.

En la figura 2.ª se aprecia, sin la dislocación que produce el cateterismo, la situación de los cálculos uretéricos.

En esta reseña de vulgarización no he de insistir sobre la urografía descendente que es el progreso más señalado en la especialidad, aunque para llegar hasta él hayan sido precisos conocimientos y aportaciones

de la química y de la física y la colaboración del radiólogo. Está en la naturaleza de este descubrimiento su sello de origen norteamericano y alemán. En los estudios tan modernos del metabolismo aplicado a la Urología, en la comprensión del caso urológico, no como el de un órgano que está lesionado, sino como un individuo, un enfermo que padece, vemos una amplitud de concepto que juzgamos muy propia de los latinos, y nos agrada que hombres de nuestra raza hayan tenido la idea de discutir en una asamblea de la especialidad, de qué modo una repercusión general puede influir en el pronóstico de una intervención local. El XXXI Congreso francés de

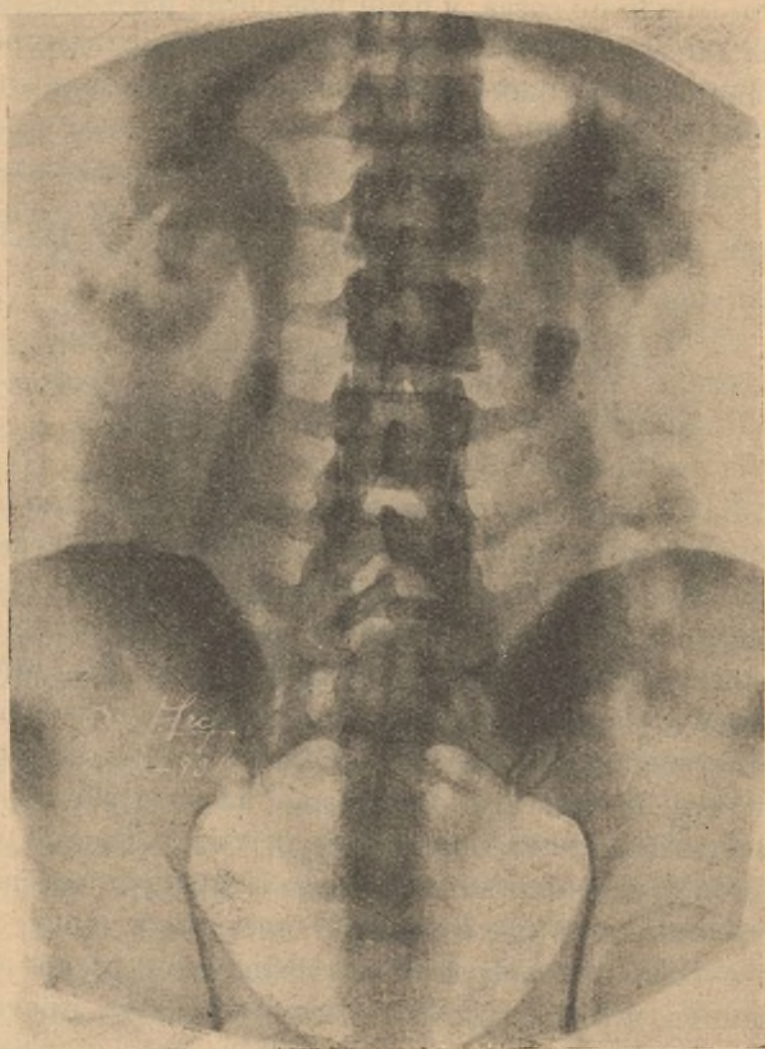


Fig. 2.ª

Urología, celebrado en París en el último Octubre, ha dedicado gran parte de su tiempo a los problemas, al estudio de la acidosis en general y a los que plantea la acidosis postoperatoria.

No he de seguir a los Dres. Chabanier y Lobo Onell en su estudio tan completo de esta alteración que antes causaba víctimas en operados en quienes todo parecía afirmar una convalecencia rápida y una curación definitiva.

La evaluación del pH sanguíneo, la medida de la reserva alcalina y los estudios que se han derivado de estas investigaciones han planteado, como siempre ocurre, nuevos problemas que al resolverse, han aumentado la superficie de nuestros conocimientos y, por su contorno, los linderos de la ignorancia. Hoy se presentan en este campo muchas incógnitas; menos mal que parecen logradas algunas adquisiciones de trascendencia práctica.

Para esclarecer los conceptos que pudieran resultar algo oscuros en los párrafos dedicados a la acidosis, el Dr. D. Santiago Larregla, autoridad en química biológica, ha escrito un par de cuartillas que avaloran este trabajo, por lo cual le doy aquí las gracias.

«Cuando en un enfermo con incremento de la cetosis se quiere actuar rápidamente sobre la disminución de ésta, se apela al recurso terapéutico de aminorar la ingesta de grasas y proteicos, inyectar insulina y administrar hidratos de carbono, bien por la boca o bien por inyección de suero glucosado. La razón en que se basa este proceder se comprenderá parafraseando el siguiente ejemplo:

Si en un hogar queremos convertir en cenizas por medio de una combustión unas cuantas piedras de carbón, ponemos junto con ellas unos pocos pedazos de astillas y al mismo tiempo acercamos una cerilla encendida a éstas para que se quemen y a su vez hagan que se queme el carbón.

Como es sabido, los llamados cuerpos cetósicos son una forma de combustión incompleta de las grasas y de los proteicos; para que éstos (las grasas y los proteicos) se quemen completamente sin dar lugar a estos cuerpos intermedios, la Naturaleza dispone de otras sustancias que, al quemarse a su vez, actúan sobre aquéllos quemándolos; son como las astillas que producen la ignición del carbón. En este caso el carbón serían los cuerpos proteicos y grasos, y las astillas la glucosa. Pero las astillas a su vez necesitan la cerilla que las quema; este papel es el que en el organismo hace la secreción interna del páncreas por medio de su producto la insulina, de los islotes de Langherans. Por esta razón, si en un diabético que quema mal sus albúminas, dejando en su sangre la ceniza tóxica de los compuestos cetósicos, se da el fenómeno de una pobre combustión, a pesar de que en sus tejidos haya (por motivo de su hiperglucemia) una gran cantidad de glucosa (astillas), es porque precisamente tiene este aumento de su glucosa porque no la puede quemar, y no la puede quemar porque le falta el combustible inicial, la insulina (cerillas), o lo tiene muy disminuido.

Si así ocurre, o puede ocurrir, en el diabético con hiperglucemia alta, doblemente sucederá en el que, por estar a régimen de restricción hidrocarburada, tiene además en escasa cantidad su proporción glucogénica hepática con que subvenir a las necesidades energéticas. En este caso la mecha o cerilla (insulina) con la que se ha de encender las astillas (glucosa) está en débil ignición, y si por añadidura esta escasea, quemaremos insuficientemente el carbón (proteicos y grasas). Efectivamente; está comprobado que un gramo de glucosa es capaz de quemar dos de albúminas. En el diabético, cuando baja su glucemia, es cuando más fácilmente aparece en la orina la acetona y el ácido metildiacético. Por el contrario, dándole glucosa tienden a desaparecer dichas sustancias, y si al mismo tiempo se le inyecta insulina, su desaparición es más brusca. El ayuno

prolongado produce cetosis, porque cuando el organismo va aminorando la utilización de su propia glucosa (que es el cuerpo energético por excelencia) y tiene que echar mano para su calorificación de los otros principios inmediatos, éstos se queman insuficientemente porque les va faltando la glucosa, cuya llama les sirve normalmente de combustible, y al no quemarse francamente dejan unos cuerpos intermedios no destruidos totalmente, que son la acetona, el ácido oxibutírico, el metil diacético, etc.—*Santiago Larregla.*»

Las cetoacidosis postoperatorias pueden ser: 1.º, de los diabéticos verdaderos; 2.º, de los no diabéticos.

1.º Cetoacidosis postoperatorias de los diabéticos: Toda intervención quirúrgica en un diabético tiende a provocar su agravación y puede acompañarse de cetosis; el tratamiento es curativo o preventivo. El tratamiento curativo es el insulínico asociado a la administración de hidrocarbonados en proporción suficiente para permitir la dismunición de la cetosis; su eficacia es tanto mayor cuanto más precozmente se instituye; si se practica cuando el coma está confirmado, sólo cura en un 60 por 100 de los casos; en los otros 40, aunque puede desaparecer la cetosis, continúa evolucionando la enfermedad hasta la muerte por desfallecimiento.

El tratamiento preventivo supone la administración de la insulina antes de la operación para disminuir la glucosuria, la acetonuria y, sobre todo, la glicemia. El tratamiento previo da resultados al parecer constantes. Como este tratamiento es inocuo—si es bien llevado debe practicarse siempre, cualquiera que sea la importancia de la intervención que se proyecte y cualquiera que sea el grado de diabetes.

2.º Las cetoacidosis postoperatorias de los no diabéticos son frecuentísimas (en un 50 por 100 de los casos), producidas por el mismo mecanismo de combustión incompleta de glucósicos ante la abundancia de cuerpos cetógenos, en los ayunos que preceden a algunas operaciones (por disminución de las combustiones glicósicas) o por la sola acción de la anestesia (que aumenta la cantidad de cetógenos). Esta cetoacidosis es de ordinario latente y sólo apreciable por el análisis. Otras veces se traduce por náuseas y vómitos, y en ocasiones por fenómenos de tipo pseudo-peritonitis que causan la muerte.

El tratamiento es la administración de insulina y de glucosa en gran cantidad. El preventivo de ambos cuerpos parece disminuye de hecho la frecuencia de los vómitos postoperatorios.

Las llamadas acidosis sin cetosis—caracterizadas por un descenso de la reserva alcalina—pueden observarse en las fases postoperatorias: I. Inmediatamente después del acto quirúrgico, y duran uno o dos días. II. En un período ulterior, existiendo al mismo tiempo que una hiperazotemia debida a una insuficiencia brusca del riñón por un descenso del cloruro sódico en la sangre. Esta es la llamada acidosis renal.

El metabolismo perturbado de los proteicos, que han esclarecido los trabajos de Puech y Cristol, sobre la polipeptidemia en la uremia, es causa para Chabannier y Lobo Onell de esta fenomenología, que no es debida a acidosis, como lo demuestra la incapacidad de influir sobre ella por alcalinización, mientras que la reacloruración (que es acidificante) la mejora.

La acidosis de origen renal evoluciona, según Jeanbran y Cristol, en dos períodos: el primero se halla bajo la dependencia de la impermeabilidad del riñón a los compuestos azoados al mismo tiempo que se muestra deficiente en su función amonio-productora para llegar después a ser impermeable a los iones ácidos; en este primer estadio hay una retención seca de los cloruros con hiponatremia y luego una retención cloruradosódica hidratante. Entonces entramos en la fase de las repercusiones físicoquímicas aplicables tanto a las sustancias nitrogenadas (anemia hipertolipeptidemia) como a su influencia sobre el equilibrio ácidobásico con descenso de la reserva alcalina y del pH de la sangre. Los caracteres de esta acidosis renal son su evolución lenta y su progresión inexorable. La reserva alcalina de la sangre baja lenta, pero constantemente. Esta baja es un elemento de pronóstico individual menos fiel que el aumento de los polipéptidos de la sangre.

Estos estudios, unidos a los que establecen una relación entre las vitaminas y la frecuencia de las litiasis, demuestran de qué modo los urólogos modernos abandonan el estrecho concepto de una especialidad limitada al tratamiento de un órgano con independencia del organismo; reconocen, por el contrario, que la Urología es sólo una parte de la Medicina; que sin ésta aquélla no puede existir, y son cada vez más médicos, para ser cada vez más cirujanos, único modo de ser cada vez más especialistas y útiles a sus enfermos...

Síntesis de la terapéutica del aparato digestivo en la época presente

POR EL

DR. J. GONZÁLEZ CAMPO

Al desarrollar brevemente el tema enunciado, con la redacción del cual se nos honra, debemos adelantar que, lamentándolo de veras, no podemos exponer novedades, ya que, como dijimos en un reciente libro, los agentes farmacológicos de que disponemos en la actualidad para combatir las dolencias del aparato digestivo son en su esencia los mismos de que disponíamos hace ya muchos años, aunque los progresos conseguidos en nuestros conocimientos dietéticos nos permiten formular ahora mejor que antes el plan adecuado a cada enfermo y, del mismo modo, las indicaciones quirúrgicas se basan actualmente en datos más firmes que en tiempos no muy pretéritos, habiéndose mejorado la técnica operatoria y consiguiéndose hoy éxitos más positivos y brillantes que

ayer. Pero aún falta mucho para que tal terapéutica adquiera perfección y seguridad.

Las radiaciones, así las emanadas del radio como las de Roentgen, que tan asombrosos resultados proporcionan en otros territorios orgánicos, no son utilizables para combatir afecciones digestivas, por lo menos según lo que hemos visto, aunque en otros países algunos hablen de sus ventajas en lesiones tumorales esofágicas y del recto.

ENFERMEDADES DEL ESÓFAGO

En lo que atañe a ellas, los medios farmacológicos apenas han sufrido modificaciones recientes, y los mecánicos, para combatir *estrecheces*, [son los mismos hoy que los que se vienen usando hace muchos años, debiendo hacer resaltar las ventajas que para el franqueo de estenosis muy cerradas tiene la introducción de sondas o bujías por el procedimiento del hilo, sirviendo éste de guía para el paso de la sonda. Un recurso existe ahora de eficacia en bastantes casos de *espasmo*, lo mismo del de este órgano que del que afecta a otros tramos del tubo digestivo y aun de la vesícula; me refiero a la papaverina, que en cantidad no inferior a 25 o 30 centigramos diarios es un antiespasmódico valioso.

ENFERMEDADES DEL ESTÓMAGO

En lo que concierne a la alimentación en las enfermedades gástricas, según por todos es sabido, ha de atenderse al quimismo y a la motricidad. Si aquél está exaltado, deberán suprimirse alcoholes, especias, ácidos, carnes asadas y las sustancias conocidas como acidógenas: carnes, hortalizas, algunas frutas como la manzana y las manifestamente ácidas: fresas, cerezas, naranjas. Si el quimismo es deficiente, se disminuirá el consumo de carnes, prefiriendo las blancas y los pescados de este color, suprimiendo la carne que tenga abundante tejido conjuntivo, ya que sabemos que éste sólo es atacable por el jugo gástrico, pero únicamente si contiene ácidos y fermentos en proporciones fisiológicas o muy poco disminuidas, así como los alimentos ricos en celulosa: hortalizas y frutas poco cocidas; los pasteles y el pan muy tierno, cuidando con esmero de la masticación, a la que enfermos y sanos solemos indebidamente conceder poca importancia.

Si la motilidad del estómago se encuentra disminuida, no existiendo dificultades al paso de los alimentos al duodeno, cuidarán los pacientes de comer poco de cada vez y con frecuencia, no bebiendo líquidos en las comidas, sino en los momentos en que más vacía pueda encontrarse la viscera. Además, sea el que fuere el quimismo, habrá que elegir los alimentos teniendo en cuenta las limitaciones indicadas para el caso de secreción deficiente. De haber estenosis pilórica o mediogástrica se desecharán las sustancias en que abunde la celulosa, no atacable por el jugo gástrico, pudiéndose en muchas ocasiones permitir las carnes tiernas, que no ofrecen gran dificultad para atravesar el punto estrechado si han sido bien masticadas y no falta la secreción. En estos enfermos se recurrirá de preferencia a los alimentos líquidos o semilíquidos.

Las *gastritis crónicas*, casi desaparecidas de la nosología hace algunos años, modernamente van rehabilitándose, con pruebas de su existencia que en mi opinión no son demasiado convincentes para admitirlas con la frecuencia que se tiende a hacerlo.

Para su tratamiento se atenderá también al quimismo, suprimiéndose las especias y los alcoholes; los alimentos serán blandos, recientes y muy cocidos, no administrándose muy calientes ni muy fríos. Debe procurarse dar substancias que abandonen lo antes posible el estómago, empleando excitadores de su musculatura—estricneos—o refrenadores de la contractilidad exagerada del píloro—atropina, papaverina—, según sea preciso, y polvos inertes o soluciones cloruradasulfatadas. Se recomiendan los lavados con solución fisiológica de sal común, o con tanino o dermatol del 1 al 3 por 100. En la acidez excesiva se darán alcalinos y en la rebajada ácido clorhídrico, y mejor, en mi opinión, acidolpepsina.

En la *úlcera*, a pesar de cuantos regímenes se han recomendado, hemos de reconocer que el más beneficioso en la práctica es el lácteo, al principio del tratamiento, adicionándole nata o mantequilla y zumo de frutas poco ácidas, no tanto porque creamos que estas últimas son, como se ha dicho, indispensables por sus vitaminas para proteger la mucosa, sino por ser convenientes para la perfecta nutrición. Pasado un tiempo más o menos largo, nunca inferior a dos o tres meses, puede gradualmente irse entrando en la alimentación blanda y no excitante de la secreción.

Por lo que se refiere a los medicamentos, seguimos creyendo que los más beneficiosos son los alcalinos, por neutralizar la secreción, hiperclorhídrica la mayoría de las veces, y por inactivar la pepsina, a la que no hay que desdeñar en su acción mantenedora de la úlcera por su poder digestivo. Es verdad que los alcalinos no modifican la proporción en que se segrega el ácido clorhídrico, pero es indudable que administrados en cada uno de los periodos digestivos lo neutralizan en aquel momento, librando a la mucosa de su contacto agresivo.

Si se confirmase la opinión de Bálint respecto a la importancia de la acidosis como factor patogénico de la úlcera, la corrección de este desequilibrio explicaría los buenos efectos que producen los alcalinos.

Se ha dicho recientemente que el oxicarbonato de bismuto es el más eficaz, y que le siguen en valor el sulfato tribásico de magnesio y el fosfato cálcico.

Acerca del momento adecuado para dar los alcalinos, a nuestro parecer es el del apogeo de la secreción, cuando saturadas las apetencias ácidas del alimento queda el ácido en libertad, desplegando entonces su acción dañina.

Consideramos a los alcalinos de más eficacia que la vacuoterapia y que la proteinoterapia, que a veces parecen haber dado buen resultado; en nuestra estadística figura algún caso de desaparición de las molestias y de los nichos radiológicos coincidiendo con el uso de inyecciones de pepsina, y decimos coincidiendo y no aseguramos que tales desapariciones dependiesen de ellas porque igualmente hemos visto desaparecer nichos y molestias con otros medios, incluso con sólo la alimentación láctea.

El tan conocido empleo en ayunas del subnitrito de bismuto a la dosis de 10 gramos, suspendido en agua tibia, da buenos resultados en las úlceras muy dolorosas; no sabemos si tendrá más ventajas que la de analgésico, pues la que se le ha supuesto de favorecer la cicatrización por depositarse a modo de costra en la superficie desnudada, impidiendo así al jugo gástrico actuar sobre ésta, no nos parece muy merecedora de crédito, ya que hemos visto en numerosísimas exploraciones radiológicas que no queda sombra del bismuto sobre la ulceración cuando el medicamento ha pasado al intestino. La teoría que atri-

buye su utilidad a la hipersecreción de moco que origina, el cual protegería la ulceración embadurnándola e impidiendo que el líquido ácido segregado por el estómago la bañe, no nos parece suficientemente demostrada, pues aun dando por cierta la acción estimulante del medicamento sobre la secreción de moco, nada nos prueba que éste quede fijo sobre la úlcera en lugar de resbalar rápidamente por encima de ella.

Modernamente se ha dicho que, al igual del nitrato argéntico, que también se ha utilizado en las úlceras, actúa mejorando la gastritis, que los que así piensan creen existe y es anterior a la ulceración y causa de ella.

Durante la gran guerra los franceses, dada la escasez y carestía del subnitrito de bismuto, lo substituyeron por cuerpos más asequibles y baratos: caolín, talco, sulfato de bario, y luego por la gelosagelatina, logrando con ellos efectos análogos a los conseguidos con aquél. Y esta similitud de acción hace que dudemos de la utilidad casi específica que al preparado de bismuto se le había atribuido. En muchos enfermos obtuve sin su uso iguales resultados que en otros en que lo empleé, por lo que lo estimo menos ventajoso de lo que se le ha considerado.

La belladona y su alcaloide la atropina, tan recomendadas en el tratamiento de la úlcera, de no existir evidente espasmo pilórico, no nos parecen de grandes resultados, según lo que hemos visto, no habiendo confirmado clínicamente lo que ha poco aseguraron Kalk y Siebert: que la atropina, que disminuye la secreción en ayunas y no la cifra de acidez, en el estómago lleno rebaja ésta, acelera el vaciamiento y reduce la secreción tardía.

Se ha aconsejado, cuando no hay hemorragia, apelar localmente al calor húmedo hasta producir quemadura de primer grado; nosotros no somos partidarios de él desde que Boas recomendó emplearlo para provocar la aparición de hemorragias latentes con fines diagnósticos.

Hace bastantes años Loeper propuso un régimen azucarado en la úlcera, seguido sólo durante cinco o seis días; ahora G. Recht propone el uso del azúcar de caña, de 60 a 80 gramos al día, en tres veces, disuelta en 200 a 300 c. c. de té, agua o leche, empezando por 30 ó 40 gramos y aumentando cada dos o tres días de 5 a 10 gramos por toma hasta llegar a los 60 u 80. Si produce diarrea se substituye por glucosa. Dice que el azúcar es gastrotropa, hiperemiante, productora de moco; se combina con el ácido e inhibe la secreción. Es hepatotropa, productora de glucógeno y colerética. Es pancreotropa, estimula la secreción y excreción pancreáticas. Es angiotropa por el efecto vasodilatador de la hiperglucemia y por el estímulo hormonal de la secreción del páncreas. Es miotropa, asegurando a los músculos cantidad suficiente de glucógeno; disminuye la tendencia a espasmos. Y es también neurotrópica o sedante. No tenemos experiencia de este nuevo método de tratamiento.

Contra las hemorragias profusas casi todos los clínicos aconsejan la abstinencia durante un periodo de tres a cinco días, el reposo, la aplicación de una bolsa con hielo sobre el epigastrio, las enemas de 200 c. c. de solución caliente (a 48°) de cloruro cálcico al 5 por 1.000, repetidas cada seis horas, o su introducción rectal gota a gota, y las inyecciones de coaguleno, claudeno, suero gelatinado de Merck o intravenosas de cloruro cálcico, empleándose también las de suero equino. A veces nos fué útil el lavado del estómago con solución de percloruro de hierro puro al 1 por 1.000. En caso necesario es ventajosa la transfusión sanguínea; y puesto que hablamos de transfusión,

diremos, por lo que valga, que, según algunos, este recurso hace desaparecer el dolor de los ulcerosos, no faltando quien después de su empleo ha visto desaparecer los nichos roentgenológicos.

Las intervenciones operatorias en plena hemorragia con el propósito de cohibirla, a nuestro parecer no están indicadas y son muy peligrosas. Hace pocos años algunos cirujanos propusieron intervenir en la hemorragia, especialmente resecaando la porción de estómago sangrante, aconsejando, en 1928, Delore y Girardier que la intervención sea precoz, pero no inmedia a al derrame sanguíneo. En este caso, habiendo cesado la salida de sangre, es difícil que el médico proponga que el enfermo sea operado ni que éste acepte la operación, puesto que es muy fácil que la hemorragia, una vez cohibida, no se reproduzca. En pleno shock hemorrágico los riesgos operatorios son muy grandes, y, cuando ha pasado, el intervenir no es tratar quirúrgicamente una gastrorragia, sino operar con urgencia una úlcera ante el temor de que la vida se escape con la sangre si la hemorragia se reproduce.

Si los síntomas de úlcera no desaparecen a beneficio del tratamiento médico, se habrá de requerir el concurso de un operador, y las principales indicaciones para hacerlo, además de la expresada, son: persistencia de algún síntoma en los casos que antes dieron lugar a hemorragia muy copiosa; hemorragias pequeñas y repetidas con frecuencia, aunque sólo se revelen por la presencia de sangre oculta en las heces; dolor intenso en los períodos digestivos que no cede con el uso de leche y alcalinos, o dolor casi continuo, que suele depender de propagación del proceso al páncreas y, menos veces, al hígado; hallazgo de nicho radiológico: aunque lo hemos visto desaparecer bastantes veces, ni esto ocurre siempre ni aun desapareciendo suelen quedar los enfermos libres de molestias de un modo permanente; dudas entre el diagnóstico de úlcera y el de carcinoma o sospecha de que el proceso ulceroso empieza a sufrir la degeneración neoplásica.

En las úlceras duodenales nuestro criterio es el mismo que en las gástricas, así por lo que respecta al tratamiento médico como por lo concerniente al quirúrgico.

Es indispensable intervenir en las estenosis mediogástricas acentuadas y en las pilóricas, que no pueden mejorar médicamente, y urgentísimo hacerlo en las perforaciones del estómago o del duodeno, y en general de cualquier órgano digestivo, siempre que la intervención se realice en las primeras doce horas que siguen al accidente; cada hora que pase después de éstas el riesgo de la peritonitis generalizada va aumentando de una manera extraordinaria.

Acercas del carcinoma del estómago, al igual del de la mayoría de las vísceras, la terapéutica puede decirse que está estancada y se reduce, por lo común, a intentos muy nobles, pero infructuosos. Sólo en los cánceres muy recientes cabe la posibilidad de buen éxito quirúrgico, interviniendo en una época de la evolución de la neoplasia en que el diagnóstico es poco más que una sospecha. Y los medios dietéticos, farmacológicos y físicos se hallan desprovistos siempre de acción curativa. El tratamiento ha de ser sintomático, pues sólo el alivio relativo de alguna de las molestias que origina el tumor es lo que puede lograrse, y aun esto de un modo muy imperfecto.

ENFERMEDADES DEL INTESTINO

Nada nuevo hay que decir de ellas. Las colitis, tan extendidas, son de terapéutica incierta aun apelando a

los productos bacterianos que se han preconizado; sólo la regularización de las deposiciones con los medicamentos adecuados: sales de calcio, preferentemente en las diarreas, y la parafina líquida o las sustancias mucilaginosas en el estreñimiento, y acaso las grandes cantidades de hidratos de carbono que parecen poseer la virtud de desviar de la albúmina a las bacterias, pueden tener relativa utilidad.

Ciertas alteraciones digestivas y de un modo especial algunas diarreas, parecen deberse a trastornos endocrinos, en cuyo caso deben combatirse con los preparados glandulares correspondientes.

El *éctasis cecal crónico*, que ahora se reconoce con frecuencia gracias al examen radiológico, tiene su remedio en la alimentación rica en vegetales en los que abunda la celulosa que forma masa de mucho volumen, capaz de estimular el peristaltismo, y en el empleo de productos farmacológicos, que como el agar y el normacol aumentan de volumen por hidratación determinando el efecto dicho, o el aceite de parafina, lubricante inofensivo, aunque se use durante mucho tiempo, siendo utilizables en muchos casos la atropina y la papaverina.

La *apendicitis* no tiene tratamiento médico. Únicamente el quirúrgico, en las primeras horas de un ataque agudo, o en frío, después de pasada la crisis inflamatoria, es capaz de evitar accidentes mortales.

Las *oclusiones*, el *megacolon* y las *diverticulitis*, también son afecciones quirúrgicas, exceptuando el *ileo paralítico* que es susceptible de curar con inyecciones de pituitrina, peristaltina, hormonal y otros medicamentos análogos, habiendo recomendado Rosenstein y Köhler que en esta enfermedad se inyecten en el plexo solar de 5 a 8 miligramos de nicotina en 5 c. c. de agua.

Mencionaremos los *procesos neoplásicos*, que requieren la extirpación, si es posible, aunque pocas veces se impide con ella la recidiva en plazo más o menos próximo; los *tuberculosos*, que si no son operables se tratan con baños de sol y sales de calcio, y los *sifilíticos*, que reclaman la adecuada cura específica y la dilatación progresiva o la operación si, localizados en el último tramo intestinal, estrechan el recto.

Contra las *hemorroides* se emplean supositorios o pomadas a base de crisarobina, ortoformo o yodoformo con cocaína, novocaína, adrenalina o belladona, o se apela para combatir las a inyecciones esclerosantes o a la electrocoagulación, o se extirpan.

De otras dolencias intestinales no hay para qué hablar.

ENFERMEDADES DEL HÍGADO Y VÍAS BILIARES

Las *cirrosis* siguen sin tener tratamiento curativo médico ni quirúrgico, a pesar de los intentos que de este último orden se han hecho para conseguirlo.

La *sífilis* hepática ha de tratarse como la de los demás órganos, siendo muy cautos en el empleo de los arsenicales, capaces de producir serios trastornos en el hígado. La *tuberculosis* de esta víscera no tiene otro tratamiento que el general de esta infección, y los abscesos que a veces ocasiona, difíciles de diferenciar de los de otro origen, deben, como éstos, ser abiertos.

Los quistes *hidatídicos* no tienen más terapéutica que la operatoria, sin que hayan hasta ahora resultado ventajosos los medicamentos antiparasitarios ensayados.

En las *angiocolitis* son útiles la urotropina, preferentemente en inyección intravenosa, el coleval y la tripaflavina, inyectados también en las venas, y en aquellos casos en que con esto no se modifique el mal, estará indi-

INSTITUTO TERAPEUTICO ROMANO

ROMA



2 Nuevos productos que interesan vivamente a la Clase Médica, fórmulas del eminente endocrinólogo **Dr. NICOLAS PENDE**, de la Real Universidad de Génova

ANTISENIUM. — Producto Poli-Opoterápico. Poderoso reconstituyente. Renovador de la energía vital.

LIPOCLASIO. — Poliendocrinolo Catabólico. Cura racional opoterápica de la obesidad y sus consecuencias.

4 Productos más cuya eficacia ha sido reiteradamente comprobada por los más eminentes clínicos.

LATTOVITAMINA. — Cultivo en leche estéril de bacilo bulgárico, la sola forma que garantiza su vitalidad y eficacia, asociada a un medio que confiere a la preparación un elevado valor vitamínico; dicho medio es: zumo de uva, rico en vitaminas C, al que se ha añadido una solución al 10 por 100 de hinosifostato de calcio y magnesia, que contiene la esperma de cereales, rico en vitaminas D.

SIEROSINA. — Nuevo tratamiento antituberculoso con una combinación yodo-tuberculínica a dosis fijas.

ARSICALCINA. — Cura reconstituyente mineralizante. Feliz asociación de dos remedios e indicaciones muy similares y de reconocida eficacia terapéutica: arsénico y calcio. Cada comprimido contiene una dosis fija de sales de calcio y arsénico.

NICETOLO. — Asociación de fósforo, yodo y cobre en adaptado vehículo, para inyecciones hipodérmicas.

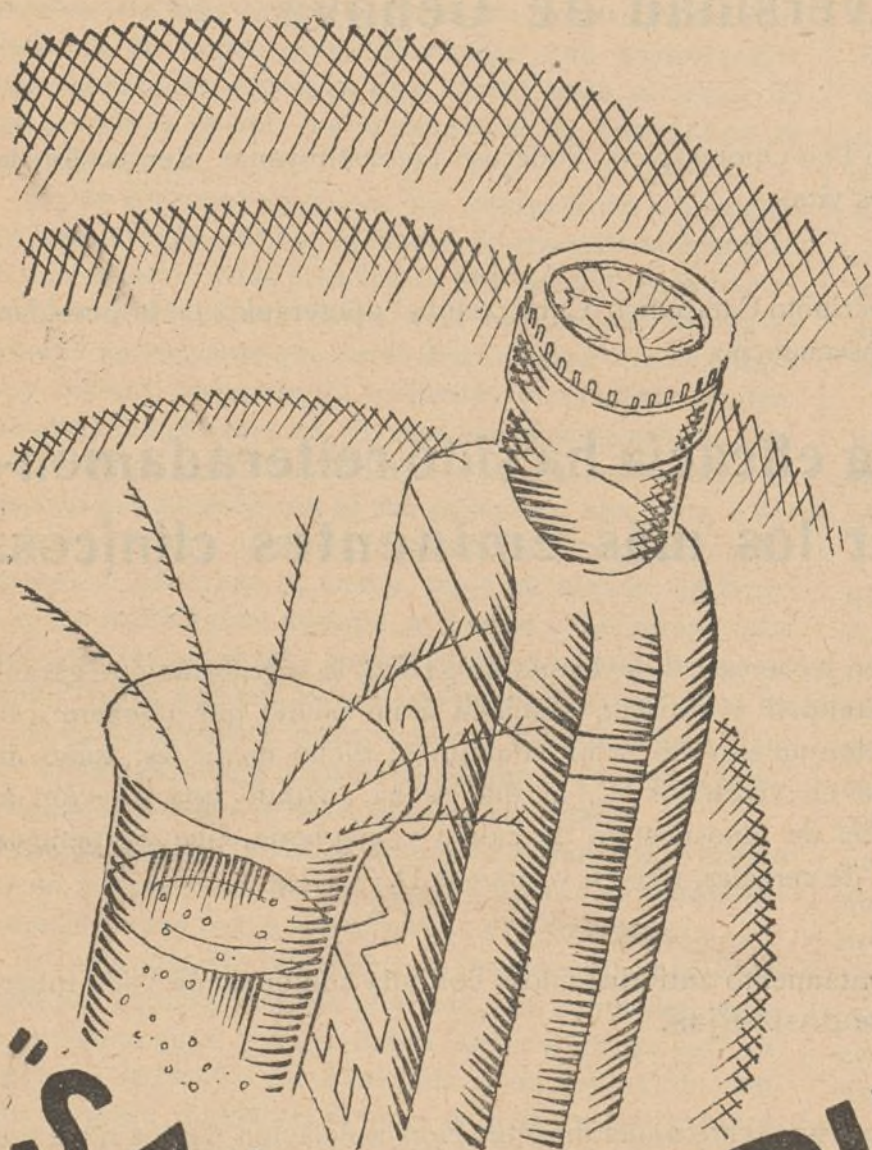
El **Nicetolo** realiza una de las más originales aplicaciones terapéuticas modernas, en cuanto ha permitido el empleo práctico y sistemático de las sales de cobre, en la cura de muchas afecciones morbosas; halla, por tanto, sus indicaciones en todos los estados de *decaimiento orgánico*, ya sea consecutivo a enfermedades infecciosas agudas, o secundarias a graves infecciones generales; en todas las formas de *anemias primitivas* y especialmente en la *clorosis*; en todos los *estados depresivos de las funciones del sistema nervioso*; en todos los **cánceres y otros tumores malignos**.

LITERATURA CIENTÍFICA

Se remite solicitándola al Representante en España y Colonias: **E. PISTOLESI**

Apartado de Correos 9026. — MADRID

ATONIA INTESTINAL



"SAL DE FRUTA" ENO

La atonía intestinal es, a un tiempo mismo, causa y efecto de la relajación de los músculos intestinales, ocasionada por la acumulación de residuos. Por eso es muy difícil corregirla, imposible a veces, si previamente no se asegura la evacuación regular en los intestinos. * A menos que las células y los tejidos se encuentren ya saturados de fluido con exceso, interesa mucho que el laxante se tome disuelto en gran cantidad de agua: de ahí la indicación convenientísima, para este objeto, de la «Sal de Fruta» ENO. * Su pureza, sabor agradable, salubridad perfecta y acción eficaz no dolorosa, le han conseguido la estimación de la clase médica en todos los países. * La «Sal de Fruta» ENO no contiene en absoluto purgantes minerales, como sulfatos de sosa o de magnesia, ni ingredientes endulzantes. Tampoco contiene aromatizadores de ninguna clase. Se ha conseguido su grato sabor sin incorporarle ningún elemento extraño: simplemente por la escrupulosidad de su pureza y la exactitud de su composición.

« MENTOR DIAGNÓSTICO »

Elegantemente encuadrado en tafilete negro. Tratadito en el que se resumen los puntos esenciales del diagnóstico de las enfermedades nerviosas, cuyos complejos síntomas tan fácilmente escapan a la memoria. Por su tamaño, puede llevarse en el bolsillo del chaleco, siendo en todo momento una valiosa ayuda para aclarar cualquier punto dudoso. Con sumo gusto remitirá un ejemplar a todo médico que lo solicite, el

Concesionario de la «Sal de Fruta» ENO

FEDERICO BONET. — Apartado 501. — Madrid

cado drenar el conducto hepático previa apertura del cólodo. Puede ser beneficioso el sondeo duodenal con inyección por la sonda, de solución de sulfato magnésico.

En la *colecistitis*, litiásica o no, la alimentación será mixta, con sustancias de digestión fácil, abundancia de carbohidratos que parecen proteger al hígado contra los principios tóxicos, y escasa proporción de carnes, ya que los experimentos en animales prueban que en los alimentados con exceso de proteínas se lesiona con facilidad la célula hepática, que está siempre alterada en la *colecistitis*. Legumbres verdes, verduras, hortalizas y frutas completarán la alimentación. La nata, la mantequilla y el aceite son muy buenos colagogos y deben figurar en el plan recomendado a estos enfermos.

Aunque gran número de sustancias alimenticias contienen colesterolina, la yema de huevo y los sesos son de las que la llevan en mayor cantidad, por lo que solemos suprimirlas de la alimentación de quienes padecen *colecistitis* por sí. Chauffard, con su doctrina de la *colesterinemia*, está en lo cierto, aunque debe tenerse presente que una cosa es *colesterinemia* y otra *colesterinocolia*, pudiendo existir la primera sin la segunda y siendo ésta y no aquélla la que se requiere para la formación de cálculos.

El aceite de olivas, usado de antiguo como medicamento, es en ciertos casos beneficioso, así como el sulfato magnésico llevado con la sonda al duodeno en solución al 30 por 100 o administrado por la boca; son útiles la *agocholine*, la *felamina*, la *urotropina*, el *salicilato sódico* con *benzoato* de la misma base, los diversos preparados de ácidos y sales biliares o extractos totales de la bilis; estos productos opoterápicos no deben emplearse si existe *ictericia*. En las agudizaciones de la infección da buen resultado el calor local y se halla indicada la *diatermia*.

Si el *colecistitis* es *aclorhídrico*, le puede convenir el agua medicinal de Cestona; si *hiperclorhídrico*, la de Mar-molejo o Lanjarón; a unos y a otros les suele beneficiar la de Karlsbad, así como las sales procedentes de estas aguas, se aconsejan también en tales enfermos las de Cofrentes y Guitiriz.

No hablamos aquí del tratamiento del cólico hepático, que es de sobra conocido de todos y que hemos detallado en diversas publicaciones.

El único medio curativo de la *colecistitis* es el quirúrgico, al que habrá de apelarse cuando los cólicos u otros síntomas molestos de la enfermedad repiten con intensidad y frecuencia sin que el plan médico los mejore; se operará pronto si hay oclusión del cólodo, total o incompleta; la intervención será urgente en los accesos de fiebre bilioséptica y en el empiema vesicular, sin que juzgue necesario insistir en la necesidad de operar en el momento que se diagnostique una perforación de la vesícula.

ENFERMEDADES DEL PÁNCREAS

En rigor carecen de tratamiento médico, siendo sólo el quirúrgico el que puede corregirlas.

Con lo expuesto queda muy sucintamente dicho cuanto de fundamental conviene saber acerca de la terapéutica actual de las principales enfermedades del aparato digestivo.

Estado actual del tratamiento radioterápico de los tumores malignos

POR LOS

DRES. J. Y S. RATERA

De las Beneficencias Provincial y Municipal de Madrid.
Radiólogos del Hospital General y de San Juan de Dios.

Siendo imposible hacer un resumen de todos los adelantos del año 1931 en lo que concierne a la roentgenterapia en general, procuraremos dar un bosquejo del estado actual de los resultados que se obtienen con ella en el tratamiento de los tumores malignos, por hallarse esta cuestión a la orden del día.

Por de pronto, la técnica que aprendimos los radiólogos después de la guerra, cuando se restableció de nuevo la comunicación científica con Alemania, de dar en una única sesión o en el menor tiempo posible la llamada dosis carcinoma, llevada al foco enfermo, va cediendo el paso a la técnica dada a conocer por Coutard, que consiste, como sabe todo el que se dedica al estudio de estas cuestiones, en dar aproximadamente una cuarta a una quinta parte de la dosis carcinoma en cada sesión, filtrada a través de un espesor considerable de un filtro pesado, por lo general 2 milímetros de cobre o cinc, alejar el foco del tubo a 70 centímetros hasta un metro de la superficie cutánea y trabajar con tensiones de 180.000 a 190.000 voltios.

En estas condiciones los tejidos se hacen más tolerantes, persistiendo la administración hasta tres y cuatro dosis completas carcinoma, para lo cual, y a fin de asegurar la tolerancia de la piel, se irradian alternadamente los campos de entrada. Con los elementos tan perfeccionados de medición que hay por hoy, se comprueba la mucha mayor cantidad de dosis profunda que es posible hacer llegar a la región enferma, lográndose de este modo curaciones que no podrían obtenerse antes con la técnica de las grandes dosis masivas, dadas en un tiempo muy corto.

El único inconveniente de esta técnica es el de exigir un tiempo mayor, pues el plazo mínimo de ella es el de diez días, pudiendo prolongarse hasta veintiocho, treinta y treinta y dos días, como lo hace actualmente Gauss. En cambio, el tan temido Roentgenkatr, que se presentaba antes muy frecuentemente y con una intensidad que en algunas ocasiones obligaba a interrumpir el tratamiento, apenas hace su aparición con esta técnica, y cuando lo hace es de tan pequeña intensidad (y eso ya al cabo de algunas sesiones), que no solamente no obliga a suspender el tratamiento, sino que los enfermos pueden seguir haciendo su vida habitual, fuera del momento de la irradiación.

Por lo demás, nada mejor que mencionar algunas cifras estadísticas a fin de hacer ver el resultado que se consigue actualmente con la moderna técnica roentgenterápica.

CÁNCERES EN GENERAL

Wintz, de Erlangen, publica su última estadística sobre los resultados de su método de roentgenterapia profunda en casos de sarcoma, carcinoma y osteosarcoma. Después de cinco años consigue: en los cánceres del cuello uterino, entre 134 casos operables, el 61 por 100 de curaciones; en los cánceres del cuello inoperables, entre 787 casos, el 12 por 100; en los carcinomas del cuerpo del útero, entre 27 casos operados, el 70 por 100, y en los inoperables, el 9 por 100 entre 65 casos; en las recidivas de las operadas por lesiones neoplásicas uterinas, 17 por 100; en los sarcomas de útero, con preparación microscópica de control, después de ocho a doce años de tratamiento, entre 34 enfermos, el 47 por 100 de curaciones definitivas, y después de cinco años, entre 40 enfermos, el 55 por 100.

Cuanto al cáncer de la mama, entre 544 casos tratados en buenas condiciones, consigue directamente en los casos tratados ya desde más de seis años el 55 por 100 de curaciones; en los casos malos de carcinoma de mama, con adenopatías, después de seis años, tan sólo el 10 por 100 de curaciones; en las recidivas postoperatorias, el 18 por 100 después de seis años.

Respecto a los osteosarcomas, obtiene 46 por 100 de curaciones después de cinco años.

CÁNCER DEL CUELLO DEL ÚTERO

Gauss, de Würzburg, mencionado ya antes, se muestra partidario de las orientaciones dadas por Regaud y Coutard para el tratamiento de los cánceres del cuello uterino, a base de su técnica con alta dosis sobre la piel, gracias a su fraccionamiento. En su servicio ginecológico de Würzburg da una dosis diaria de 175 r, dadas lentamente, un día sobre la región pubiana y otro sobre la región sacra, durante dieciséis días por campo, combinando esta técnica con un tratamiento intrauterino con radium. Sus resultados son excelentes empleando esta técnica en los casos operables.

Labarde y Wickmann, del Instituto del Cáncer de París, tratan sus enfermos combinando el tratamiento Roentgen con el radium, habiendo presentado recientemente una estadística de 173 casos tratados desde 1921 a 1926, en París. El tratamiento seguido, el de hacer irradiaciones Roentgen en los parametrios, dando 16.000 a 20.000 r Solomón en veinticinco días, en cuatro campos, dos anteriores y dos posteriores, empleando tensiones altas y filtros de 1 a 2 milímetros de cobre, con distancias de 40 a 50 centímetros foco-piel. Entre los enfermos de primer grado se consiguió el 80 por 100 de curaciones de los cinco a los diez años después de tratados; entre los de segundo grado, el 54 por 100; entre los de tercer grado, el 52 por 100, y entre los de cuarto grado ninguna curación. Como complemento de las irradiaciones Roentgen se empleó la curiterapia útero vaginal, con dosis que oscilaron entre 5.000 y 7.000 miligramos hora, dados durante tres a seis días.

Gunsett, de Estrasburgo, emplea desde hace más de ocho años la técnica de dosis fraccionada en la roentgenterapia del cáncer del cuello uterino. Este autor coloca en la vagina la cámara del dosímetro Hammer, y calcula en 2.000 a 2.500 r la dosis necesaria para este tratamiento, prolongándole durante tres a cuatro semanas y empleando radiaciones producidas por tensiones de 200.000 voltios, bajo filtros de 2 milímetros de cobre, no habiendo inconveniente en asociar a este tratamiento uno curiterápico de 30 a 40 milicuries destruidos. Habitualmente irradia a través de cuatro a seis campos cutáneos, dando 1.500 a 1.800 r por campo en seis días, a razón de 300 r por sesión y 6 r por minuto. Gunsett tiende actualmente a aumentar la dosis por campo, dando 2,4 r por minuto y menos dosis diarias, prolongando aún más la duración del tratamiento. Con esta técnica no llega más que a un ligero eritema. La distancia foco piel elegida por él es de 40 centímetros.

Büben, de Budapest, insiste en los buenos resultados que pueden obtenerse en los casos de neoplasias del cuerpo uterino con los rayos X y el radium combinados, explicándose el tanto por ciento más favorable que se obtiene por la operación por dejarse los casos peores para los medios físicos, pues entre 86 casos operados sólo había entre ellos 13 epitelomas y dos sarcomas, y en todos los otros se trataba de carcinomas. Aun así ha conseguido por operación, después de cinco años, el 42 por 100 de curaciones, y sólo dejando los casos inoperables para los medios físicos consiguió curaciones clínicas de dos años. El autor da una dosis de 2.400 a 3.600 miligramos-hora intrauterinos y 2.000 a 2.400 en la vagina en cuarenta y ocho horas. Inmediatamente aplica la radioterapia sobre un gran campo abdominal y otro dorsal, dando tres cuartos de la dosis de eritema por campo y en tres sesiones.

* *

En otras clases de tumoraciones cancerosas, Hautant y Monod, de París, tratan los epitelomas etmoidorbitarios mediante una amplia resección quirúrgica por vía externa, seguida inmediatamente de curiterapia intracavitaria. La estadística acusa sobre todo largas supervivencias y curaciones momentáneas, habiendo estado curados el 30 por 100 durante más de dos años. La cirugía sola es fatal muy rápidamente.

Coutard, del Instituto del Radium, en París, ha curado con rayos X, después de cinco años de observación posterior, el 21 por 100 entre 60 enfermos. No todos los casos del cáncer de laringe son justiciables, según él, de la radioterapia, siendo difícil diferenciar exactamente la indicación, en competencia con la cirugía. Los cánceres de la cuerda sin infiltración muscular curan fácilmente con la roentgenterapia; los cánceres de la banda ventricular, que casi siempre van acompañados de adenopatías, son más propios para la radioterapia; en cambio, los cán-

ceres de tipo infiltrante, de origen subglótico, que después de haber inmovilizado los músculos invaden los cartílagos, a menos que no sean muy radiosensibles, deben sufrir primero una resección quirúrgica de los cartílagos y músculos infiltrados, y sin necesidad de una extirpación total del cáncer pueden curar luego por radioterapia.

CÁNCER DE LA PIEL

Lo más interesante en este terreno es el tratamiento a que les somete el Dr. Belot, de París, que coincide en absoluto con el modo de proceder de nosotros. Este autor aconseja llevar con la cucharilla la mayor parte de los tejidos neoplásicos, deteniéndose solamente ante el plano de resistencia que indica el límite de los tejidos sanos. Sobre este plano se aplica una fuerte dosis de rayos X medianamente penetrantes (125.000 voltios), sin filtro, dando en una sesión de 15 a 25 unidades H. Si el raspado previo demostró cierta profundidad en la invasión del cáncer, se emplearán radiaciones más penetrantes, producidas por tensiones de 200.000 voltios, con filtros de 0,05 milímetros de cobre y dando dosis de 30 a 35 unidades H. Recientemente contra los tumores vegetantes más voluminosos emplea primero una aplicación penetrante y bien filtrada, dando unas 5.000 r Solomón; ocho días después practica el raspado de las masas vegetantes, aplicando después sobre la superficie cruenta de 4.000 a 5.000 unidades r Solomón, de rayos semi-penetrantes, sin filtros. Su estadística acusa 85 por 100 de curaciones.

La única diferencia de la técnica seguida por nosotros en comparación de la empleada por el Dr. Belot es la de que, en el caso de epitelomas de no muy gran volumen, empleamos la radiación del radium, filtrada por una delgada capa de aluminio, a fin de hacer uso casi de su radiación global. El resultado obtenido por nosotros no puede ser más alentador, pues desde el año 1916 que comenzamos a emplear esa técnica no hemos tenido que registrar un solo fracaso.

CÁNCER DE LA MAMA

En este terreno y aparte de la técnica seguida por el profesor Holfelder, de Frankfurt, de la que trataremos en otra ocasión, por la amplitud que merece, el estado actual de su tratamiento radioterápico y los resultados que con él se obtienen, mencionando únicamente aquellos autores que más se han ocupado de esta cuestión, es el siguiente:

Pfahler, de Filadelfia, en más de 1.000 casos de cáncer de mama ha obtenido la siguiente experiencia, en relación a la eficacia de las irradiaciones. En los casos no irradiados, y en los casos con ganglios sospechosos, obtiene con la operación sólo el 21 por 100 de supervivencias después de cinco años y con irradiación postoperatoria el 53 por 100. Pfahler se muestra partidario de la intervención en caso de operabilidad posible, con irradiación previa si se tocan ganglios y simplemente la irradiación postoperatoria

si no se aprecian ganglios a la exploración. Los casos inoperables es frecuente que se conviertan en operables con una previa irradiación.

Wassink, de Amsterdam, aconseja el tratamiento roentgenterápico postoperatorio, el cual viene practicando desde 1915, cuya eficacia ha podido comprobar de un modo innegable.

Coste, de Lyon, emplea la cirugía y la radioterapia con rayos medianamente penetrantes, sin filtrar, en una sola sesión, en los casos de neoplasia maligna de la mama. Los enfermos a tratar deben corresponder a uno de los tres grupos siguientes: recidivas cutáneas o ganglionares después de operados; cánceres de mama inoperables con ganglios axilares, y cánceres operables, pero con ganglios. En los casos operables practica primero en una sola sesión el tratamiento con rayos medianamente penetrantes y sin filtros, del tumor y de todo el seno, y el mismo día u ocho días después, previa una incisión axilar y extirpación de los ganglios más voluminosos y fáciles, irradiación en las mismas condiciones técnicas, a cielo abierto, en la axila, borde interno del pectoral y parte de la región subclavicular. La herida axilar cicatriza como de ordinario, pero la radiodermatitis de la mama, a que se debe llegar, tarda dos o tres meses. Es de aconsejar que si ocho o diez años después se presenta una radiodermatitis atrófica de la piel de la mama, se aconseje su extirpación para evitar degeneraciones de esta piel, ya que con esta técnica, como el autor recomienda, precisa administrar una dosis que produzca seria radiodermatitis. La mama queda atrófica y su piel sufre con el tiempo trastorno por fuerte atrofia esclerosa.

Nosotros no aconsejaríamos el empleo de semejante técnica, tanto por los inconvenientes que tiene a la larga como por haber en la actualidad técnicas muy perfeccionadas que ponen al abrigo, tanto la piel como la mama, de alteración ninguna.

CÁNCER DEL ESTÓMAGO

En este terreno ya se han hecho progresos evidentes, iniciados hace años, y recientemente ha sido publicado en Strahlentherapie un trabajo del profesor Holfelder, en el cual, e ilustrado con radiografías, refiere el caso de dos enfermos tratados por roentgenterapia y que se hallan curados en la actualidad. Las radiografías son muy demostrativas y hacen ver el retroceso de la tumoración hasta recobrar el estómago su forma normal, desapareciendo las lagunas que indicaban antes la presencia de las masas cancerosas, y siendo reemplazadas por la pared gástrica, vuelta a hacer normal.

Este resultado tan interesante, sumado a todos los expuestos en este sucinto trabajo, permite ver lo que en el porvenir puede esperarse de la roentgenterapia aplicada sabiamente al tratamiento de las enfermedades tributarias de ella.

Diciembre 1931.

LA PSIQUIATRIA EN 1931

POR

A. VALLEJO NAGERA

Profesor de Psiquiatría de la Asociación de Sanidad Militar,
director del Sanatorio Psiquiátrico de San José (Ciempozuelos).

Los complejos problemas estudiados por los investigadores psiquiatras son de tan obscura naturaleza que raramente pueden fijarse jalones definitivos y es frecuente que transcurran muchos años antes de señalarse verdaderos progresos. Y mucho menos en la actualidad, época dedicada a la revisión de la labor que nos dejaron las escuelas clásicas, fase de lucha contra conceptos—tales los de la escuela kraepeliniana—que parecían definitivamente establecidos. Kraepelin sufre rudos ataques por sus sucesores en la cátedra y en la clínica por él fundadas y tiéndese a destruir su magnífica sistemática. Por otra parte, pugnan las escuelas psicológica y neurológica por sumar el mayor número de hechos a favor de sus hipótesis, sin que los filósofos quieran abandonar la presa que habían retenido durante siglos.

Sirva nuestro breve exordio de disculpa sincera al presente trabajo, redactado por cariñosa, pero tiránica imposición del querido amigo que tenemos por redactor jefe, espléndido en conceder una semana para escudriñar en nuestro archivo y destacar aquellos hechos de mayor importancia en la especialidad. Y valga también lo dicho para justificar la imposibilidad de atenerse estrictamente al estudio de los progresos de la Psiquiatría en el año que agoniza, clasificación cronológica incompatible con el desarrollo de la investigación psiquiátrica.

Grandes dificultades ofrece en Psiquiatría la labor selectiva, y con ella hemos tropezado los encargados de exponer los progresos de la especialidad en los cursillos de «Innovaciones recientes en Medicina», instaurados por la Academia Médico-Quirúrgica Española. Por eso los conferenciantes nos hemos limitado al estudio de tres o cuatro puntos de los que puedan tener mayor importancia para el médico general.

Los resultados terapéuticos en la parálisis general, mediante la paludización y otros tratamientos, están reconocidos universalmente, como lo resalta Sacristán (1) en su interesante disertación. El mismo autor expone en cortos párrafos el método de la *terapéutica de ocupación*, según Simón, en la que caben toda suerte de trabajos corporales y mentales, desde empujar una carretilla hasta la simple conversación o el juego de cartas. Las ventajas de esta terapéutica han sido comprobadas por cuantos tenemos a nuestro cargo establecimientos manicomiales, y en la actualidad hállase instalada, sin excepción, en los frenocomios bien organizados. En el año corriente tuvimos el honor de ocupar la tribuna de la Academia con idénticos fines y nuestra conferencia versó en primer término sobre las *psicosis sintomáticas* (2), ocupándonos de las gripales, de las de la anemia perniciosa y de las saturninas, como ejemplo de las

reacciones patológicas del organismo a las infecciones, hemopatías e intoxicaciones. La *ventriculografía* tiene en Psiquiatría ciertas aplicaciones para estudiar en el vivo las psicosis orgánicas y las alteraciones de los ventrículos cerebrales y sus relaciones con los espacios subaracnoideos, particularmente en algunas enfermedades que, cual la epilepsia, se tenían por idiopáticas.

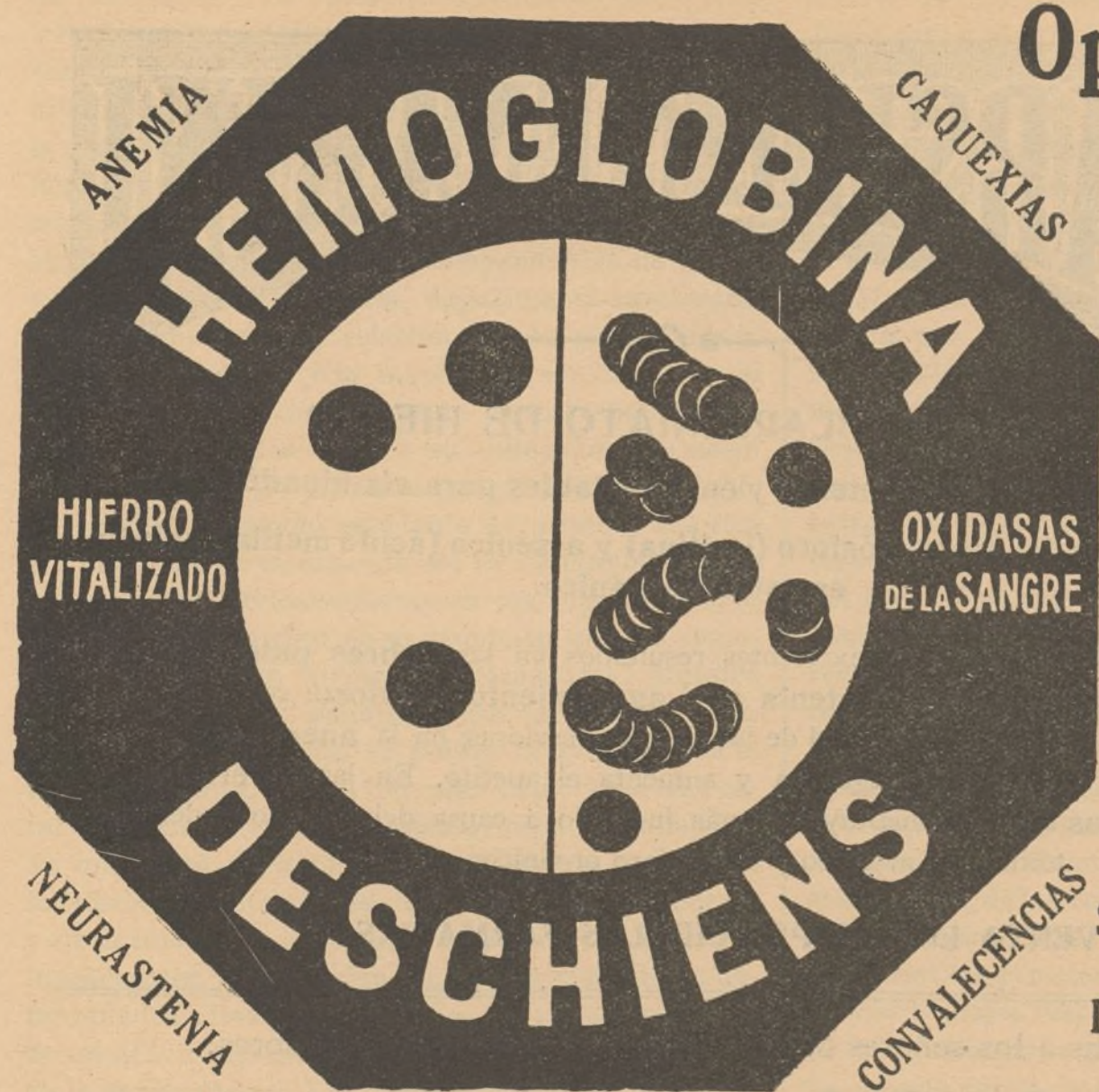
La *simulación de las enfermedades mentales* es una superchería clínica que sólo pueden perpetrarla con éxito los individuos tarados psíquicamente, y sobre sus modalidades nos extendemos en una monografía (5).

El tema *epilepsia* ha sido tratado por Sanchís, L. Aydillo, Vallejo Nágera y Villaverde (3) en sus aspectos patogénico, hereditario, terapéutico médico y quirúrgico respectivamente. Nada nuevo aportan los autores mencionados, si bien son de señalar las investigaciones de los dos primeros, comprobatorias del carácter hereditario recesivo de las enfermedades comiciales. La necesidad de la asociación medicamentosa en la epilepsia es una conclusión de alto interés práctico, y también la inseguridad de los resultados de las intervenciones quirúrgicas en la epilepsia esencial.

La constitución en Psiquiatría es uno de los problemas que arrastran mayor número de entusiasmos, y los investigadores efectúan esfuerzos muy laudables por llegar a conclusiones indiscutibles. Sacristán (4) estudia detenidamente la cuestión y admite que la constitución es la propiedad del organismo expresada en el modo de reacción frente a los estímulos y en la disposición a la enfermedad. Para el psiquiatra ocupa el primer plano la faceta psíquica de la constitución, y la somática solamente cuando la última determina la conducta psíquica. La influencia hereditaria (genotipo) es de importancia decisiva para la evolución psíquica del individuo (actitud y conducta frente al mundo circundante). El influjo del medio queda condicionado por la herencia.

Lo que debe ser un manicomio provincial nos lo explica Lafora (6) en un interesante trabajo resumen de su experiencia. Se pronuncia contrariamente a la megalomanía en los gastos de construcción y expone interesantes puntos de vista, algunos coincidentes con los nuestros, en pleno desarrollo práctico, aunque el autor todavía los considera como un ideal en España.

Preocupados los franceses de la fenomenología clínica, no penetran como otras escuelas extranjeras, principalmente la alemana, en las raíces biológica y psicológica de las psicosis. Dos trabajos muy importantes, de Gillespie (7) y Schröder (8), respectivamente, están dedicados a señalar las claras diferencias que existen entre la *depresión endógena* y la *exógena*. La depresión endógena—una de las fases de la psicosis maníacodepresiva—radica más bien en una ausencia de afectividad o en una anulación de la reactividad afectiva, estado bien distinto del de tristeza prolongada que se observa, por ejemplo, en



Opoterapia Hemática

Total

JARABE y VINO de
DESCHIENS

à base de Hemoglobina

contienen intactas las Substancias
Minimales de la Sangre total

MEDICACIONES RACIONALES DE LOS

Síndromes Anémicos

y de las

Decadencias Orgánicas

DESCHIENS, Doctor en Farmacia, 9, Rue Paul-Baudry, Paris (8^e) — Agente para España : J. G. SALINAS, 2, Calle Sagüés, Barcelona

ESTAFILASA del D^r DOYEN

Solución concentrada,
inalterable, de los principios
activos de las levaduras
de cerveza y de vino.

Tratamiento específico contra las Infecciones Estafilocócicas : **AGNÉ, FORUNCULOSIS, ANTRAX,** etc.

Solución coloidal
fagógena
polivalente.

MICOLISINA del D^r DOYEN

2 FORMAS:
MICOLISINA BEBIBLE
MICOLISINA INYECTABLE

Provoca la fagocitosis, evita y cura la mayor parte de las **ENFERMEDADES INFECCIOSAS**

NEURASTENIA
ANEMIA
CONVALENCIAS

Vino de Bugeaud

Tónico-Nutritivo,
con Quina
y Cacao.

Actúa por la Teobromina y por los Alcaloides de la Quina

Comprímdos compuestos de Hipófisis
y Tiroides en proporción prudencial,
de Hamamelis, Castaña de India
y Citrato de Sosa.

Venosina

Tratamiento específico completo de las **AFECCIONES VENOSAS**

PARIS, P. LEBEAULT & C^{ie}, 5, Rue Bourg-l'Abbé
POR MENOR : PRINCIPALES FARMACIAS.

Ayuntamiento de Madrid

METARSILE MENARINI

FOSFO-METILARSENIATO DE HIERRO

En forma elixir para uso interno y en inyectables para vía hipodérmica.

Contiene, además del hierro, fósforo (lecitina) y arsénico (ácido metilarsenioso) en estado orgánico.

El fosfo-metilarseniato de hierro da excelentes resultados en las **fiebres palúdicas** y en sus consecuencias; en la **neurastenia** y el **agotamiento nervioso**; corrige la deficiente cantidad y defectuosa calidad de las fuerzas nerviosas; en la **anemia** y en la **clorosis** despierta la función digestiva y aumenta el apetito. En las **enfermedades de los niños** es el reconstituyente más indicado á causa del mínimo poder tóxico del arsénico y del fósforo orgánicos.

DE VENTA EN LAS PRINCIPALES FARMACIAS

Muestras gratis á los señores Médicos que las soliciten á los señores:

J. URIACH y C.^a, S. A. — Apartado 632.—BARCELONA

ESTOMAGO

Sal de Hunt

Laboratoires Alph. BRUNOT
PARIS

Muestras y Literatura
Juan Martin, Alcala 9 MADRID

Terapeutica Cacodilica Intensiva é Indolora

CYTO-SERUM

A BASE DE CACODILATOS ALCALINOS
Una Inyección intra-muscular cada dos dias

*Poderoso Estimulante
de la Hematopoyese y de la Fagocitosis*

**GRIPE
TUBERCULOSIS
PALUDISMO
NEOPLASMA
NEURASTENIA
CONVALESCENCIAS**

Contra toda alteración de la sangre
Contra las enfermedades infecciosas
Contra las caquexias de todo origen

Solicítense Muestras Gratis

Agente Gen. para España: **FERNAND BEJAR, 20, RUIZ PERELLO, MADRID (9)**

EN
AMPOLLAS
5
CENTI-
CUBOS

EN
AMPOLLAS
5
CENTI-
CUBOS

los psicópatas. Los episodios distímicos, endógenos y de breve duración que se observan en los epilépticos no poseen los caracteres de la verdadera melancolía y deben separarse de este síndrome. Distingue la depresión endógena de la exógena que en la última varía la situación afectiva con las mutaciones momentáneas del contenido afectivo, mientras que en la primera muestra gran independencia de las vivencias y representaciones, experimenta raros cambios y apenas guarda relación con la personalidad.

La menopausia y la involución son fases de la vida propicias a que florezcan psicosis, habiéndose negado por muchos autores su independencia nosológica. Boumon (9) y Jacobi (10) se han ocupado de este asunto, habiendo estudiado el primero una forma incurable de *melancolía de la involución* que se observa casi exclusivamente en los manicomios, y que Medov, en virtud de su evolución clínica, denomina «melancolía involutiva fosilizante». Muestra este síndrome gran semejanza con los estados esquizofrénicos, pero jamás se pierde la relación con el medio ambiente. Señala Bouman como síntomas característicos el encapsulamiento de la personalidad en una serie de hábitos inmutables, la repulsa de toda suerte de novedades, la extinción de la energía y de la iniciativa, el empleo impulsivo de palabras incoherentes, la ejecución imperiosa y servil de determinados actos y movimientos, síntomas derivados de un déficit que afecta los componentes superiores de la personalidad. Las melancolías involutivas representan para el autor una especie de estado mixto entre las depresiones simple y las de origen cerebral orgánico, particularmente las arterioesclerosas. Los síntomas hipocondríacos y los rasgos paranoides fuertemente acusados tienen mala significación pronóstica. Jacobi opina que los factores patogénicos no han de buscarse en la menopausia ni en la involución, pues solamente tienen el carácter de ocasionales, predisponentes o reforzadores. Mencionaremos entre los casos raros uno de melancolía alternante con vitiligo—Paahons y Dérévici (11)—; una psicosis maníacodepresiva entre cuyas fases se intercalan accesos de fiebre del heno—Sandril (12)—, y uno de pelegra aguda coincidente con una ciclofrenia—Roberts (13)—. En el tratamiento de la psicosis maníacodepresiva hay que señalar escasos adelantos, pareciendo haberse obtenido buenos resultados con la narcosis de Klaessi, mediante el sulfonal. Paulian cree disminuir la intensidad y duración de las fases agudas mediante la paludización. Stranski recomienda el empleo sistemático de la opoterapia y de la proteinoterapia. Reiter opina que deben abandonarse el opio y el bromo y substituirlos por una mezcla de cannabiol y luminal. Seige nos informa de buenos resultados con la autohemoterapia, tratamiento que nos ha fracasado a la inmensa mayoría de los clínicos.

La patopsicología de las *enfermedades esquizofrénicas* se aclara cada día, contribuyendo a ello los trabajos de la escuela alemana, principalmente con

motivo de la discusión de las famosas ponencias de Berze y Gruhle. Todavía hay que señalar la publicación del libro de C. Schneider (14) sobre «Psicología de la esquizofrenia», obra donde el autor pretende establecer las leyes psicológicas del síndrome esquizofrénico, tomando como modelo el sueño en virtud del dinamismo que adquieren las vivencias durante el proceso onírico. La división de las enfermedades esquizofrénicas en demencia precoz y esquizosis, propuesta por Claude, ha tenido mediana aceptación fuera de la escuela francesa (15). En cambio, los alemanes tienden a variar la división de los síntomas esquizofrénicos en fundamentales y accesorios. Mayer-Gross indica hasta siete clases de síntomas esquizofrénicos primarios, que divide en tres grupos: Trastornos de la ideación y alucinaciones, perturbaciones del «yo», y trastornos de la afectividad e interpretación consciente delirante. La influenciabilidad de los *síndromes orgánicos cerebrales* por componentes afectivos o situaciones psíquicas comienza a explicarse gracias al estudio de los casos de encefalitis, enfermedad donde los factores afectivos pueden influir favorablemente sobre los trastornos psíquicos causados por graves lesiones cerebrales. Precisamente la observación de los casos de encefalitis demuestra que deben considerarse como síntomas esquizofrénicos primarios los psicomotores catatónicos.

Los trabajos respecto a *particularidades clínicas de la esquizofrenia* pueden contarse por centenares. La muerte súbita de los catatónicos ha preocupado a Schidegger (16). Observa un síndrome muy semejante al del delirio agudo, de una a dos semanas de duración: la confusión con delirio y la angustia impulsiva acompañada de agitación motriz son síntomas típicos del síndrome y ambos de mala significación pronóstica. Debemos a G. Müller (17) la interesante observación de dos muchachas cuyo cuadro psicótico tan pronto ofrecía los caracteres de la esquizofrenia como los de la psicosis maníacodepresiva, remitiendo los síntomas a continuación de un ataque epiléptico. Jablonski se ha ocupado de las tan discutidas *relaciones entre la epilepsia y la esquizofrenia*. Opina que los ataques epilépticos jamás son de origen esquizofrénico y que cuando se observan tales ataques en el curso de una esquizofrenia hay que pensar en una coexistencia de ambas enfermedades o en que la epilepsia ha preparado el terreno para que se desarrolle una esquizofrenia. Bajo la denominación de *esquizofrenia sintomática* nos describe Frank (18) una serie de cuadros psicóticos, presentados en relación más o menos inmediata con una enfermedad infecciosa, de tipo amencial, pero cuyo curso aparece matizado de cuando en cuando por marcados rasgos esquizofrénicos o ciclofrénicos. En todos los casos hubo remisión completa y definitiva.

De los trabajos sobre *herencia de la esquizofrenia* merece mencionarse el de Bieuler (19), quien cree observar que la esquizofrenia de los individuos no tarados genotípicamente suele ser una enfermedad de curso rápido, de presentación prematura y con

tendencia a la demenciación. Prepsicóticamente no pertenecen tales individuos al tipo esquizoide; más bien se trata de personas de afectos perezosos y de configuración displásica. En cambio, son propias de los tarados las esquizofrenias de curso leve. Apenas se observa la demencia final esquizofrénica en varios individuos de la misma familia; ni la presentación familiar del estado final.

Las relaciones entre la esquizofrenia y la tuberculosis han motivado trabajos de Luxemburger, Valdés Lambea y Vallejo Nágera, sin que puedan generalizarse las conclusiones formuladas. Kostatin cree haber comprobado que los sobrinos y sobrinas de los esquizofrénicos muestran mayor predisposición a la tuberculosis que los sobrinos y sobrinas segundos. Aconseja que no tengan sucesión los hermanos y primeros hermanos de los esquizofrénicos marcadamente extravagantes, consejo que no fundamenta suficientemente.

En el tratamiento de la esquizofrenia pocos progresos pueden señalarse. Los medios piretógenos desplazan a la malarioterapia, habiendo encontrado gran aceptación las emulsiones de azufre. Los resultados obtenidos por Reiter (20) con las sales metálicas, no confirmados plenamente por Vallejo Nágera (21), discútese por otros comunicantes. Reiter observa buenos efectos reconstituyentes con los extractos hepáticos usados en el tratamiento de la anemia perniciosa. Tramer emplea hormonas heterosexuales en los esquizofrénicos hipersexuales; otros autores comunican que algunos casos se han modificado favorablemente con preparados tiroideos y paratiroideos. En nuestra clínica inyectamos tiroidina intravenosa y observamos las modificaciones producidas en el metabolismo basal y en el cuadro psíquico, notándose que el primero tiende hacia la normalidad cuando mejora el segundo, sin que todavía podamos establecer conclusiones definitivas. La psicoterapia de la esquizofrenia ha sido encauzada por Kretschmer (22), quien aconseja no usar el tono autoritario ni el trato duro. La compleja dinámica afectiva del esquizofrénico reclama gran delicadeza por parte del psicoterapeuta, que no debe empeñarse en vencer con dureza la terquedad negativista de estos enfermos. Jamás debe emplearse el psicoanálisis en una fase aguda esquizofrénica, por mucha que sea la importancia desencadenante de las vivencias eróticas o religiosas («catanofia del noviazgo»). Hay que cultivar las parcelas sanas de la psique del esquizofrénico, a cuyo objeto es muy apropiada una ortopedia de la psicomotricidad y de la conducta social mediante la terapéutica de ocupación. No podemos olvidar que en varios trabajos se indican las ventajas de *alta precoz* en la esquizofrenia, pues obran muy favorablemente sobre las complicaciones psicogenéticas.

El delirio crónico en todos los tiempos ha reclamado la atención de psicólogos y clínicos; pero los puntos de vista experimentan continuas variaciones, particularmente el nosológico. El concepto kraepeliniano de la *paranoia* pierde terreno y hoy no se ha-

bla de una enfermedad, sino de una reacción, comprensible psicológicamente y que radica en la estructura caracterológica (23). Las *parafrenias* de Kraepelin son muchos los autores contemporáneos que las califican de formas leves de esquizofrenia.

Señálase un incremento en los trabajos dedicados a la interpretación psicológica y anatomopatológica de los *síntomas psíquicos postencefalíticos*. La hiperfrenia y bradifrenia postencefálicas habían sido estudiadas anteriormente, trabajos revistados por Stern (24), quien trata de localizar anatómicamente los trastornos, y por Bostroem (25), autor que formula la idea de que todos los cuadros psíquicos postencefalíticos se deben a una perturbación de los procesos volitivos. Las *psicosis atípicas de la encefalitis* adquieren en la actualidad gran importancia clínica, han sido estudiadas por Wimper en abundante material de enfermos, y se discute su identidad con los procesos esquizofrénicos. Tales psicosis atípicas presentan una sintomatología semejante a la de otras alucinosis crónicas y están matizadas por una serie de síntomas esquizofrenoides que les prestan gran semejanza con el grupo de las parafrenias.

El tratamiento de la encefalitis crónica y del parkinsonismo postencefálico reclama la atención de numerosos clínicos, sin que los numerosos ensayos permitan vislumbrar un pronóstico más optimista. Fleck (26) y Stempler confirman los buenos resultados conseguidos por Kleemann con la atropina a dosis masivas, habiendo propinado hasta 30 miligramos de atropina diarios. Otros autores conceden ventaja al estramonio sobre la atropina y la hioscina, atribuyendo los efectos a un alcaloide desconocido que se encuentra en las hojas de estramonio. Muchos clínicos hemos visto frustradas las esperanzas que nos habían hecho concebir las comunicaciones sobre los efectos de la harmina, efectos inconstantes y que varían mucho con los enfermos y con los investigadores. Fuchs ha ensayado la dieta cetógena, con mejoría en cuatro de seis casos. La roentgenoterapia ha fracasado rotundamente en la postencefalitis.

Bibliografía.

- (1) Sacristán: Progresos recientes de la Psiquiatría, cap. XII de Innovaciones recientes de la Medicina. Morata, Madrid 1931.
- (2) Vallejo Nágera: Progresos recientes de la Psiquiatría, EL SIGLO MEDICO, 1931.
- (3) Sanchis Banús, López Aydillo, Vallejo Nágera y Villaverde: Epilepsia, *Ann. de la Ac. Méd. Quirúrg. Esp.*, XVII 1929 30.
- (4) Sacristán: Constitución en Psiquiatría, *Ann. de la Ac. Méd. Quirúrg. Esp.*, XVIII, 1930 31.
- (5) Vallejo Nágera: Síndromes mentales simulados. Edit. Labor. Barcelona, 1930.
- (6) Lafora: Lo que debe ser un manicomio provincial, *Arch. de Neurobiología*, 1931.
- (7) Gillespie: The clinical differentiation of types of depression, *Guy's Hosp. Rep.*, 79, 1929.
- (8) Schröder: Stimmung und Verstimmungen, Leipzig, 1930.

- (9) Boumann: Involutionen und präsenile Psychosen, *Psychiatr. en Neurol. Bladen*, 1929.
- (10) Jakobi: Die Psychosen im Klimaterium und in der Involution, *Arch. f. Psychol.*, 1930.
- (11) Parhon y Derevici: Sur un nouveau cas de mélancolie associé au vitiligo, *Boull. Soc. Roum. Neurol.*
- (12) Sandri: Un caso di alternanza tra asma da fieno e psicosi maniaco-depressiva, *Riv. Pat. Nerv.*, 1929.
- (13) Roberts: Acute pellagra with a manic depressive psychosis developing after a five year pre-pellagrous period, *Med. Clin. N. Amer.*, 1929.
- (14) Scheneider: Die psychologie der Schizophrenie und ihre Bedeutung für die Klinik der Schizophrenie. Leipzig, Thieme, 1930.
- (15) Ewald: Schizophrenie, *Fortschr. d. Neurol. Psychiatr.*, etc., 1931.
- (16) Scheidegger: Katatonische Todesfälle in die psychiatrisch von Zürich, von 1900 1928, *Z. Neurol.*, 1929.
- (17) Müller: Anfälle bei schizophrenen Erkrankungen, *Allg. Zschr. Psychiatr.*, 1930.
- (18) Frank: Symptomatische Schizophrenien, *Arch. f. Psychiatr.*, 1930.
- (19) Bleuler: Vererbungsprobleme bei Schizophrenia, *Z. Neurol.*, 1930.
- (20) Reiter: Die bisherigen Ergebnisse der Versuche mit Metallsalzbehandlung nach Walbum bei Dementia procox, *Psychiatr. Neurol. Wochenschr.*, 1929.
- (21) Vallejo Nágera: Clínica y laboratorio, 1931.
- (22) Kretschmer: Psychotherapie der Schizophrenie und ihrer Grenzzustände. Informe al Congreso de Psicoterapia, 1929.
- (23) Kolle: Paraphrenie und Paranoia und Forschungs bereicht, *Fortschritte d. Neurol. Psychiatr.*, etc., Agosto, 1931.
- (24) Stern: Psychische Störungen nach Enzephalitis, *Allg. Z. f. Psychiatr.*, 1930.
- (25) Bostroem: Die psychischen Folgeerscheinungen der epidemischen Enzephalitis, *Allg. Z. f. Psychiatr.*, 1930.
- (26) Fleck: Fortschritte bei Enzephalitisbehandlung, *Fortschr. Ther.*, 1930.

Modernas orientaciones en la asistencia psiquiátrica

POR

PEDRO A. NOUVILAS

De la Clínica Manicomial de Ciempozuelos.

Intensa trascendencia ha de tener el decreto del mes de Julio próximo pasado que modifica todo lo dispuesto en la admisión y salida del enfermo mental en los establecimientos psiquiátricos, dándoles mucha mayor elasticidad. Es el primer paso, firme y definitivo, para la reorganización de la asistencia en su totalidad. Es lo sucesivo no podrán ser argüidas trabas de la legislación; la responsabilidad técnica del médico aumenta notablemente; se hace preciso orientar los manicomios en un sentido hospitalario, y es de temer que falte de momento personal técnico poseyendo el sentido de la hora actual. Y es que España va en estos estudios con un atraso de medio siglo, muy difícil de subsanar y saltarlo graciosamente.

Como expuse en una conferencia en la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao no ha mucho (1), y bueno es repetir algunos conceptos a los cuales no se les da la debida importancia, la asistencia manicomial ha sido superada hace tiempo por poco científica, y sobre todo por antieconómica. Efectivamente, con gran acierto se ha dispuesto recientemente por la Dirección general de Sanidad una intensificación de la estadística referente a esta clase de enfermos, base indispensable para todo lo que represente transformación de los servicios existentes e institución de los nuevos; no hace falta ser profeta para prever que el primer resultado será muy incompleto por referirse al principio casi exclusivamente a los individuos que reciben actualmente tratamiento en reclusión, y este es tan variable según las diferentes provincias, que depende no del número de enfermos que existen, sino exclusivamente de las camas que está dispuesta a sostener la corporación provincial, moviéndose entre límites de la mayor disparidad; así observamos que está todavía por demostrar (aunque probablemente es cierto, pero no en la medida que aparece), por ejemplo, que provincia como Navarra tuviera una enfermería mental del 16,5 por 10.000 habitantes, mientras Albacete poseyera el 0,5 (2); esta diferencia tan exagerada consiste en que Navarra facilita el inmediato ingreso del que lo necesita, mientras Albacete, probablemente, no dispondría más que de cantidades exiguas en presupuesto para la atención de esas necesidades; es más, actualmente en Navarra ese coeficiente ha aumentado de manera notable y es todavía inferior en mucho a los enfermos existentes en dicha región. A mayor abundamiento, puede predecirse que conforme se mejoren las condiciones de los manicomios, se creen nuevos y se acrediten, desapareciendo su mala fama, frecuente y dolorosamente muy merecida, el número de los que soliciten asistencia crecerá de modo alarmante y desde luego llegará a pasar del 20 por 10.000 de la población total de la nación; es decir, alcanzará la cifra de 50.000 la de personas que pesarán directamente, en más o en menos, sobre los presupuestos de las corporaciones públicas, que a un término medio de dos pesetas diarias de gastos (suponiendo que muchas paguen parte de la pensión y la realidad sería muy superior a todas estas cuentas echadas por defecto) da una cantidad de 35 millones de pesetas anuales, cifra que no resuelve el problema más que de modo parcial y que habría que incrementarse con gran número de millones, más imprescindible cada día, que hay que proveer para la ineludible obligación de construir manicomios nuevos y mejorar los pocos existentes, algunos de ellos verdaderamente inhumanos. Todo esto quiere decir que hay que construir modestamente y buscar otros medios complementarios al manicomio

(1) 27 Marzo del año actual, publicada en la *Revista Clínica de Bilbao*, Marzo 1931, y que temo haya caído en el mayor vacío, no obstante su oportunidad.

(2) Notas tomadas del libro del Dr. Busquet, «La asistencia de los psicópatas en Suiza, Alemania y Francia», 1927.

que unan a su mayor eficacia la economía, y que es error indisculpable planear, como se hizo en estos últimos años en varios sitios, establecimientos grandiosos, orientados con una dirección equivocada y cuyo sostenimiento sería sumamente oneroso.

Pero mucho es de temer que por ahora no nos sea posible prescindir del período de manicomio, atravesado por todos los pueblos que se han preocupado de la asistencia al pobre demente. Así nos lo dice la Historia si la repasamos en gran síntesis, pues si prescindimos de la época en que no se le asiste, podemos admitir tres períodos distintos: el primero, o de asilo, es el de la caridad, iniciado en España por Juan de Dios y el padre Xofre; por amor al prójimo se recoge al loco, y a expensas de la caridad pública, con ayuda de algunas entidades oficiales, se le procura vida sosegada y atiende en sus necesidades más perentorias. Un paso más y llegamos al segundo período, al manicomio, donde ya se plantea el problema médico del tratamiento del enfermo como tal enfermo mental, y unos cuantos hombres de ciencia se dedican a su estudio y exploración; es ya obligación de la beneficencia pública y culmina con Esquirol en el asilo de Charenton. Insensiblemente también se va pasando al período tercero, al de la clínica o universitario, que tiene su origen en la escuela de Illenau con Schuele y Kraft-Ebing; el enfermo no es objeto limitado del trabajo de unos cuantos, sino que sirve para las investigaciones del estudiante y del público médico; su desarrollo mayor lo alcanza con Kraepelin en Munich, que da la clasificación que todavía se sigue en la mayor parte del mundo culto y aprovecha para el estudio no sólo la clínica, sino la actividad de los laboratorios clínico, psicológico y de anatomía patológica. La Psiquiatría se ha hecho mayor de edad, los límites del manicomio y la clínica le son estrechos, precisa mayor campo de acción y lo busca en una organización más completa. Mientras en nuestro país no varíen los métodos de enseñanza de la especialidad, desgraciadamente no nos podemos hacer grandes ilusiones de su porvenir: no habrá más cultura en ella que la que proporciona en algunas asignaturas el estudio del sistema nervioso, dejado a las prisas del final de curso.

No es de extrañar que, aun en el mundo médico, predomine el engañoso concepto de la incurabilidad de la locura (muchacha culpa del abandono en que se le tiene), cuando en realidad se puede curar y con gran frecuencia se consiguen sorprendentes remisiones completas en varios síndromes, que duran muchos años y hasta el resto de una dilatada vida; otras veces incompletas, que son compatibles en determinadas condiciones con la vida social. A obtenerlas, pues, deben tender todos los esfuerzos, sobre todo en lo que respecta a la esquizofrenia, clave del problema técnico, porque en números redondos por sí sola constituye el 50 por 100 de los ingresos y dos terceras partes de las estancias, toda vez que suelen ser los enfermos manicomiales de vida más dilatada. Esto quiere decir que todo lo que se gaste en ello es

rápíamente remunerador y habrá que buscar a todo trance tanto la curación, o al menos la remisión del síndrome, cuanto el acortamiento de la duración de su permanencia en el manicomio. Y para esto es preciso una organización, que consiste en: 1.º, el hospital psiquiátrico, para agudos, con sus anejos indispensables, dispensario y asistencia social, aquél con todos los medios médicos necesarios y construido de modo que sea posible aplicar los postulados más esenciales, como son el *not restraint* y el *open door*, conocidos desde Gardiner Hill y Conolly; es decir, proscribir todos los medios coercitivos e implantar un régimen de amplia libertad dentro del establecimiento, evitando todo lo que pueda parecer reclusión, así como la aplicación tan pronto como sea posible de la terapéutica por el trabajo, en que reside actualmente el arma más eficaz contra el autismo, etcétera. El dispensario es imprescindible para poder tratar y vigilar médicamente buen número de enfermos, que así evitan acumularse en la clínica, y como complemento funciona el servicio social, que debe desempeñar múltiples cometidos (y facilita las altas precoces), como son: visitar al enfermo a domicilio, vigilar la práctica del tratamiento a que está sometido, estudiar el medio familiar en que vive o ha de vivir, convencer a la familia, compañeros y patronos en que no hay peligro alguno en su convivencia, buscarle colocación, comprobar antecedentes, vigilancia de los enfermos posiblemente antisociales, estudiar los medios colectivos (escuelas, talleres, fábricas, cuarteles, etc., etc.), así como siempre estará bajo la alta dirección médica, se compondrá de personal heterogéneo, médicos, enfermeros y enfermeras, damas y caballeros visitantes, unos a sueldo, otros gratuitos.

El segundo establecimiento es la Colonia de Trabajo, dispuesta para los crónicos, comprendiendo a los enfermos incurables, los que padecen síndromes prolongados y aquellos que por causas especiales no pueden abandonar en plazo breve el hospital; su principal misión es hacer trabajar al enfermo con múltiple objeto: el de menor importancia, procurar ingresos que ayuden al sostenimiento de la institución, y el principal el terapéutico; es indudable que el enfermo que se ocupa en algún trabajo presenta un aspecto muy distinto al abandonado a sí mismo y la enfermedad sigue un curso mucho más favorable. Así pues, conviene montar toda suerte de talleres y medios de ocupación, en relación con las habituales profesiones según las regiones, dando frecuente predominio a las labores agrícolas en los países rurales, y siempre a la jardinería y la huerta, que suelen despertar especial interés en estos enfermos, siendo desde luego muy conveniente asignar un pequeño jornal a todo trabajador, que sirve para satisfacer pequeños caprichos y fomenta la sensación de la utilidad inmediata en el trabajo. Ni aun los encamados conviene que permanezcan ociosos, sin que se tenga en cuenta más que de un modo secundario el rendimiento económico; hay enfermo que, lejos de

servir de lucro para el establecimiento, no gana el modesto jornal o los suplementos en el trato ordinario que se le da.

El tercer establecimiento es el asilo; casi no vale la pena detenerse en él; a él irán a parar todos aquellos que por su demencia o deterioro orgánico no sean aptos para la vida social, si bien tampoco deben ser abandonados a su suerte, prescindiendo de toda terapéutica activa, por limitada que haya de ser. Puede constituir una dependencia, con separación rigurosa, de la colonia, constituyéndose entonces los asilos-colonias.

Respecto a emplazamiento, así como el asilo y la colonia pueden y aun conviene que estén situados en el campo, a condición de ser fáciles las vías de comunicación, el hospital es indispensable se sitúe en la población, ya que su principal campo de acción ha de consistir en el dispensario y consultorio y debe estar en íntima dependencia con la vida del exterior.

Oficialmente existe también en todos los países, y España no ha sido el último en crearla, la Liga de Higiene Mental, que independientemente por nacionalidades guardan relaciones estrechas unas con otras. Su campo de acción es vastísimo, y es de esperar que cada día consiga interesar a más gente en su cometido para ayudarle en la consecución de sus altruistas fines, que poco a poco irá viendo realizados, como ya ha logrado la modernización del reglamento de dementes.

En fin, estimo que el problema, de no tenerlo sin abordar como hasta ahora, es de tal importancia social y pública, que vale la pena de meditarlo atentamente, con ánimo de resolverlo a favor del enfermo y de la Hacienda conjuntamente, pues jamás deben ser incompatibles.

Madrid, Diciembre de 1931.

La oftalmología extranjera durante el presente año

POR EL

DR. MARTIN RENEDO

Jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital Militar de Madrid-Carabanchel.

La Redacción de EL SIGLO MEDICO, atenta a que a sus numerosos lectores llegue rápida y claramente todo progreso médico, ha tenido la idea, que juzgamos muy útil, de publicar un resumen periódico comentado de los avances oftalmológicos que más interés puedan ofrecer para el médico práctico, siendo éste el cometido que vamos a iniciar con estas líneas, estudiando someramente lo más saliente aparecido en las lenguas alemana y francesa en el primer semestre del año que corremos.

Si atendiendo al fin perseguido pensamos en el médico general y en el especialista que por causas diversas no dispone de revistas de la especialidad, estará justificado que prestemos atención preferente a los problemas más prácticos. Este carácter tiene, por ejemplo, el trabajo de Schlesinger sobre

TRATAMIENTO DE LOS ORZUELOS POR EL CINC

De antiguo se ha empleado este medicamento al interior contra la tenia y los ascárides y en Oftalmología en las opacidades corneales, habiéndose después abandonado por completo, para pasados muchos años de silencio reaparecer recomendado por los médicos franceses en la forunculosis y piodermitis por haber observado que los trabajadores de las fábricas en que se maneja este producto no padecen forúnculos y como lógica deducción de las experiencias de Gregoire y Frauin, que demostraron que el metal paraliza *in vitro* el desarrollo de los estafilococos blanco y dorado.

Apoyándose en estas enseñanzas, la industria alemana, a instigación de Grosser, ha lanzado al comercio un preparado de cinc en forma de tabletas, el «Hordostan», que contiene un tercio de metal activo y una pequeñísima cantidad de oxidulo de cinc, producto que, según afirma, da buenos resultados en el orzuelo.

La literatura oftalmológica apenas si se ocupa de esta enfermedad, que suele curar en pocos días aplicando calor húmedo o seco y aun sin tratamiento alguno, y que por su benignidad no se presta a serios estudios, cayendo más bien en el campo de la pequeña oftalmología del dominio del médico general.

Sin embargo, para el que sufre de orzuelos recidivantes resulta, además de doloroso, muy molesto, no dejando de suponer un trastorno en sentido social al obligar al paciente a suspender durante una o dos semanas la ocupación habitual, sobre todo si se trata de profesiones que se relacionan directamente con el público.

El efecto de las tabletas administradas—dos, tres veces al día—se traduce en una rápida reabsorción del orzuelo que no dura así más que dos o, a lo sumo, tres días. Para procurar evitar las recidivas es aconsejable el continuar tomando las tabletas durante dos o tres semanas.

Es muy posible que la misma beneficiosa acción lograda en las afecciones estafilocócicas pueda obtenerse en algunas conjuntivitis de causa indeterminada.

En todo caso la sencillez e inocuidad del tratamiento aconseja su ensayo para determinar en definitiva sobre su eficacia.

Un segundo tema que, sin perder la actualidad, sigue ocupando la atención de los oculistas por su gravedad e importancia es

EL TRATAMIENTO DEL DESPRENDIMIENTO DE RETINA

Posiblemente el interés oftalmológico máximo del último decenio corresponde a la terapéutica propuesta por el profesor Gonin para el desprendimiento seroso de la retina.

Ensayado por gran número de prácticos que han aportado modificaciones al método y llevado a la perfección posible el siempre delicadísimo tiempo de la localización del asiento del desgarro de la retina, comienza en este semestre a sufrir ataques la opinión

optimista, hasta este momento dominante, haciéndonos temer pueda perderse o aminorarse notablemente la ilusión que habíamos concebido de poder curar hasta el 40 por 100 y más de los desprendimientos serosos.

La concepción patogénica y terapéutica de Gonin es, en resumen, la siguiente: por procesos degenerativos de retina desarrollados de preferencia en la periferia y por alteraciones de vítreo con formaciones fibrilares que pueden ejercer una tracción sobre aquella membrana, se produce un desgarro retinal, debido al que se establece una vía de comunicación entre los espacios pre y retrorretinal. Por lo tanto, será condición indispensable para la curación el ocluir esta vía patológica, bien haciendo que el orificio se rellene por un tejido cicatricial o bien logrando que los bordes del desgarro se adosen y adhieran a la coroides subyacente.

Amsler, docente de la clínica de Gonin, hace un completo estudio del problema, concediendo a los detalles la suma importancia que tienen al intentar la curación de afección tan grave como el desprendimiento de retina después de haber fracasado todos los métodos hasta hoy utilizados.

Ya De Wecker en 1870 alude a la frecuencia del desgarro de la retina y aventura una hipótesis sobre el papel patogénico de estos desgarros y de la alteración del vítreo en el desprendimiento de retina, idea sobre la que insiste años más tarde Leber. A principios de siglo, Gonin, apoyado en sus estudios anatómopatológicos, señala, con mano maestra, que el desgarro de la retina se produce en los puntos en que se ha desarrollado una unión o adherencia patológica entre retina y cuerpo vítreo, debido a la penetración de células del epitelio ciliar en el humor que se transformarían en tejido conjuntivo. La composición de los líquidos pre y retrorretinal sería la misma a comienzo del desprendimiento, existiendo un intercambio de líquidos entre estos dos espacios a través del desgarro retiniano. En su famosa comunicación a la Sociedad de Oftalmología francesa, en 1920, «Pathogenie et anatomie pathologique des décollements rétiniens», insiste en sus anteriores argumentos, completándolos. Afirma que el desprendimiento de la retina se produce por una tracción desde parte anterior, precisando el papel de la estructura fibrilar del vítreo e insistiendo sobre la importancia de los desgarros que la exploración oftalmoscópica descubre de modo regular y que deben buscarse de preferencia en la extrema periferia del campo oftalmoscópico. Es decir, que sostiene que el desgarro no es cosa accidental, sino lo esencial.

Un año después pasa de la teoría a la práctica, decidido por la reflexión siguiente: «Si mis ideas patogénicas son ciertas, no debe ser imposible lograr un adosamiento de la retina desprendida si conseguimos ocluir el desgarro y con ello fijamos, mediante un tejido conjuntivo, la retina a las paredes del globo ocular.»

Así planteado el problema, su exposición ha de

referirse a tres puntos esenciales: 1.º, el descubrimiento del desgarro y su localización precisa; 2.º, el acto operatorio, y 3.º, el curso postoperatorio.

Primer punto: Hemos de comenzar por un examen de refracción, visión central y periférica, tonometría, examen al espejo plano para apreciar el tono rojo del fondo normal, distinguiéndole del gris del desprendimiento—con todas las tonalidades intermedias—, y al espejo cóncavo, siendo para la localización de más utilidad la imagen invertida, que abarca un campo mucho mayor, que la recta, aun sin negar las ventajas del aumento de tamaño que ésta nos proporciona. Es preferible hacer la exploración, no en una sola sesión, que sería enormemente fatigosa por lo larga, sino en varias cortas, pero anotando en cada una de ellas y de modo sistemático, en un esquema, todas las particularidades que vamos encontrando en la retina, coroides y vítreo, en cada meridiano del ojo, hasta llegar a descubrir el desgarro—lo que a menudo es difícil—, dibujando su forma, dimensiones, y señalando su asiento.

La determinación del paralelo en que está comprendido el desgarro es un problema delicado; en él hemos de resolver la distancia—calculada, como sabemos que es lo usual en los exámenes de fondo de ojo, en diámetros papilares—entre la extrema periferia del campo oftalmoscópico u ora serrata y el desgarro. Recordando que el diámetro papilar tiene milímetro y medio, obtendremos una cifra—distancia entre ora serrata y desgarro—a la que habremos de agregar unos 8 milímetros, que es la distancia entre limbo esclerocorneal y la ora serrata (distancia de valor no absoluto y que varía algo, pudiendo ascender en los ojos muy miopes a 9 y aun a 10 milímetros), determinación que, aun no siendo matemática, basta para el resultado práctico.

Justo es señalar que dos oculistas españoles, los Dres. Arruga y Basterra, han contribuido mediante una técnica sencilla a facilitar la localización del desgarro retiniano.

Se valen para ello de un pequeño cuchillete—marcador o indicador—montado en una armadura, con el que, una vez hecha una localización lo más exacta posible del asiento del desgarro, atraviesan membranas oculares en el sitio donde se supone asienta la ruptura, examinando a seguido el fondo del ojo con el oftalmoscopio para descubrir la punta del cuchillete asomado en vítreo después de haber atravesado la retina. Si coincide con el desgarro, nada más fácil que cauterizar en el punto donde penetró el indicador, y si no coincide veremos la distancia que le separa de aquél, sirviéndonos de precisa orientación.

RESUMEN DE LA OPERACIÓN

1.º Anestesia por instilación de solución de cocaína al 4 por 100.

2.º Colocación de un punto de seda en las inmediaciones del limbo para en todo momento poder controlar el meridiano donde el desgarro asienta.

3.º Inyección subconjuntival de un par de centí-

metros cúbicos de solución de novocaína del 2 al 5 por 100.

4.º Talla de un colgajo conjuntival de vértice anterior para dejar libre la zona de esclerótica donde vamos a intervenir, y colocación de un punto de sutura que apretaremos y anudaremos una vez terminada la ignipunción.

5.º Marcar exactamente en la esclerótica el punto de punción.

6.º Punción con el cuchillete de Graefe para dar salida al líquido subretinal y abrir camino al cauterio.

7.º Ignipunción con el Paquelin al rojo durante uno a dos segundos, introduciendo el instrumento a una profundidad de 3 a 4 milímetros.

8.º Apretar el hilo previamente colocado en esclerótica.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO

El enfermo guardará absoluto reposo en cama durante varios días y en tal posición que todo el peso del contenido ocular actúe sobre la zona operatoria; así, si la ignipunción se practicó en la parte inferior del ojo, permanecerá sentado, y en decúbito supino si fué en la superior. A las cuarenta y ocho horas se renovará el vendaje, moviendo la cabeza lo menos posible e instilando atropina diariamente a cada cambio de cura. A los quince días podrá levantarse por primera vez (momento éste peligroso), con grandes precauciones, para hacer una exploración oftalmoscópica y observar si la cicatriz ha ocluido o no el desgarro, y en caso negativo poder proceder a una segunda cauterización.

RESULTADOS, INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Existe un gran número de casos en los que será inútil toda intervención, que no serviría sino para desacreditar un método que comienza con grandes esperanzas. A este grupo pertenecen todos aquellos ojos que presenten opacidades de los medios refringentes que impidan la exploración exacta de fondo, los muy antiguos, los que presenten desgarros demasiado grandes o muy alejados de la periferia, desgarros múltiples, ciclitis con fuerte hipotonía.

Excluyendo estos casos puede lograrse un resultado favorable en un tercio a un medio y quizás más de los intervenidos, lo que supone una enorme superioridad sobre todos los tratamientos hasta ahora empleados.

Las condiciones óptimas para la curación son: el desgarro único típico en región ecuatorial, retina desprendida en sector y movable en relación con el desgarro, vítreo transparente y segmento anterior del ojo libre de toda inflamación.

Hasta aquí la opinión de la que podemos llamar escuela de Gonin que cuenta con numerosos partidarios. Veamos las objeciones que hacen varios autores.

Primeramente señalaremos que Deutschmann reclama para sí, no sólo la idea de la patogenia del desprendimiento atribuida a Gonin, sino también la

prioridad en la terapéutica propuesta por este autor.

Hessberg, Bartels y otros autores señalan casos muy repetidos en los que después de haber logrado ocluir con una cauterización exacta el primer desgarro se han producido otros en puntos próximos o alejados del primero intervenido.

El mismo Guist, de la clínica del Dr. Lindner, que con tanto cariño ha trabajado en los últimos años en pro de la técnica de Gonin, sale a la palestra proponiendo una nueva operación para el tratamiento del desprendimiento que considera más ventajosa que la de Gonin.

Es decir, que, pese a los optimismos de los últimos años, no puede negarse que existe una corriente adversa, apoyada, sobre todo, en el hecho relativamente frecuente de la aparición de nuevos desgarros como consecuencia del tratamiento del primero, desgarros cuya extensión suele ser mayor que la de éste o ser múltiples, haciendo muy difícil o imposible el intervenir una segunda vez.

Guist, que localiza el asiento del desgarro sirviéndose de su oftalmoscopio de localización, previa la talla del colgajo conjuntival para dejar libre la zona de esclerótica sobre la que va a intervenir, trepana ésta con un trépano de milímetro y medio hasta llegar a la coroides, aplicando entonces durante unos segundos un lápiz de potasa cáustica (incluida en parafina para evitar que la acción cáustica al deshacerse el lápiz por la gran capacidad higroscópica de la potasa se extienda a zonas que deben librarse), procediendo inmediatamente a la neutralización aplicando una torunda de algodón empapada en solución de ácido acético. A seguido hace una cuidadosa hemostasia para evitar que sangre la coroides y, cuando lo ha logrado, perfora esta última membrana o, mejor dicho, disocia su tejido con el auxilio de una sonda roma, poniendo en comunicación con el exterior el desgarro. Sutura, apósito e iguales precauciones postoperatorias que las señaladas al hablar de la técnica de Gonin.

Los resultados que dice haber obtenido son satisfactorios.

El tiempo ha de decidir si esta nueva operación de que acabamos de dar idea supone la última palabra sobre el grave problema del desprendimiento de la retina o si se trata de un intento más que desaparezca de la práctica una vez pasado el entusiasmo de los primeros momentos.

SINTOMATOLOGÍA OCULAR EN LA DIABETES

Interesante porque viene a destruir conceptos falsos muy extendidos sobre la sintomatología ocular en la diabetes, es el reciente trabajo del internista Rosenberg, que enfoca el problema con gran claridad y competencia.

Apoyado en una estadística de 2.000 casos estudiados con detalle, hace una separación esencial entre las diabetes graves de la niñez y juventud y la diabetes senil, mucho más leve. Esta última, en sí más benigna, suele ir acompañada de graves alteraciones

de las paredes vasculares, especialmente de arterioesclerosis y arterioloesclerosis con la correspondiente elevación de tensión. En esta forma senil la mayoría de las alteraciones oculares atribuidas a la diabetes no dependen de este trastorno de metabolismo, sino que se trata de afecciones oculares propias que recaen más o menos accidentalmente en un organismo diabético.

Que las alteraciones oculares observadas en la vejez y señaladas erróneamente como diabéticas no dependen en realidad de la diabetes nos lo demuestra el que faltan en la diabetes juvenil, a pesar de que el trastorno de metabolismo es en este último caso más grave. No puede sostenerse tampoco hoy, como con manifiesto error pretenden hacerlo algunos autores, el que si no se observan en edad avanzada alteraciones oculares diabéticas depende de que el paciente afecto de diabetes juvenil no sobrevive a sus lesiones de aparato visual, porque es bien sabido que en la actual época insulínica muchos de estos casos sometidos a un tratamiento bien dirigido alcanzan, en general, edades muy avanzadas.

Ahora bien; la revolución producida por el descubrimiento de la insulina en la terapéutica de la diabetes no sólo se ha traducido en poder disponer de un valioso agente de lucha, sino que, aunque parezca paradójico, nos ha permitido observar con mucha mayor frecuencia que en la era preinsulínica diversos trastornos oculares, a la cabeza de los que figuran *las paresias de acomodación*, nada raras en los diabéticos abandonados, y a veces primer síntoma subjetivo que conduce al enfermo a consultar con el médico general o con el oculista, que puede ser el que dé la voz de alarma sobre el proceso hasta entonces ignorado.

Decíamos que estas paresias se observan con mucha mayor frecuencia desde el empleo de la insulina, pero además interesa señalar el que de ordinario el trastorno ocular aparece a los pocos días de comenzado el tratamiento insulínico, cuando ya habíamos logrado la normalidad del metabolismo alterado en el diabético.

Precisamente el gran número de enfermos en que el trastorno ocular citado pudo observarse en los comienzos de la era insulínica hizo sospechar en la posibilidad de que pudiera tratarse de una epidemia de botulismo, enfermedad en la que, como sabemos, aparece en forma típica y pura la alteración del aparato visual que ahora nos ocupa.

El pronóstico de estas paresias de acomodación es bueno, desapareciendo espontáneamente el síntoma en cuanto el organismo se adapta al nuevo estado de normalidad metabólica.

Ha de entenderse que al hablar de trastorno y regulación de metabolismo no nos referimos únicamente a la presencia o falta de azúcar y acetona. Tanto la administración de insulina como su déficit en el organismo sabemos se traduce por una serie de modificaciones tan complejas y numerosas que todos los días se descubre una nueva, siendo un campo aún plenamente abierto el del estudio y comprobación

de la acción insulínica. Pero en el aspecto oftalmológico que nos ocupa, las que más nos interesan se refieren a la retención y eliminación de agua y sales.

En el diabético grave domina una pobreza general de agua y sales, traduciéndose la administración de la insulina por una retención que puede conducir al—por lo demás inocente—edema insulínico. Muy posiblemente la insulina da también lugar a otras modificaciones del estado coloidal de los humores orgánicos y a una remineralización, pero sobre estos hechos poseemos aún datos muy insuficientes.

Queda, pues, aún en la obscuridad la determinación de si el proceso íntimo de esta paresia de acomodación es debida a la brusca regulación del metabolismo antes perturbado de los hidratos de carbono o si se debe a las modificaciones de proceso de retención o eliminación de sales.

Otro síntoma ocular diabético es el de las *modificaciones de la refracción*, síntoma mucho más raro que el anterior. A veces es esta alteración la que conduce al paciente a consultar con el oculista, que comprueba una miopía o una disminución de la hipermetropía antes existente. En el caso de miopía aguda, que el oculista observa con mucha más frecuencia que el médico general, ha de aceptarse un cambio en el contenido salino o iónico en humor acuoso; las oscilaciones del azúcar o cuerpos acetonúricos en cámara anterior modificando el equilibrio osmótico provocarían la tumefacción del cristalino.

En cambio, la hipermetropía, que el médico general encuentra más a menudo y la mayoría de las veces durante el tratamiento insulínico, no es posible dilucidar si se trata de una disminución o regresión de la tumefacción del cristalino o bien si lo que ocurre es que la hipermetropía existente latente se hace aparente o manifiesta por la paresia de la acomodación. Seguramente ambos factores jugarán cierto papel.

Han sido observadas modificaciones de refracción hasta de + 4 y - 9 dioptrías.

Según Rosenberg, las parálisis de los músculos oculares extrínsecos son más raras de lo que hasta ahora se creía, no habiendo visto ningún caso de oftalmoplejía interna completa.

El músculo afectado con mayor frecuencia es el recto externo. Quizás ello sea debido a que a su paso por el seno cavernoso se pone en contacto directo con la sangre sobrecargada de glucosa.

Cuando las parálisis oculares diabéticas no son muy antiguas ofrecen un pronóstico favorable. Convenientemente tratadas suelen desaparecer en un plazo de una o dos semanas.

Las alteraciones oculares de que hasta aquí nos hemos ocupado pueden, justificadamente, llevar el calificativo de diabéticas; en cambio, hemos de establecer grandes reservas patogénicas al hablar de otras en que, si bien el uso las puso el marchamo de diabéticas, esta génesis es bien discutible.

Entre las de este segundo grupo tenemos en primer término la llamada retinitis diabética, que Ro-

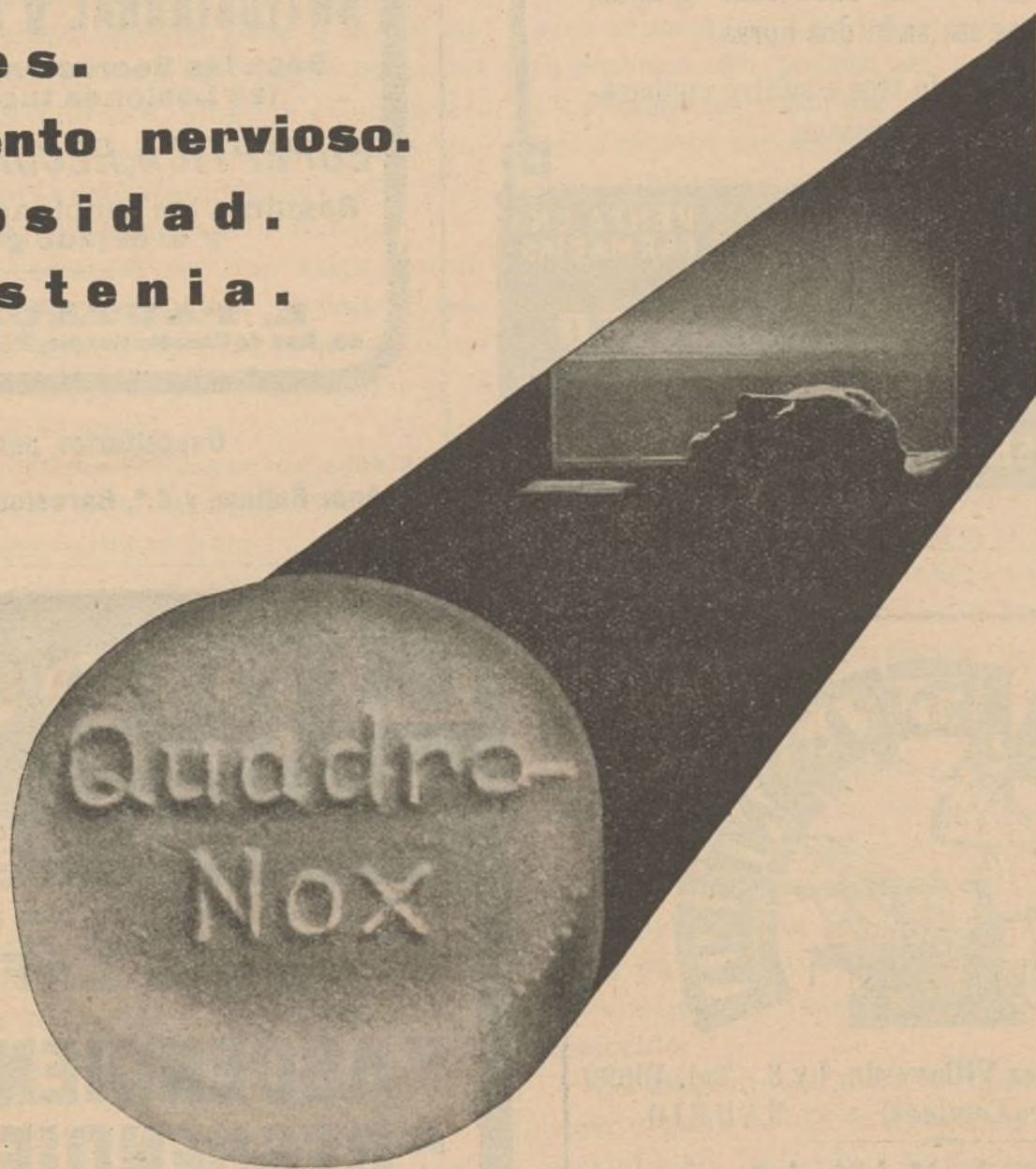
QUADRO-NOX

SUEÑO
REPARADOR
NORMAL después de
Dolores.

Agotamiento nervioso.

Nerviosidad.

Neurastenia.



Steinmetzer, Arch. f. exp. Path. & Pharmak 1928, 135, H. 3/4, & Creuzberg, Med Klinik, Berlín, 26/1931.

Sustituye con ventaja a la morfina.

Tabletas de 20 × 0,6 y 10 × 0,6.

A S T A Aktiengesellschaft
Chemische Fabrick-Brackwede-Alemania, 128,

Farmacéutico garantizante: **DIEGO BREÑOSA**, Santander.

Depósito: « **FARMACIA JIMENEZ** », Santander.

Delegado de la Fábrica: **HERMANN ROECKER**, Santander.

Bactilose

OLIVER
RODES

PRODUCTO
DEL PAIS

Contiene los fermentos aislados de la levadura de cerveza y de vino asociados a la malta.

INDICACIONES
Forunculosis, Septicemias
Anthrax, Escarlatina, Grippe.

NO PRESENTA CONTRAINDICACIONES
USO: Casos agudos: Una cucharada grande, diluido en agua, cada dos horas.

Casos crónicos: de tres a cuatro cucharadas por día en las comidas.

DEPÓSITO GENERAL VENTA EN FARMACIAS

LABORATORIO
QUÍMICO - FARMACEUTICO
DEL DR. B. OLIVER Y RODÉS

CONSEJO CIENTO 308 - BARCELONA

TUBERCULOSIS

AFECCIONES BRONCO-PULMONARES
Gripe, Esorófula, Raquitismo

SOLUCIÓN PAUTAUBERGE

al Clorhidro-Fosfato de Cal creosotado.

La mejor tolerada de todas las preparaciones creosotadas

ANTICATARRAL Y ANTISÉPTICA

Seca las Secreciones y Cicatriza las Lesiones tuberculosas.

EUPÉPTICA, RECONSTITUYENTE

Reanima las funciones de Nutrición y el estado general.

L. PAUTAUBERGE
10, Rue de Constantinople, PARIS, y Farmacias.

Depositarlos para España:

Jiménez Salinas y C.^a, Barcelona Sagüés, 2 y 4, (S. G.)



Raimundo Fernández Villaverde, 1 y 3 - Tel. 40699
(Glorieta Cuatro Caminos) :—: MADRID

Fabricación de Mobiliario para
CLINICAS, HOSPITALES Y SANATORIOS

Oferta especial para los señores médicos.

Vitrina hierro de 100 X 50 X 30 c/m con 3 entrepaños.	Ptas. 145,00
» de 110 X 55 X 30 » con 3 »	» 165,00
» de 120 X 60 X 33 » con 4 »	» 190,00
Mesa de reconocimiento con almohadones.....	» 100,00
» Eureka con almohadones.....	» 195,00
» con lunas.....	» 295,00
» auxiliar con dos entrepaños.....	» 31,00
» con porta-irrigador.....	» 72,00
Porta-irrigador de pie completo.....	» 55,00
» de pared.....	» 25,00
Cubo a pedal.....	» 27,50
Taburete giratorio.....	» 88,00

Rogamos que antes de adquirir su mobiliario compare nuestros precios.

Visiten nuestros Talleres y Exposición, donde encontrarán infinidad de modelos.

Soliciten nuestro catálogo.

FACILIDADES DE PAGO

Lipiodol

Radiológico

Aceite Vegetal y Yodo puro

del Doctor **LAFAY**

“ASCENDIENTE” Y

“DESCENDIENTE”

Permite la exploración y el estudio sobre el vivo, sin dolor y sin que haya ningún incidente fastidioso, en las cavidades más nobles del organismo ni en los territorios que hasta ahora han permanecido cerrados a las miradas de los investigadores.

Se halla en todas las buenas farmacias.

Concesionarios Generales para la Exportación:
LECZINSKI & C^a,
67, Rue de la Victoire
Paris.

Solo se ha de aceptar el producto que lleve el marbete “AZUL”.

LIPIODOL
LAFAY

En España: Sr. Juan MARTIN, Calle de Alcalá, 9, Madrid
y Consejo de Ciento, 341, Barcelona.
Islas Canarias: B. APOLINARIO, Farmaceutico, Las Palmas.

senberg asegura no haber visto nunca en los diabéticos jóvenes y sí únicamente en los viejos con alteraciones vasculares, y que seguramente es independiente de la gravedad del trastorno del metabolismo, puesto que no aparece con más frecuencia en los casos graves de diabetes senil que en los ligeros.

Es decir, que patogénicamente la retinitis impropiamente llamada diabética ha de atribuirse, del mismo modo que la neurorretinitis albuminúrica, con preferencia a los trastornos circulatorios o las alteraciones vasculares. No se puede negar en absoluto que, dado lo característico del cuadro clínico en las formas típicas con sus foquitos blancos perimaculares y peripapilares, influya el factor etiológico del trastorno metabólico diabético; pero este factor aislado no sería suficiente para provocar el cuadro clínico y anatomopatológico que presupone la obligada existencia de las aludidas alteraciones circulatorias.

En cambio, las formas hemorrágicas o las hemorragias que con tanta frecuencia forman parte del cuadro de la retinitis diabética, ninguna relación tienen con el trastorno de metabolismo, sino que seguramente dependen de la arterioesclerosis o arterioesclerosis que acompaña o complica la diabetes.

Cierto que en la literatura se citan casos de retinitis diabética mejorados tanto por el tratamiento dietético como por el insulínico; pero es muy dudoso el que tales mejorías deban en justicia cargarse a la cuenta de la terapéutica citada.

Algo parecido a lo que acabamos de señalar podríamos decir respecto a la catarata diabética. La que en realidad merece este nombre, y cuyos caracteres y aspecto a la lámpara de hendidura han sido descritos con detalle por diversos autores, es rara en los jóvenes. En cambio, en los adultos y viejos se ha señalado como diabética una catarata cuyos caracteres y aspecto difieren de la anterior acercándose a los de la senil, de la que se diferenciaría sobre todo por su aparición más precoz y por su marcha más rápida que en los no diabéticos. Es decir, que en realidad esta segunda forma es en esencia una catarata senil desarrollada en un organismo diabético, siendo un hecho demostrado que en los enfermos no tratados o tratados de un modo insuficiente, la opacidad del cristalino aparece más precozmente y evoluciona con más rapidez que en los sometidos a un tratamiento bien dirigido.

Difícil es la explicación patogénica de las raras cataratas dobles de los diabéticos jóvenes que algunos internistas, como Umber, consideran como específicas. También aquí han sido citadas mejorías debidas al tratamiento dietético insulínico; pero los casos descritos son poco convincentes para el autor del artículo que comentamos, criterio que con él comparte también Moll.

La hipotonía del globo ocular es un fenómeno frecuente, pero no constante, en el coma diabético. Cuando existe corresponde a la pérdida general de líquidos orgánicos que acompaña a este grave proceso.

A pesar de que a consecuencia de la hiperglucemia los tejidos oculares están, como los demás del organismo, más predispuestos a las inflamaciones e infecciones supurativas, las conjuntivitis, blefaritis, chalación, forúnculo, queratitis e iridociclitis, no se observan en el diabético con más frecuencia que en cualquier otro enfermo.

Tampoco el xantelasma tiene nada que ver con la diabetes, aun cuando algunos autores hayan sospechado una posible relación entre ambos procesos, fundándose, de una parte, en la estructura del xantelasma por sus células de xantoma conteniendo lipoides, y de otra, por la elevada lipoidemia que suele acompañar a las diabetes graves. El xantelasma, afección frecuente en la mujer en el climaterio o período preclimaterio, no se observa más a menudo en personas diabéticas que en las que no lo son.

La deducción obligada de lo que hasta aquí llevamos expuesto es que las complicaciones oculares de la diabetes sólo podrán ser curadas o mejoradas por el tratamiento diabético insulínico si ellas dependen del trastorno metabólico diabético; es decir, que contra las alteraciones oculares seniles o de naturaleza vascular en los diabéticos la terapéutica insulínica diabética es por completo ineficaz. En cambio, es de un gran valor en todas las afecciones inflamatorias del ojo y en las intervenciones quirúrgicas sobre aparato visual.

En estos últimos casos el tratamiento pre y postoperatorio tenderá no sólo a que desaparezca la glucosa de la orina, sino además a procurar que el nivel de glucosa en sangre vuelva a lo normal, puesto que la hiperglucemia y el aumento del contenido en glucosa de los tejidos supone un medio muy favorable al desarrollo de los gérmenes, haciendo más fácil el desarrollo de procesos inflamatorios e infecciosos del globo ocular y dificultando la cicatrización.

La reducción del azúcar en sangre hasta su nivel normal se consigue en las diabetes leves con una dieta severa, que deberá continuarse hasta la completa cicatrización de la herida y hasta la desaparición de la inflamación. En las diabetes de mediana intensidad y en las graves habrá necesidad de agregar a la dieta una cura insulínica para lograr el resultado apetecido.

La determinación de la dosis de insulina a emplear dependerá de la gravedad del proceso y de la sensibilidad individual al medicamento teniendo en cuenta no sólo la exactitud del número de unidades a administrar, sino también el hacer una buena distribución durante el día, recordando que a cada aplicación de dosis sigue siempre una disminución pasajera de la glucemia cuyo máximo se alcanza de tres a cuatro horas después, volviendo a elevarse pasado este momento con mayor o menor rapidez.

Así, por ejemplo, podría ocurrir, si hacemos una inyección de insulina mañana y tarde, siendo la dosis demasiado grande, que en las primeras horas que siguen a la aplicación del producto el descenso de la glucemia sea excesivo, dando lugar a un verdadero

estado hipoglucémico, al que sucede pasadas unas horas otro hiperglucémico; es decir, que la curva de la glucemia experimentaría durante las veinticuatro horas dos fuertes elevaciones y otros dos grandes descensos que deberán a toda costa ser evitados.

La glucemia suele alcanzar su máximo en las primeras horas de la mañana y por ello es este momento el más oportuno para la inyección de insulina. En algunos casos conviene aplicar una segunda dosis al mediodía y una tercera por la noche, de manera que el intervalo entre una y otra sea de unas ocho horas. Si el intervalo es demasiado grande, damos con ello tiempo de que la glucemia aumente, y si es, por el contrario, excesivamente corto, tiene lugar una acumulación de insulina y su consecuencia la reacción hipoglucémica.

Aplicaremos, pues, según el caso, tres dosis, una o hasta suprimiremos la insulina, quedando el paciente sometido únicamente al régimen dietético.

TRATAMIENTO SEROLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES OCULARES PRODUCIDAS POR EL NEUMOCOCO

También merece ser conocido el trabajo que sobre el tema a que se refiere el epígrafe publican Jahnke y Wamoscher, que aclara el motivo de ciertos fracasos del empleo del suero antineumocócico en las afecciones del aparato visual atribuidas al neumococo.

A los trabajos clínicos y experimentales de varios autores del Instituto Rockefeller se debe una clasificación de los neumococos en cuatro tipos serológicos. De éstos, tres grupos son específicos, es decir, que aglutinan y precipitan por un solo suero y no por los de las otras razas, hablando igualmente en pro de esta individualidad específica los ensayos de inmunización en el ratón y los caracteres epidemiológicos y biológicos. El IV tipo estaría formado por los neumococos que no aglutinan por ninguno de los sueros con los que es positiva esta reacción en los tres que acabamos de mencionar ni con ningún otro.

El tipo I de neumococo, que es justamente el más accesible a la terapéutica serológica, sólo de modo excepcional se le encuentra en las afecciones oculares o en la conjuntiva normal.

Los tipos II y III, aun siendo poco frecuentes, no son tan raros como los del grupo anterior, pudiendo calcular que entre estos dos últimos suponen un 20 por 100 de las infecciones neumocócicas del ojo. En cambio, el cuarto grupo se le encuentra en más de la mitad de los casos.

Es decir, que de las observaciones practicadas hasta el presente resalta el hecho de que el tipo de neumococo no aglutinable y en realidad el menos virulento, que es el señalado con el número IV, predomina en las infecciones neumocócicas oculares sobre los demás grupos.

Estos conocimientos bacteriológicos nos explican en cierto modo lo que observamos en la clínica referente al fracaso de las aplicaciones intravenosas subcutáneas o locales de suero antineumocócico en las enfermedades provocadas por el neumococo. La ra-

zón de la escasa o nula utilidad de esta terapéutica estriba en que el tipo de neumococo más accesible al tratamiento serológico en general es el tipo I, que como acabamos de indicar casi nunca se le ha encontrado en el ojo enfermo. El tipo III, poco activo serológicamente hablando, y el IV, no específico, es natural que no respondan al tratamiento serológico.

Podemos, pues, en resumen, afirmar que el tratamiento específico serológico de las afecciones oculares debidas al neumococo es hoy en día prácticamente inútil, puesto que la mejoría del cuadro clínico que a veces ha sido observada después de la aplicación del suero antineumocócico se debe a una acción paraspécífica que se puede lograr de igual modo con otros sueros bacterianos, el simple suero normal equino, o con la terapia proteínica.

LA DERMATOLOGÍA EN 1931

POR EL

DR. JAVIER M. TOMÉ BONA

Jefe de sala en los Servicios de los Dres. Covisa y Bejarano.
Secretario de actas de la Academia Española
de Dermatología y Sifiliografía.

Con gran premura de tiempo recibimos el encargo de redactar un trabajo crítico-informativo sobre temas de nuestra especialidad destinado al número extraordinario de EL SIGLO MEDICO, encargo al que viene unido, por razones de índole técnica, una limitación de espacio que imposibilita casi por completo la tarea de poder hacer una labor de alguna altura que refleje siquiera pálidamente toda la brillante actividad de una especialidad en la que España descuella entre las más destacadas del Mundo. Por este motivo hemos de cortar considerablemente los vuelos del propósito y conformarnos con esbozar el panorama de la especialidad de las enfermedades de la piel en cuanto se ha manifestado en las sesiones de la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía, lugar, por otra parte, donde confluyen las más importantes manifestaciones científicas que en este sector se producen en España. Trazaremos un bosquejo sin pretensiones críticas, en el que, a pesar de todo, han de quedar silenciados algunos meritísimos trabajos, no por otra razón que por la ya citada falta de espacio.

De guión para este trabajo nos serviremos, por lo tanto, de la magnífica publicación *Actas Dermosifiliográficas*, órgano de la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía, en la que, a decir verdad, se encuentra publicado lo más selecto de lo que se labora, no sólo en Madrid, sino en casi toda España.

Sin más proemios vamos a entrar rápidamente en materia.

* *

El asunto de la dieta de Gerson en el tratamiento de las tuberculosis cutáneas, que tanto apasiona-

miento ha despertado en el mundo entero, fué objeto de trabajos interesantes y de discusiones apasionadas con motivo de valorar su verdadera acción y lo que en este asunto existía de verdadera eficacia y de eco de las publicaciones con miras comerciales aparecidas con la firma de su propio descubridor. En el año anterior habían aparecido un cierto número de publicaciones de este género en las que ya de un modo categórico se planteaban las verdaderas indicaciones y se exponían los resultados, algunos extraordinariamente brillantes, obtenidos por este medio. El Dr. Fernández de la Portilla, en el mes de Enero, publicó un interesante caso que venía a corroborar lo que otros autores habían afirmado anteriormente. Se trataba de una enferma que padecía un lupus tuberculoso de la nariz que había sido sometida a todo género de tratamientos locales sin lograr que en un espacio de tiempo más o menos breve no recidivara *in situ* con idénticos caracteres. En vista de esto suspendió todo tratamiento, tanto local como general, y sometió a la enferma a un régimen declorurado sin adición de vitaminas ni de ningún otro medicamento. Los resultados fueron extraordinariamente brillantes, lográndose en menos de tres meses la desaparición de la lesión, curación por lo menos aparente que en el momento de presentar la enferma se había mantenido seis meses y medio, lapso de tiempo en el que nunca se había visto libre de su lesión.

Otro trabajo, más interesante que el anterior por mayor amplitud de contenido, referente a esta apasionante cuestión, es el publicado en el mes de Marzo por los Dres. Bejarano y Enterría, tratando de «La dieta de Gerson en la tuberculosis infantil». Los resultados obtenidos por estos autores en el tratamiento de los lupus tuberculosos infantiles restan mucho de ser tan favorables como los obtenidos, en primer lugar, por los Dres. Covisa y Gay en las mujeres y el referido por el Dr. Portilla en el caso a que hacemos referencia más arriba. En este trabajo se efectúa un detenido resumen de esta cuestión y de un modo incidental se hace referencia a las indicaciones que, según Gerson, tiene esta dieta declorurada en otras afecciones de naturaleza no tuberculosa. Insisten igualmente en la necesidad de que de un modo científico se unifique la técnica que se debe seguir con este régimen. Mencionan también las teorías que se han expuesto para explicar el mecanismo de su acción y un proyecto de «menús» con arreglo a las necesidades de los españoles.

En el amplio campo del tratamiento de las tuberculosis cutáneas se han presentado otros trabajos de indudable interés. Los Dres. Navarro Martín y Téllez Plasencia consideran en un trabajo publicado en el mes de Abril, como el método de elección para el tratamiento de la adenitis tuberculosa y del escrofuloderma, la roentgenterapia.

El Dr. Rivas Cabello publicó en el mes de Febrero un interesantísimo estudio sobre «Dermatitis de origen químico», en el que, fundado en el estudio expe-

rimental de dos casos personales, deduce conclusiones de gran trascendencia sobre las dermatosis debidas a los productos colorantes. Dentro de este capítulo de dermatosis de origen exógeno han aparecido otros trabajos de interés considerable. El Dr. Sáinz de Aja publicó un caso de dermatitis salvarsánica liquenoide. El Dr. Caro Patón publicó en Mayo un caso de urticaria y estomatitis precoz producidas por un yodobismutato de quinina, caso que tiene un singular relieve si se tiene en cuenta la rareza de los accidentes cutáneos de intoxicación por el bismuto. En último término, en Noviembre ha publicado el Dr. De Gregorio dos casos de accidentes locales por las inyecciones intramusculares de bismuto, que por sus caracteres objetivos denomina él de dermatitis livinoide. Otro trabajo se refiere a los «Resultados obtenidos con las pruebas eczematógenas», publicado en el mes de Febrero por los Dres. Bejarano y Enterría, en el que exponen los resultados de esta exploración en 12 enfermos afectados de variadas afecciones, unas relacionadas más o menos con la capacidad reactiva de la piel y otras absolutamente ajenas a ellas. Los resultados obtenidos obligan a los autores a considerar que este medio de investigación no tiene, ni mucho menos, una gran importancia práctica, ya que es bastante frecuente que existan reacciones discordantes, según la región cutánea en que se practiquen las pruebas, así como el hecho de que las reacciones varían de intensidad o pueden transformarse de positivas en negativas en intervalos de pocos días, sin sujetarse a ninguna regla determinada. En último término, ciertas sustancias medicamentosas dotadas de un poder eczematógeno, al parecer electivo sobre determinados sujetos, son toleradas perfectamente cuando son administradas por vía intravenosa o intramuscular, señal evidente de que, desde un punto de vista práctico, las pruebas eczematógenas tienen un escasísimo valor.

En el mes de Junio publicó el Dr. Enterría los resultados de un trabajo de considerable valor clínico con el título de «Tratamiento intradérmico de la pelada». Este procedimiento, preconizado por Djouritch, ha sido empleado por el Dr. Enterría en 12 casos de alopecia areata, casos todos ellos en los que habían fracasado los remedios habituales, y de los que pudo deducir el autor una impresión favorable en lo referente a los resultados que se obtienen por este medio, llegando a considerarle como la mejor de las técnicas irritativas empleadas hasta el día. Como todos saben, este método consiste en las inyecciones intradérmicas de lactoproteína.

En el capítulo referente al eczema, existe un trabajo de investigación de cierto interés. Los doctores Navarro Martín y Arangüena publicaron en el mes de Enero un trabajo en el que estudiaban la cloremia en 21 casos de eczema, llegando a la conclusión de que en la mayoría de los casos de eczema existe una hipercloruria evidente, y que la curva de cloremia guarda un claro paralelismo con el estado de la afección.

El Dr. González Medina ha publicado en el mes de Junio un interesante trabajo sobre el tema «Metabolismo basal y reserva alcalina en las dermatosis. Ensayos terapéuticos». Sobre investigaciones de este género ya se habían presentado estudios análogos, pero es una cuestión en la que todavía los criterios de la mayoría de los autores marchan dispares; cada nueva aportación tiene un valor mayor por venir con el espíritu de aunar y valorar prácticamente los resultados de estas investigaciones. La estadística del Sr. Medina se basa en 40 enfermos, que comprende, como ahora veremos, una gran cantidad de enfermedades. El acné, según sus investigaciones y los resultados obtenidos por otros autores, es una dermatosis que evoluciona en la mayoría de los casos con cifras altas de metabolismo. En todos los casos de psoriasis investigados por el autor, las cifras de metabolismo han sido siempre altas, en contraposición con los resultados obtenidos por otros autores, en los cuales predominan los metabolismos normales y bajos, a excepción de Sparacio, en el que las cifras tienden todas a estar elevadas. En el eczema han predominado las cifras por encima de la normal, siendo sólo dos de los doce casos estudiados los que tenían cifras por debajo de la normal y cuatro dentro de este límite. Estos resultados no contrastan demasiado de las cifras obtenidas por los otros autores. De ictiosis sólo cuenta con un caso en el que la cifra era en extremo elevada (+ 34), lo cual tiene una considerable importancia desde el punto de vista terapéutico. En los restantes casos trátase también de casos únicos en los que, por lo tanto, tienen escasa importancia general las cifras obtenidas. En lo referente a la reserva alcalina ha encontrado en sus enfermos cifras bajas, es decir, tendencia a la acidosis, sin que sin embargo la terapéutica con hiposulfito sódico por vía intravenosa haya logrado resultados ni sobre estas reservas ni sobre las dermatosis.

Un trabajo de cuidadosa investigación y de interesantes resultados, desde el punto de vista práctico, es el publicado por el Dr. Bejarano en el mes de Noviembre, desarrollando un tema tan interesante y discutido como es el de «El prurito y las afecciones pruriginosas en sus relaciones con el metabolismo hidrocarbonado».

Es un hecho perfectamente admitido por todos el de las relaciones existentes en un gran número de casos, entre el prurito y las cifras altas de glucemia en ayunas o una curva de este género de tipo diabético. Mucho menos valorados han sido los casos existentes de coincidencia de pruritos con francas hipoglucemias, estando aún sin establecer la probable intervención patogénica en el prurito, de esta modalidad de alteraciones del metabolismo hidrocarbonado. En este trabajo estudia el autor las posibilidades de un prurito hipoglucémico, como tema original de su labor, indicando únicamente algunas modernas orientaciones en las relaciones, perfectamente conocidas, entre el prurito y los estados de hiperglucemia.

La introducción en la clínica del empleo de la insulina dió a conocer el fenómeno de la hipoglucemia insulínica y todo hace suponer la posibilidad de un complejo hipoglucémico espontáneo con una sintomatología, coincidente, por lo menos en alguno de sus detalles, con las descripciones de las crisis paroxísticas de prurito. El autor ha reunido como material clínico para este trabajo ocho observaciones de prurito en las que las cifras de glucemia oscilaban entre 0,68 y 0,46, y en las que consideraba de gran interés la comprobación de las relaciones patogénicas que representan las cifras de hipoglucemia en la producción de determinados pruritos. En este sentido recuerda el Dr. Bejarano las observaciones publicadas por Scholtz de casos de prurito curados con las inyecciones intravenosas de las soluciones hipertónicas de glucosa y las suyas propias en colaboración con Covisa, en las que los resultados altamente discordantes parecen indicar que actúan útilmente estas inyecciones únicamente en los casos en que exista hipoglucemia.

Como deducciones de índole práctica, considera el autor que debe tenerse en cuenta el régimen de restricción de hidratos de carbono a que se somete a algunos enfermos con dermatosis pruriginosas como factor coadyuvante para la prolongación de este prurito, y que en todo enfermo afecto de él debe efectuarse una cuidadosa investigación de su metabolismo hidrocarbonado para en consecuencia someterle a una adecuada alimentación.

La falta de espacio nos impide continuar analizando los trabajos publicados en este año, viéndonos obligados a silenciar algunos tan importantes como el de «Profilaxis del cáncer cutáneo», debido a la feliz colaboración de los Dres. Fernández de la Portilla y Julio Bravo, el de «Tratamiento de las úlceras varicosas por la lámina de plomo», redactado por el culto dermatólogo de Valladolid Dr. Ledo y un tercero otro sobre «Lucha antileprosa», publicado por el Dr. Montañés, destacada personalidad del Laboratorio y la Sanidad españolas, etc.

Referente a los casos de interés científico publicados en el año, haremos una brevísima referencia de los más importantes siguiendo un orden cronológico de presentación. El Dr. Salaverri publicó en el mes de Enero un caso de lepra maculoanestésica, que tiene de particular haber sido observado en una zona no leprosa y presentar además unas lesiones tan poco típicas que no permiten efectuar el diagnóstico de primera intención. Los Dres. Bejarano y Enterria presentaron en el mismo mes un caso de quistes hidatídicos subcutáneos múltiples, perfectamente comprobado. Los Dres. Covisa y Gay dieron cuenta de un caso de liquen plano hemorrágico, dermatosis que no ha sido hasta ahora descrita en la literatura. Se trata de una erupción ligeramente pruriginosa constituida por la agrupación de dos placas de unos elementos papulosos poligonales, del tamaño de una cabeza de alfiler y con la superficie cubierta de finísimas estrías romboidales. El Dr. Bertoloty presentó

una enferma de oleomas múltiples consecutivos a inyecciones de aceite alcanforado. Con motivo de esta observación hizo una serie de interesantes consideraciones sobre la patogenia y anatomía patológica de estas tumoraciones.

El Dr. Navarro Martín publicó en el mes de Abril dos casos de dermatitis exfoliativa neonatorum de Ritter, que constituyen los dos primeros aparecidos en la bibliografía nacional. Se trata de una enfermedad mortal generalmente, que se inicia por unas vesículas y ampollas aparecidas en la cara y región peribucal, y que en espacio de horas se extiende al resto de la superficie cutánea. Desecándose las ampollas, el epidermis se resquebraja y desprende en grandes láminas, dejando al descubierto un dermis muy enrojecido. La capa epidérmica de manos y pies se desprende como un guante. En el espacio de dos o tres días sobreviene la muerte por coma. La etiología de esta enfermedad es en extremo obscura.

Los Dres. Bejarano y Enterría dieron cuenta de un interesante caso de leucosis cutis de forma pseudo-leprosa, aprovechando esta ocasión para hacer un detallado estudio de las leucemias cutáneas.

El Dr. Caro Patón presentó un caso interesante de esclerodactilia y síndrome de Raynaud, haciendo con este motivo un estudio de la etiología y patogenia de estos trastornos.

Los Dres. Sáinz de Aja y Puyou dieron cuenta de un caso de pénfigo vulgar, deduciendo del estudio de este caso publicado en el mes de Junio, entre otras conclusiones, la importancia terapéutica en las dermatosis vesículoampollosas, de la punción lumbar y de la terapéutica a grandes dosis, por medio de los arsenicales penta y trivalentes.

El Dr. Ledo publicó un caso de melanosis circumscrita precancerosa de Dubreuilh y nevocarcinoma consecutivo, y el Dr. Salaverri otro de eritrosis pigmentaria peribucal de Brocq de origen sifilítico.

Al llegar a este punto hemos de dar necesariamente por terminada nuestra tarea, que, a falta de otros méritos, servirá para dar al lector una impresión objetiva y documental de la dinámica activísima que desarrollan una parte, por lo menos, de los especialistas de enfermedades de la piel de nuestro país; repetimos que lo que aquí exponemos no es más que una porción limitada, probablemente sí la más importante, de la actividad de los dermatólogos españoles. La serie de circunstancias de espacio y tiempo a las que repetidamente hemos aludido en el curso de estas páginas, nos ha impedido, como hubiera sido nuestro deseo, dar una idea completa de esta importantísima parte de la Medicina española.

LA OTORRINOLARINGOLOGÍA EN EL AÑO 1931

POR LOS

DRES. BERMEJO Y HUARTE MENDICOA

Pocas novedades han acontecido en España en el terreno de la Otorrinolaringología durante el curso que finaliza.

Sin embargo, señalaremos como hecho digno de mención la creación de la Sociedad Otorrinolaringológica Madrileña, cuya existencia añorábamos todos los especialistas. Además, la proximidad del Congreso internacional que ha de celebrarse en Madrid hacía indispensable por todos conceptos el que la capital de España (existen Sociedades similares en Barcelona, Valencia...) tuviese una Asociación científica dedicada a los estudios de esta tan importante especialidad.

Numerosos son los trabajos, publicaciones, comunicaciones, conferencias, etc., que en el transcurso de este año se han presentado, sobre todo en la *Revista Española y Americana de Laringología, Otolología y Rinología*, única por hoy existente de esta especialidad y que lleva publicándose desde el año 1910. De los trabajos aparecidos en la misma mencionaremos algunos de los más salientes.

El Dr. Alcaino, de Santiago de Chile, publicó un trabajo sobre «Sinusitis sin síntomas nasales», capítulo nuevo de la patología rino-ocular, caracterizado por aquellos casos cuya sintomatología se inclina del lado órbito-ocular, con ausencia absoluta de fenómenos rinológicos.

El Dr. Fairén, de Zaragoza, en un interesante artículo hace consideraciones biológicas sobre los cánceres que se agudizan después de ser irradiados.

En una serie de trabajos consecutivos, el doctor Duerto desarrolla un estudio completo del tratamiento del cáncer laríngeo, haciendo hincapié en la precocidad, a ser posible, del tratamiento, considerando hoy por hoy los procedimientos quirúrgicos la forma más adecuada para el tratamiento de esta afección; al hacer la descripción de la laringectomía total, se muestra partidario de la anestesia local y del método seguido por el profesor Tapia.

Sobre el tratamiento quirúrgico de los flebitis del golfo de la yugular por el procedimiento de Grünert, publica un interesante trabajo el Dr. García Hormaechea, de Bilbao.

El Dr. Sánchez Rodríguez hace un estudio sobre la reserva alcalina de la sangre en los individuos afectos de otospongiosis, en los que generalmente se encuentra disminuída y en ocasiones más baja que las cifras que dan los autores franceses.

El Dr. Huarte-Mendicoa publica un breve estudio de la anatomía clínica del espacio retrofaríngeo y el Dr. A. G. Tapia nos da un avance de los estudios llevados a cabo con Dr. Jiménez Díaz sobre tema de tanta importancia como el de amígdalas y reumatismo.

Otras muchas publicaciones no menos interesantes han aparecido en la citada Revista, más un número considerable de referetas, bibliografías, etc.

También en otras Revistas de Medicina han aparecido trabajos relacionados con la especialidad. En EL SIGLO MÉDICO expuso el Dr. F. Arratia un nuevo taponamiento nasal de gran utilidad práctica para el médico no especializado en materia otorrinolaringológica. Una nota clínica sobre angina agranulocitósica publicó el Dr. Bermejo. De esta misma Revista apareció un pequeño librito con dos interesantes y prácticas monografías, una del Dr. García Vicente sobre «El médico práctico ante la difteria y sus complicaciones» y la otra del Dr. Huarte-Mendicoa sobre «Alteraciones de la voz, laringitis y ronquera».

La Revista *Medicina* también ha publicado algún que otro artículo por los Dres. Montis y Grinda. El Dr. M. Calderín tiene a su cargo en *Medicina Ibero* la sección correspondiente a la especialidad, habiendo este año hecho unos cuantos trabajos sobre tuberculosis laríngea, hemorragia en la amigdalectomía, consideraciones de dos casos de faringitis diftérica de evolución atípica, etc.

En tratamientos actuales publican un trabajo los Dres. Sánchez Rodríguez y Bermejo sobre tratamiento de la sinusitis maxilar.

Sobre vacunación antidiftérica por el método de Löwenstein apareció un razonado artículo en la Revista del Instituto Llorente.

En la Sociedad Catalana de Otorrinolaringología presentaron varias comunicaciones los Dres. Serra, Terapéutica endobronquial directa; Alonso Ferrer, Vacunoterapia de la ocena, detallando los resultados obtenidos en cerca de dos mil enfermos; Noves Ubach, sobre Etmoiditis crónica; Duerto, Neuralgias craneofaciales de origen nasal y faríngeo.

En la Sociedad de Tisiología hablaron los doctores M. Calderín y G. Encinas, el primero, de tratamiento de la tuberculosis laríngea, y el segundo, de rinopatías en los tuberculosos.

En el Hospital Militar de Carabanchel se celebró un cursillo de tuberculosis, en el cual el Dr. Fumagallo hizo una exposición muy detallada de la laringe de los tuberculosos y el Dr. Hinojar (A.) sobre las vías respiratorias altas y la tuberculosis.

También en la Asociación Científica del Instituto Hispano-Americano de Otorrinolaringología se presentaron varias comunicaciones de interés: Acosta, Seis casos de laringostomizados; R. Tapia, Patogenia de la otoesclerosis; Cruz, Cuerpos extraños de bronquios; Bartuol, Anatomía patológica y tratamiento de la tuberculosis laríngea; Bermejo, Otitis media tuberculosa, y Castell nos dió a conocer sus observaciones sobre lepra bucofaríngea llevadas a cabo en la leprosería de Fontilles.

En la Academia Médico-Quirúrgica, el Dr. Hinojar (C.) presentó una importante comunicación con motivo de varios casos clínicos, haciendo consideraciones sobre las lesiones secundarias de las flebitis sinusoyugulares, cuya gravedad radica en el mayor

número de veces en estas complicaciones secundarias.

El Dr. Aciego expone una complicación muy poco frecuente de los focos sépticos de laringe, como es el caso de flebitis consecutiva a la apertura de un absceso periamigdalino.

En el servicio del Dr. Marañón, el Dr. Giménez Quesada (M.) ha presentado algún caso de importancia y comunicaciones de interés, como: Interpretación y valor clínico de los síndromes vertiginosos; Vértigo e hipometabolismo; Laberintitis acidósicas, etcétera.

El Dr. Hinojar (A.) ha dado varias conferencias, una sobre salvarsán en Otorrinolaringología y otra en el Ateneo de internos de la Beneficencia general.

En la Academia Nacional de Medicina, el profesor Tapia habló sobre cuerpos extraños ignorados en los bronquios y expuso la importancia que tiene el diagnóstico, pues muchas veces evoluciona como si se tratase de un proceso pulmonar..., siendo, por lo tanto, la radiografía de capital importancia para su diagnóstico; proyectó una colección muy interesante de radiografías hechas por los Dres. A. Azpeitia y M. Tapia.

También en otra sesión presentó el resonador de Wilkinson, que viene a demostrar la certeza de la teoría de Helmholtz.

Esta es en síntesis la labor realizada en España, y sobre todo en Madrid, en materia otorrinolaringológica, y que por premura de tiempo no nos ha sido posible hacerlo con el detalle que hubiéramos deseado, sino solamente a título de información, pero que para el próximo año procuraremos realizar con el mejor acierto posible.

Y, finalmente, no queremos dejar por alto un hecho de gran trascendencia que tendrá lugar en España. Se trata del II Congreso Internacional de Otorrinolaringología, que se celebrará en Madrid del 27 al 30 de Septiembre de 1932. En el I Congreso, celebrado en Copenhague, se acordó que fueran ponencias oficiales para este II Congreso las siguientes: *Otoesclerosis, Ozena, Escleroma, Broncoscopia y Esofagoscopia y Tratamiento de los tumores malignos en Otorrinolaringología por las radiaciones profundas.*

Con motivo del Congreso se organizará una exposición que constará de dos secciones: de piezas anatómicas y de instrumental. Dicho se está que se organizarán una serie de fiestas, recepciones, excursiones... que el Comité de organización prepara en honor de sus colegas extranjeros.

Con frecuencia recibimos noticias de nuestro excelente amigo y colaborador el Dr. Lorente de No, que desde hace unos meses se encuentra en Saint Louis (U. S. A.) continuando sus ingeniosas investigaciones de laberinto posterior en el Central Institute For The Deaf, para el que fué pensionado por la Institución Rockefeller con objeto de hacer estudios de Anatomía patológica de la sordera.

El año en las Academias y Sociedades médicas.

POR EL

DR. M. ACENA

Pretendemos en estas líneas recordar lo más importante, a nuestro parecer, ya desde el punto de vista de novedad científico o interés práctico, de la labor realizada en las principales reuniones científicas médicas madrileñas durante el año 1981, sin pretender agotar el tema ni «satisfacer a todos».

En la «Médico Quirúrgica» (12 Enero), el Dr. Carlos Hinojar lee una comunicación sobre «Las lesiones secundarias de las flebitis sinusoyugulares»; fija la impotencia del operador para dominar el proceso, que por su extensión está por encima de los medios quirúrgicos corrientes; pretende dar ánimo a los cirujanos y especialistas que consideran su impericia o inhabilidad razón del fracaso, cuando solamente se debe a imposibilidad absoluta de vencer la enfermedad.

En la misma Academia (19 Enero), el Dr. J. González Aguilar, de Santander, aporta su experiencia personal sobre «la cura de Orr en el tratamiento de la osteomielitis» y que su autor ante el gran número de fracturas abiertas de guerra, con heridas infectadas y procesos de osteomielitis fractuaria, y el dilema de atender preferentemente a la buena reducción e inmovilización de la fractura, procede al escayolado de la misma, relegando a segundo término el tratamiento de la herida. Para ello taponaba con vaselina y gasa esterilizadas el foco de fractura abierta; reduce la fractura y mantiene mediante escayolado. Después de una ligera reacción térmica durante dos o tres días, nunca alarmante, desaparece y los enfermos no vuelven a tener síntomas de infección. Pasadas varias semanas se retira el escayolado; limpio el foco de fractura y heridas del pus fétido que las baña, aparece un tejido de granulación de excelente aspecto, a veces la piel completamente cicatrizada bajo un foco eczematoso. Es el mismo método que proporciona excelentes resultados en el tratamiento de las osteomielitis; siempre inmovilizamos las dos articulaciones inmediatas, superior e inferior, al foco osteomielítico.

En la «Dermatológica» (21 Enero), el Dr. Tomé Bona presenta un caso clínico de «Hemiplejía sífilítica y reulceración chancrosa» en un enfermo de veinticinco años; ulceración primaria un año antes, tratada tópicamente; un mes después nueva lesión genital indurada tratada con seis de «neo» y diez de «biemuto». Ausencia de tratamiento; un año después se reulcera la lesión genital y se produce una hemiplejía derecha de modo rápido. Caso que permite plantear el diagnóstico diferencial entre reinfección, superinfección, sífilide secundaria o reulceración chancrosa.

En la «Quirúrgica» (26 Enero), el Dr. Izquierdo Hernández hace extensas consideraciones sobre diabetes renal con motivo de un caso clínico.

En la misma sesión el Dr. Marañón hace «Nuevas aportaciones sobre el problema de la febrícula».

En la sesión del 2 de Febrero, el Dr. González Suárez aporta un caso clínico de «encefalitis melitocócica» y los Dres. Oller y Bravo Díaz se ocupan de «La enfermedad de Kümmell como accidente del trabajo».

En la «Nacional de Medicina» (7 Febrero), el Dr. Marañón se ocupa del vómito y del hipo en sus relaciones con el hipertiroidismo, que si bien no añaden nada nuevo a la descripción clínica de esta enfermedad, sí tienen gran interés patogénico y terapéutico. En la sesión de la semana siguiente (14 Febrero), el Dr. Juarros se extiende en consideracio-

nes sobre el problema de «La colessterina sanguínea y anomalía infantil»; llega a la conclusión que la colessterinemia no tiene la menor relación de causa a efecto en cuanto a la normalidad infantil. En dicha sesión, el Dr. Oller hace un resumen nosológico de «La enfermedad de Kienböck como accidente del trabajo».

El Dr. S. Recasens, en la «Nacional de Medicina» (21 Febrero), presenta una comunicación sobre «Anestesia hipnótica en el parto» y describe con toda minuciosidad la anestesia hipnótica en el parto mediante el pernoctón o solución sódica del noctán.

El día 23 de Febrero la «Médico-Quirúrgica» celebra su primera sesión especial, dedicada a la memoria del doctor D. Luis Urrutia, sobre «Estado actual del problema de la litiasis biliar»; siendo ponentes el Dr. Carro para «La patología de la litiasis biliar»; el Dr. J. González Campo para «Clínica médica de la litiasis biliar»; el Dr. C. García Peláez para «Tratamiento quirúrgico de la litiasis biliar».

En la «Nacional de Medicina» (14 Marzo), el Dr. S. Recasens se extiende en consideraciones sobre las reacciones de Ascheim Zondek y la de Brohna para el diagnóstico precoz del embarazo y su valor científico y práctico.

En la «Oftalmológica» (5 Marzo), el Dr. Renedo aporta una comunicación sobre «La actual epidemia gripal y dos modos distintos de acción del cocobacilo de Pfeiffer sobre «córnea y conjuntiva».

El Dr. Marañón, en la «Nacional de Medicina» (28 Marzo), nos deleitó con una interesante comunicación sobre «Accidentes de los basedowianos, debidos a la perturbación del metabolismo de los hidratos de carbono»; afirma que son de origen hipoglucémico; que en estos enfermos debe aconsejarse una dieta rica en hidratos de carbono, aun cuando presenten glucosuria, a más de la conveniencia de hacer un tratamiento insulínico, no insulina sola, pues de hacerlo provocaríamos fenómenos intensos graves y aun mortales, sino insulina combinada con dieta rica en hidratos de carbono o bien con las inyecciones de suero glucosado.

Merece destacarse en el año 1981 la labor realizada por la Academia Médico-Quirúrgica Española con motivo de su curso de divulgación, debido a iniciativa de su presidente, en tal fecha, Dr. Lafora, y durante el cual fueron expuestos buen número de asuntos de actualidad; las diferentes especialidades puestas al día, colaborando lo más destacado de la Medicina española.

En la «Ginecológica», el 8 de Abril, el Dr. Jiménez Díaz dicta su conferencia sobre «Clínica de la insuficiencia ovárica».

En la «Nacional de Medicina» (11 Abril), el Dr. Morax, de París, diserta sobre «Etiología de las infecciones intraoculares de origen exógeno». En este mismo mes tiene lugar el curso de Fimatología que bajo la dirección del Dr. Valdés Lambea se realiza en el Hospital Militar de Carabanchel en sus sesiones clínicas y las teóricas en el Colegio de Médicos.

En la «Médico Quirúrgica» (20 Abril), el Dr. Piga aporta su experiencia de fisioterapia en relación con la neuralgia en general, y en especial la neuralgia cervicobraquial: «Una vez fijado el diagnóstico cierto, y cuando se fracasa con el tratamiento médico corriente, debe plantearse la conveniencia de tratamiento físico; se contraindica la ionoterapia en cuanto el enfermo acuse la menor molestia; su verdadero tratamiento será la galvanización con ionoterapia utilizando el ión salicílico, en especial cuando se sigue el método de Rousseau o diatermionización.»

El Dr. A. García Tapia, en la «Nacional de Medicina»

(18 Abril), aporta su experiencia personal sobre «Cuerpos extraños ignorados en los bronquios», que se remonta a 72 observaciones en un total de 230 cuerpos extraños traqueobronquiales.

El Dr. A. de la Peña, en la «Médico-Quirúrgica» (4 de Mayo), diserta sobre «La cirugía endoscópica del cuello vesical por medio del *punch* operador». La «operación a sacabocados» realiza la amputación del cuello vesical por vía endoscópica y evita así los trastornos disúricos de próstáticos y estrechados uretrales que a veces persisten aun después de tratados quirúrgicamente. Ahora bien; el *punch* es operación de elección de casos con esclerosis hipertrófica de cuello vesical y de pequeños adenomas del mismo; se empleará siempre que por la pequeñez de las lesiones o por el mal estado de los enfermos prostáticos esté contra indicada la talla hipogástrica.

La «Médico-Quirúrgica» tiene su segunda sesión especial el 11 de Mayo sobre «Cáncer». A cargo de los doctores Martínez Nevot, Diagnóstico biológico del cáncer; el doctor Gil y Gil, Radioterapia del cáncer; el Dr. Muñiz, Radiumterapia del cáncer, y el Dr. Goyanes, Cirugía del cáncer; todas ellas motivo de vivísima discusión, en la que intervinieron la mayoría de los académicos.

La tercera sesión especial de la «Médico-Quirúrgica» versó sobre «Constitución en Patología», a cargo de los Dres. Oliver Pascual (patología constitucional), C. Jiménez Díaz (constitución y enfermedades del aparato circulatorio) y Dr. J. M. Sacristán (constitución en Psiquiatría).

En la «Oftalmológica» (11 Junio), el Dr. Márquez lee historias clínicas referentes a cinco casos de cuerpo extraño intraocular.

El 8 Octubre tiene lugar la sesión inaugural de la «Española de Tisiología», en la que después de un sencillo y sentido discurso del Dr. Codina, el Dr. Calderín diserta sobre el tema «Nuevas orientaciones en el tratamiento de la tuberculosis laríngea».

En la «Dermatológica» (28 Octubre), el Dr. Fernández de la Portilla presenta un enfermo de pelada decalvante total que viene padeciendo desde hace seis años, y en el que se ha hecho toda clase de tratamientos, sin olvidar las inyecciones por vía intradérmica de lactoproteína. En el mismo sentido, respecto a este último punto, se expresan los Dres. Daudén y Gay.

De grandísimo interés la sesión del 7 de Noviembre en la «Nacional de Medicina», en la que el Dr. Stocker de la Rosa proyecta tres películas en kodacolor: una hernia, una pielotomía posterior y una histerectomía abdominal, siendo un éxito la proyección por el detalle, belleza y colorido. Después el Dr. José Covisa diserta extensamente sobre la «Linfogranulomatosis inguinal subaguda», haciendo interesantes aportaciones personales desde el punto de vista anatomopatológico. En la última parte de la sesión, el Dr. Marañón expuso un caso clínico de virilismo en una mujer de treinta y nueve años, que le sirvió de motivo para hacer extensas consideraciones sobre virilismo postgravídico y virilismo en general.

La sesión inaugural de la «Médico Quirúrgica» tiene lugar el 16 de Noviembre, presidida por el Dr. Codina; leyó la Memoria de Secretaría el Dr. Bravo Frías y el discurso reglamentario el Dr. Lafora, versando sobre el sugestivo tema «Neurastenia sexual en el hombre».

En la «Oftalmológica» (sesión del 5 de Noviembre), el doctor Marín Amat presenta un caso interesantísimo de «Pústulas de vacuna en los párpados» en un niño de dos años. El Dr. Arjona Trapote presenta una comunicación referente a «Las inyecciones de alcohol como tratamiento del

glaucoma absoluto doloroso». El Dr. Cortés Munera aporta dos casos clínicos de epiteloma palpebral tratados por el cloruro de cinc con excelentes resultados, por lo que invita a ensayar esta sencilla terapéutica, en especial por haber demostrado plenamente su utilidad en uno de sus casos clínicos.

En las últimas sesiones del año—Noviembre y Diciembre— en la «Nacional de Medicina» y en la «Médico-Quirúrgica» se han hecho interesantes aportaciones sobre «Algunas consideraciones a propósito de los síntomas y patogenia de la narcolepsia», tema de gran actualidad y en especial por los resultados terapéuticos que se obtienen con el empleo de la afedrina, y al que han aportado su experiencia personal los Dres. Lafora, Villaverde, Simonena, Piga, Fernández de la Portilla, López Aydillo, Vallejo Nágera y Varela de Seijas.

SESIONES CLINICAS

HOSPITAL DE LA BENEFICENCIA GENERAL

(Antes de la Princesa.)

SESIÓN CLÍNICA DEL DÍA 28 DE NOVIEMBRE DE 1931

SUPURACIONES PARIETALES DEL ABDOMEN

Dr. Blanc Fortacín.—La supuración de la pared abdominal después de una intervención laparotómica no suele ser accidente de importancia; generalmente se debe a una ligadura que se elimina, a un catgut de incompleta preparación o defectuosa asepsia, a una mortificación de un muñón de ligadura demasiado grueso o a un fragmento muscular mortificado o a un hematoma que supura. Estos procesos originan focos sépticos circunscritos que se evacúan bien soltando algunos puntos de sutura.

En otros casos la supuración tiene mayor trascendencia; las infección se extiende a espacios celulares intermusculares y subserosos, originando procesos sépticos difusos parietales que, propagándose por vía linfática, producen linfangitis extensas, y por vía venosa determinando flebitis, a veces de repercusión muy lejana. Así hemos visto un caso de supuración parietal de una hernia provocar por vía venosa epigástrica una flebitis ileofemoral de báculo que por extensión a cava y venas renales originó una supuración renal doble. Pero además, esas supuraciones parietales extensas, propagando su acción a tejido subperitoneal rico en linfáticos, da lugar a reacciones serosas, de las cuales hemos tenido ejemplo en dos casos operados en esta semana.

En el primero, un enfermo operado de apendicitis hace años refiere que su herida operatoria supuró varias semanas; cierra al fin y el enfermo va a su casa. Cuando esperaba después de su intervención verse libre de molestias, experimenta en su abdomen trastornos de distinta evolución, pero equivalentes, en cuanto a sufrimientos, a los que padeció antes de operar su apendicitis. Consistían éstos en sensaciones dolorosas parecidas a cólicos, con mayor intensidad en región umbilical y epigástrica, con astringencia intensa con crisis de timpanismo, seguido de evacuación de gases y diarreas glerosas. Los ataques de síndrome abdominal nunca tuvieron la fenomenología clásica dolorosa de lado derecho que antes de extirpar el apéndice revistieron.

La impresión que formé era la de un proceso mecánico por brida o acodadura en algún segmento de colon; la comprobación radiográfica señalaba un retardo de la repleción de colon, una imagen de fuerte espasmo del mismo y una

dislocación en banda oblicua hacia la izquierda del transverso.

En la intervención hemos encontrado extensas adherencias de epiploon a pared, pericolicitis adhesiva, parietal extensa, contracción hacia arriba de ángulo cólico derecho y adherencia extensa epiploica en este sector.

Nada en píloro ni en vesícula biliar.

Este enfermo presenta, pues, el testimonio anatomopatológico de una peritonitis pilástica antigua que probablemente se remonta a la fecha de su curso postoperatorio de su intervención por apendicitis. El predominio de las adherencias a zona parietal nos induce a creer que parietal fué también el foco séptico contra el cual el peritoneo dirigió sus defensas. De haber sido un proceso cecal derivado, por ejemplo, de una sepsis del muñón apendicular, hubiéramos encontrado, seguramente, en el ciego el máximo de densidad de los procesos de bloqueo defensivo adherente, y, sin embargo, el ciego era en el proceso total el menos afectado. Hay que interpretar el caso como una peritonitis de reacción contra un proceso séptico parietal.

Hemos cuidado después de liberar esas adherencias, de impregnar los puntos de implantación de las mismas y los muñones epiploicos con un caldo vacuna polivalente de gérmenes piógenos y de anaerobios. La razón de su empleo es la siguiente: Esas adherencias son el final de un proceso evolutivo que se inició por un exudado fibrinoso; en ese exudado peritoneal bacteriológico quedaron aprisionados gérmenes que en su inmensa mayoría quedaron completamente destruidos. Ese exudado, en parte reabsorbido, se organizó en forma de bridas fibrosas en cuyas mallas pudieron quedar en estado esporular o de latencia, bien gérmenes piógenos, bien otros emigrados de la cavidad intestinal como ocurre en todo proceso flogístico de esta serosa. Al seccionar esas bridas pueden esos gérmenes colonizar; para evitarlo hemos procedido en la forma apuntada.

También presentó una supuración parietal extensa una enferma operada de histerectomía que ha seguido durante los primeros días un curso favorable. Evacuada su colección supurada y transcurridos ya diez días de su intervención, esta enferma presenta vómitos rebeldes; su vientre se abomba en la región hipogástrica. Explorada por vagina, no se aprecia señal alguna de colección en fondos de saco. Se impone una laparotomía que nos descubre: exudado peritoneal rojizo, que en siembra da estreptococos; ciego y colon retraídos; asas delgadas, aglutinadas y adheridas a pared. Se trata de un íleo mecánico por adherencias parietales. Se practica una enterostomía y desagüe peritoneal, a pesar del cual muere la enferma. Es, en cuanto a modalidad fisiológica, análogo este caso al anterior; difieren en cuanto a tiempo de evolución y resultado. Pero si esta enferma hubiera sobrevivido, hubiera seguramente presentado tardíamente algún sector de adherencias por organización del exudado producido. Y véase cómo teníamos razón al mostrarnos recelosos de lo que en el fondo o espesor de esas adherencias pudiera existir. La siembra que hicimos nos lo demuestra.

LOS INJERTOS ÓSEOS EN LAS ARTRITIS TUBERCULOSAS

Dr. Blanc Fortacín.—La enferma que ocupa la cama número 15 de la sala de Santa Agueda es una niña de catorce años que padece una artritis crónica tuberculosa de la cadera derecha. Presenta la actitud contractural con fuerte aducción de su muslo y su báscula pélvica con inclinación al lado opuesto. Los signos de pliegues glúteo e inguinal son clásicos. La radiografía muestra decalcificación intensa, más acentuada en trocánter. Esta enferma atraviesa una fase

dolorosa de tal intensidad que el reposo y la extensión sólo parcialmente la alivian. No hay supuración ni focos viscerales activos. En vista de que el tratamiento clásico no logra una eficacia apreciable, decidimos intervenir.

La cirugía en los procesos articulares tuberculosos puede proponerse varias cosas: Extraer pus, extraer secuestros, extirpar una zona mayor o menor de hueso invadido, anquilosar una articulación enferma o modificar el terreno local donde la infección tuberculosa se desenvuelve. Cuando se iniciaron los métodos de fijación por injerto óseo actuando como grapa o tutor de inmovilización, defendí y sigo defendiendo que ese papel fijador del injerto no es el principal, sino que colocado en el lecho labrado por hemisección de la apófisis espinosa, ese injerto actúa despertando reacciones celulares en las vértebras enfermas.

Una pieza patológica procedente de la autopsia de un enfermo operado según la técnica de Albee, en un raquis tuberculoso, nos muestra la efectiva soldadura del injerto y la relativa inmovilización de las vértebras, pero al propio tiempo la decalcificación del mismo y la próxima reabsorción; a la vez vemos alrededor de las cavernas de las vértebras anquilosadas engrosamientos de sustancia compacta que nos indican el transporte calcáreo desde el injerto a la lesión, fenómeno que es índice de una acción efectiva biológica más amplia, pues el transporte calcáreo requiere otros mecanismos bioquímicos y celulares para hacerse efectivo.

Ello nos indujo a ampliar el uso del injerto realizando determinados experimentos clínicos, colocando injertos partidos que no podían actuar como tutores y que, sin embargo, produjeron efectiva mejoría en los enfermos.

Las primeras experiencias de injertos en las articulaciones móviles las realizamos cuando el autor sudamericano Robertson Lavallo presentó su trabajo acerca de este extremo en el Congreso de Ciencias Médicas de Sevilla. Practicamos los primeros injertos en situación parostal labrando un surco en la cara lateral de las epífisis o superficies articulares de la articulación enferma sin penetrar en ella. Más tarde hicimos resección con enclavijamiento y posteriormente enclavijamiento sin resección, haciendo pasar el injerto a través de un túnel hecho con un perforador que atravesaba oblicuamente las superficies articulares.

En todos estos métodos no abandonábamos la acción fijadora del injerto. Como clavija o como tubo lateral su acción era mecánica en parte, creíamos en su acción biológica predominante; pero era preciso demostrarla prácticamente.

Y comenzamos el uso de injertos introducidos en túneles a través de las epífisis sin transfixión articular. Injerto cóndilo, tibial y femoral aisladamente en rodilla; injertos maleolares y astragalenos en tobillo; injertos en trocánter y cuello en cadera; injerto en espina ilíaca posterior en articulación sacroilíaca.

Los resultados han sido alentadores. No hemos tenido un éxito constante; antes bien, algunos fracasos nos obligaron a detenernos un tanto. Mas hemos proseguido en casos de difícil curación y uno de ellos es el que tenéis a la vista.

A esta niña, según véis en la radiografía, se le ha practicado un injerto que atraviesa todo el espesor del trocánter, penetra en cuello femoral y llega, sin perforarla, a la cabeza del fémur. La niña ha sido sometida a reposo durante un mes.

Después de los primeros días en que experimentó dolores debidos a la intervención (dolor de los puntos de sutura de la piel de la región donde el injerto se tomó, dolor de traumatismo originado por la trepanación del trocánter, etc.),

esta enferma ha variado de síndrome. La primer semana ha sido mala. Pero a los ocho o diez días la enferma dormía perfectamente, no lanzaba ya los gritos de dolor que se le ocasionaban antes al moverla para acomodarla en la cama; en una palabra, su síndrome doloroso ha desaparecido y hoy la veis al cabo de un mes cómo se sostiene de pie, trabajosamente, sí, pero sin sufrir y cómo su estado general ha mejorado.

Y ved en la radiografía cómo aquella región transparente que comenzaba en el trocánter y se extendía por todo el cuello femoral comienza a hacerse opaca y a presentar signos de una recalcificación progresiva.

¿Por qué? Porque el injerto ha actuado biológicamente. ¿Cómo? Oigamos opiniones. Una vez establecidas las lesiones óseas tuberculosas, los procesos reactivos normales del organismo se muestran, generalmente, insuficientes para vencer la enfermedad—dice Biancalana, de Turín—. Y añade: Para que estas lesiones se curen se requiere estimular aquellos procesos que motivan la curación de los focos tuberculosos, que son la eliminación, la reabsorción y la calcificación del material tuberculoso. Todos estos fenómenos se acompañan de hiperhemia y proliferación conjuntiva.

Pues bien; introduciendo un injerto autoplástico en una epífisis o metáfisis normal, se observa en la misma congestión, intensa proliferación conjuntiva, precipitación de sales de calcio y neoformación ósea. Los procesos neoformativos se limitan al área del injerto; los vasculares se extienden a un área mucho mayor. Se explica, pues, el buen efecto del injerto por la reactivación medular y conjuntiva.

Estas manifestaciones del Dr. Biancalana, las de Robertson-Lavalle, que explica la acción del injerto por una regulación vascular; las experiencias más en las que se demuestra la mejoría por la presencia del injerto y no por su acción fijadora, y las pruebas clínicas y radiológicas del caso presente, nos dan razón cumplida de que la acción verdadera de los supuestos fijadores óseos en el mal de Pott y en otras articulaciones no es la mecánica, sino la biológica. Y en este sentido se abre un campo enorme de revisión por los métodos de tratamiento de los procesos óseos tuberculosos.

VALOR PRONÓSTICO DE LOS GRANULOCITOS SIN FILAMENTO O «AMITOCARIOCITOS»

Dr. Fuente Hita y Beltrán Logroño.—Admitida por todos la llamada «desviación a la izquierda» de los granulocitos neutrófilos, su estudio ha sido objeto de innumerables trabajos. Conocidos son los de Arneith, Wolff, Schilling, Torgau, Piney, Vélez, etc., que no detallamos por ser ya conocidos.

Refiriéndonos al objeto de nuestro trabajo hemos de concretarnos a Mullin y Large, que en el número de 17 de Octubre de 1931 del *The Journal of A. M. A.*, recopilando los de otros autores norteamericanos, basándose en la existencia o no de filamentos interlobulares existentes en los granulocitos neutrófilos, hacen una clasificación hemática de la forma siguiente: Granulocitos neutrófilos sin filamento, ídem con filamento, y luego todos los restantes (eosinófilos, basófilos, linfocitos, etc., etc.). Haciendo un recuento de ellos encuentran muy aumentado el número de los primeros en las enfermedades infecciosas graves, aumento que, pasando de 50 por 100 neutrófilos representaría un índice casi seguro mortal.

Nosotros hemos comprobado el trabajo de Mullin y Large con las siguientes modificaciones: Contar los sin filamento (que nos permitimos denominar amitocariocitos) por 100 leucocitos y por milímetro cúbico, ya que si a su

existencia se le quiere dar un valor pronóstico lo cierto es saber la cifra real en la sangre comparada con la de los demás elementos. Comparar dicho recuento con el hemograma de Schilling y la reacción de Fahraeus. Lo hemos hecho en 60 casos y hemos obtenido las conclusiones siguientes:

Los granulocitos neutrófilos pueden dividirse en dos tipos, según que su núcleo tenga un filamento de cromatina o no.

Las cantidades normales de granulocitos sin filamento o amitocariocitos por milímetro cúbico deducidas de nuestros casos y de los de Mullin y Large alcanzan a 1.000 y 1.200.

El aumento de dichos leucocitos en las infecciones será de peor pronóstico cuanto más elevado sea el número de ellos por milímetro cúbico.

Este aumento, en algunos casos, puede deberse, como es fácil de comprender, bien a una gran neutrofilia de amitocariocitos sin gran leucocitosis, o viceversa.

Estudiados comparativamente el hemograma de Schilling Torgau y la sedimentación globular encontramos más exactos y acordes con la clínica la sedimentación globular y el número por milímetro cúbico de amitocariocitos.

QUISTE HIDATÍDICO DE HÍGADO

Sr. Llovet.—L. E., de veintiocho años, casado, Almorox (Toledo), en Madrid. Hace dos años dolores punzantes en el hipocondrio derecho y en el hombro derecho, principalmente cuando efectuaba algún trabajo manual o andaba mucho, empezando a notar una tumoración en el hipocondrio derecho que le ha ido aumentando de volumen progresivamente durante este último año. Anorexia. Pérdida de peso. A la exploración hígado muy grande y doloroso, notándose una tumoración grande que resaltaba a simple vista. Abolición del murmullo vesicular en la base del pulmón derecho. Weinberg y Casoni fuertemente positivos. A los rayos X cúpula diafragmática derecha fuertemente elevada.

Diagnóstico.—Quiste hidatídico de hígado; central, de desarrollo excéntrico.

Operación.—Se le practicó el día 16 de Noviembre de 1931. Laparotomía, apareciendo en seguida el quiste, el cual fué incindido y aspirado su contenido por medio del aspirador eléctrico y a continuación formalizado, quitándose la membrana quística y marsupializando después. No se hizo reducción sin drenaje por ser un quiste muy voluminoso, pues contenía unos cinco litros de líquido quístico, y curso postoperatorio. Pneumonía a los tres días de operarle con expectoración abundante y temperatura elevada, disnea, etc., desapareciendo este cuadro clínico a los ocho días y estando el enfermo muy bien en la actualidad.

Terapéutica.—En un principio se empleó el tratamiento médico en forma de inyecciones parasiticidas, cuyo procedimiento mejor era el de Baccelli, que consistía en extraer una pequeña cantidad del líquido hidatídico y substituirle por 20 o 25 gramos de licor de Wan Swieten. Se empleó asimismo los arsenobenzoles, la radioterapia profunda y la vacunoterapia del equinococo por el líquido hidatídico, no dando ningún resultado práctico. El único tratamiento racional es el quirúrgico; se ha discutido mucho acerca de qué intervención es la mejor, si la marsupialización del quiste (Wolknann, Demann Landau) o la reducción del mismo sin drenaje (Bond, Posadas, Pierre Delbet), precedido de un lavado con una solución de formol al 1 por 100 en agua estéril durante unos cinco o diez minutos, destinados a prevenir las recidivas hidatídicas postoperatorias con o sin asociación del capitonnage de Pierre Delbet, completado por una fijación de la bolsa o cavidad a la pared suturada (procedimiento de Quenu modificado por Llobet y Varsi).

Es el método de elección cuando los quistes son de un contenido aséptico y de un tamaño no muy grande, reservando el calvario de la marsupialización para aquellos casos en que está contraindicado el método de Bond (quistes supurados o complicados).

El Dr. Cerne de Rouen llama la atención sobre el aprisionamiento de aire dentro de la bolsa suturada; es «la hidroneumatosis quística postoperatoria» que se observa en muchos de los enfermos operados y en los que las exploraciones radioscópicas sucesivas nos indicarán lo que debemos hacer en cada caso (punciones).

Dr. Blanc Fortacin.—En la comunicación del Sr. Llobet hay un punto interesante de tratamiento. El de la conducta que debe emplearse respecto a la cavidad, resultante de la extracción de la membrana germinal. Este problema ha inducido a la sutura del hígado y cierre de dicha cavidad para evitar así los inconvenientes de la marsupialización, que son la infección secundaria de la cavidad, la colerragia y las hemorragias intracavitarias, que al hacerse externas por la fístula del abocamiento pueden ser mortales.

Es indudable que la sutura es el método ideal y aplicado a los quistes de contenido limpio y transparente da un número de curaciones estimable. Mas no es método de una inocuidad cierta. Se dan casos en que la infección se manifiesta, ya por la infección peritoneal provocada por la trasudación de exudados a través de las suturas, ya por la formación de un absceso simple o gaseoso en la cavidad cerrada. No es que se trate de una infección operatoria: es que, a pesar de la formalización, la infección es forular, puede desarrollarse en esa capa adventicia, en la cual la esclerosis envuelve zonas de microbiosis celular; el quiste equinocístico, al crecer, no sólo comprime, sino que sus toxinas crean una zona inmediatamente vecina al quiste, zona de muerte o corrosión por fuera de la cual se halla la inflamatoria esclerosa: y es en esa zona donde puede anidar la infección aportada desde intestino por vía vascular. Por esa razón hoy los cirujanos precaven la trascendencia peritoneal de la infección, fijando a la pared la sutura de aquellos quistes que cierran.

BIBLIOGRAFIA (1)

CIEN AÑOS DE MEDICINA EN BÉLGICA. 1830-1930

Así titula nuestro muy estimado colega *Le Scalpel* su magnífico número especial publicado con ocasión del centenario de la independencia de Bélgica, aparecido con fecha Junio 1931, y que llegó hace días a nuestro poder.

Forma este número de la prestigiosa revista de Lieja un volumen de 350 páginas de texto, con láminas de fotografías reproduciendo las figuras gloriosas de los médicos belgas, que tanto han contribuido en estos cien años a la gran consideración científica de su país.

Los trabajos originales que componen el número son todos del máximo interés, y están desarrollados por personalidades brillantes en la profesión de los temas y en el ejercicio literario de la prensa científica médica.

He aquí una somera reseña índice:

A. Daleq: La enseñanza y las investigaciones de los anatomistas belgas, desde 1830 a 1930.

L. Fredericq: La enseñanza de la Fisiología en Bélgica durante un siglo.

L. de Beco: Un siglo de la evolución de la patología interna en Bélgica.

A. Hustin: Práctica, trabajos y doctrinas de los cirujanos belgas desde 1830.

Brouha: Evolución de la obstetricia belga durante un siglo.

Glorieux: La psiquiatría y la asistencia a los enfermos mentales en Bélgica de 1830 a 1910.

L. Laruelle: Cien años de neurología en Bélgica.

De Metz: Un siglo de oftalmología belga.

L. Van den Wildenberg y P. Huns: Un siglo de otorrinolaringología.

Jaques y Craps: La dermatología y la sifiliografía en Bélgica durante un siglo.

C. Heymanns: Los laboratorios de farmacodinamia de las Universidades belgas, y su actividad.

E. Henrard: Las aplicaciones radiológicas y curieterápicas en Bélgica desde 1896 a 1930.

Delattre, Langeles, Renaux y Timbal: La higiene pública en Bélgica de 1830 a 1930.

Entre las interesantes láminas que adornan el número se cuentan retratos de Th. Schwann, José Plateau, Enrique Próspero Gonzée, Fallot, Warlomont, Hairion, Florentino Cunier, Van Roosbroeck, Bosch, Vleminckx, Copper, Van Duyse, Nuel, Félix Delstanche, Carlos Delstanche, Goris, Cheval, Vernieuwe, Malvoz, Bordet, Gengon, Dubois Havenith, Morelle, Bayet..., figuras del pasado y del presente de las ciencias médicas nacionales de la Bélgica heroica y culta.

Por el precedente enunciado se colige la importancia e interés de este número, con el cual ha demostrado una vez más *Le Scalpel* la justicia de cuanto supone el crédito a su seriedad científica y a su abolengo casi secular en la prensa médica internacional, al propio tiempo que el generoso empeño de sus editores por favorecer toda obra de patriotismo noble y sincero amor a las clases médicas.

F. J. CORTÉZO

MANUEL TECHNIQUE DE L'INFIRMIER DES ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS, por Roger Mignot y L. Marchand. 2.^a edición corregida y aumentada. Un tomo en 8.^o de 416 páginas, con 96 grabados en el texto. Editor, Gaston Doin y C.^o, París, 1931.

Destinada la obra a los candidatos al diploma de enfermeros de los establecimientos manicomiales franceses, la estructura del libro se ajusta al programa de ejercicios, tratándose esencialmente las cuestiones fundamentales. En la primera parte expónense unas nociones elementales de anatomía y fisiología, así como de antropometría elemental.

En la segunda parte se estudian sucintamente los principios higiénicos y la legislación sanitaria. En la tercera parte se trata de los cuidados elementales que deben prestarse en general a los enfermos y algunas nociones de cirugía menor.

La parte principal del libro que motiva esta reseña bibliográfica es la consagrada a la asistencia de los enfermos mentales. La conversión del antiguo «loquero» en *enfermero psiquiátrico* exige del último una serie de conocimientos sobre los síntomas mentales y manera de combatirlos, observación de la conducta, técnica de la balneación prolongada, aplicación de los hipnóticos (substitución de la anti-gua camisa de fuerza por la camisa de fuerza «química»), cuidados de los finales y otra serie de detalles de técnica manicomial, cuyos adelantos tanto han beneficiado a los alienados recluidos en los manicomios. Exponen también

(1) Sólo haremos el estudio crítico de las obras de que nos sean remitidos dos ejemplares.

los autores el funcionamiento de los servicios en un sanatorio psiquiátrico científicamente dirigido.

Una obra de esta naturaleza divulga entre los enfermeros una serie de conocimientos cuya asimilación les convierte en preciosos auxiliares de los médicos. Los médicos generales también encuentran sugerencias que les permiten la asistencia domiciliaria de los mentales en perfectas condiciones, encontrando descritas técnicas que no se hallan en los tratados corrientes de terapéutica.

A. V. N.

DICCIONARIO TECNOLÓGICO DE BIOLOGÍA, por el Dr. J. Fuset Tubia. Librería Bosch, Barcelona, 1931.

La presente obra viene a llenar un hueco cuyo vacío habrán notado de seguro todos los biólogos (médicos, etc.) alguna vez, dado que la mayor parte de las voces técnicas de Biología no suelen estar en los diccionarios usuales.

El autor informa las ciencias biológicas, de las cuales contiene términos el libro. Son dichas: Anatomía (vegetal, animal, humana); Antropología, Biofísica, Biogeografía, Biología general, Bioquímica, Botánica general, Citología, Ecología, Embriología, Etología, Evolución, Filogenia, Fisiología (vegetal, animal y humana); Fitogeografía, Fitografía, Genética, Histología, Microbiología, Morfología externa, Oceanografía, Ontogenia, Paleontología, Parasitología, Patología parasitaria, Química, Taxonomía, Técnica histológica, Teratología, Zoogeografía, Zoografía, Zoología general y Zootecnia.

No dudamos la gran acogida que el público de todas las ciencias biológicas ha de dispensar a esta obra.

LA ELECTROCIRUGÍA, por el profesor Dr. Franz Keysser, de Berlín.

El director del Hospital Vinzenz, de Berlín, ha publicado un magnífico libro que edita la casa Fischer, de Leipzig, y ante tal obra no sabe uno qué elogiar más, si la labor del cirujano y del autor, que expone con claridad meridiana el estado actual de la electrocirugía, los fundamentos científicos de esta modalidad novísima del arte de curar, derivada de altos conceptos físicos, o el esfuerzo del editor, que lanza al público un libro *inverosímil* para la capacidad adquisitiva nacional. Se ve que mientras nuestros editores son timoratos, hay todavía en el mundo quien trata con generoso respeto la labor del médico y la presenta con dignidad.

Un tomo de tamaño grande, de 250 páginas; todo él en papel couché, con 232 fotografías y radiografías soberbias, con seis láminas en colores, de las cuales cuatro reproducción de fotografías en colores. Esta iconografía da la sensación de la realidad de manera tan completa, que en algunas ocasiones resulta dolorosa porque se reproducen con absoluta fidelidad casos de cánceres espantosos que aun a los acostumbrados a los horrores de los museos y colecciones anatomopatológicas causan sensación desagradable.

Después de presentar el estado actual de nuestros conocimientos sobre las modalidades de la electricidad aplicables a la cirugía de los neoplasmas, después de dar una lección clarísima sobre el difícil tema de las radiaciones, de la acción de las diversas corrientes y el modo de utilizarlas, con el instrumental adecuado, en la parte clínica, que es la segunda del tomo, se ocupa de las distintas enfermedades donde son útiles las nociones anteriores, y, por último, en 66 historias clínicas, la mayoría de cánceres inoperables, demuestra la utilidad de sus métodos, ya que casi todos curaron sin recidiva en el tiempo en que dura la observación.

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

H. Vignes. A PROPÓSITO DEL ASMA.—El asma requiere de ordinario un terreno constitucional determinado que se acompaña de buen número de síntomas y estigmas. Si los asmáticos son comúnmente enfisematosos, ello no es por efecto de su disnea, sino que es preciso invocar más bien la insuficiencia de su tejido elástico y la ósificación precoz de sus cartílagos costales. Si la tuberculosis adopta casi siempre en los asmáticos la forma fibrosa, es porque su terreno es refractario a la evolución de la tuberculosis.

Como base del síndrome morfológico que condiciona el asma, Jaquelin invoca la herencia artrítica y la sífilis genital, más bien la primera que la segunda de estas entidades mórbidas. Este autor, además de sus investigaciones sobre la etiología del asma, ha emprendido otras en colaboración con su maestro Tinol acerca de la fisiopatología de esta afección.

El estudio del pulso arterial efectuado con la ayuda de gráficos en un buen número de asmáticos en el curso de los accesos disneicos y en sus intervalos, ha revelado a estos autores perturbaciones interesantes no señaladas hasta ahora.

1.^a Coincidiendo con la inspiración, se observa una disminución considerable de la amplitud del pulso, es decir, esa forma especial de arritmia conocida bajo el nombre crítico de pulso paradójico. Este trastorno es absolutamente constante en el curso de toda crisis de asma y empieza cuando ella empieza, sufriendo alternativas de acentuación y de disminución exactamente superponibles a las variaciones de la dificultad respiratoria y cesando cuando la crisis termina.

2.^a En el momento de los accesos de disnea se produce un descenso de la tensión arterial máxima que puede llegar a 2 o 3 centímetros de mercurio con relación a la cifra registrada algunos minutos antes cuando la respiración era tranquila.

3.^a Contrastando con este descenso de la tensión máxima, existe desde el principio una elevación de la mínima. Estos dos fenómenos dan lugar a una reducción paroxística de la tensión diferencial y tienen por consecuencia una disminución muy sensible de la amplitud oscilométrica.

4.^a En el momento del acceso se ve aparecer una aceleración del pulso.

Estos trastornos circulatorios han sido interpretados de la manera siguiente:

La aceleración del pulso se relaciona directamente con el descenso de la máxima.

La baja de la máxima y la elevación de la mínima traducen la existencia de un obstáculo que tiene su asiento a nivel de la circulación pulmonar.

La depresión inspiratoria del pulso no parece ser otra cosa que la exageración momentánea de la baja tensional debida a la reducción del paso sanguíneo en el momento de la inspiración.

Todos estos fenómenos no son imputables a una dificultad respiratoria causada por la disnea, sino que se explican por un trastorno vasomotor de la circulación pulmonar. (*Le Progrés Medical*, núm. 23, 6 de Junio de 1931).—T. R. Y.

Pasini. RELACIONES ENTRE LA ETIOLOGÍA Y EL TRATAMIENTO DEL LUPUS ERITEMATOSO.—Este interesante artículo es una información sobre el estado actual del tan discu-

tido tema de la etiología y el tratamiento del lupus eritematoso.

Etiología.—Desde el punto de vista clínico el lupus eritematoso es una dermatosis de caracteres perfectamente definidos. En lo referente a la etiología, reina, por el contrario, una extraordinaria incertidumbre. La etiología tuberculosa cuenta con gran número de partidarios, si bien ésta difiere en sus detalles de un modo notable de la de los tiempos antiguos. En los momentos actuales se discuten otras teorías con mayores o menores posibilidades de acierto, como son la influencia lútica, las causas físicas, las influencias tóxicas individuales, la infección estreptocócica, etcétera.

Se han estudiado estas cuestiones siguiendo diversos métodos de investigación:

Método clínico.—Se dividen en dos grupos los diferentes investigadores. Unos encuentran la tuberculosis en los sujetos afectados de lupus eritematoso en una proporción impresionante que va del 67 por 100 por el examen clínico al 77 por 100 por los antecedentes familiares y al 93 por 100 por la investigación radiográfica. Pero otros autores, siguiendo otros procedimientos de investigación, principalmente estadísticas comparadas de investigaciones de la tuberculosis en las diferentes dermatosis, han hecho descender estas proporciones al 28 por 100 y hasta al 7,5 por 100.

Método experimental.—Se ha empleado el estudio de las «reacciones focales» a la tuberculina (las reacciones locales y generales no eran valoradas). Se ha observado por este procedimiento aparecer verdaderos brotes nuevos de lupus eritematoso. Los resultados, sin embargo, son contradictorios.

Se ha empleado igualmente «la intradermorreacción con el extracto de lupus eritematoso» en los tuberculosos, habiéndose observado la producción de lesiones reactivas de tipo tuberculoso, lo cual no debe sorprender, porque el mismo lupus eritematoso presenta una textura francamente tuberculoide.

Se ha investigado igualmente el bacilo de Koch en las lesiones del lupus eritematoso, habiéndose obtenido resultados positivos únicamente en casos raros.

Las inoculaciones han dado también algunos resultados positivos.

Parece que de estos diversos resultados se desprende la opinión de que si la tuberculosis es el factor etiológico «principal», no es el «único», y que la asociación de otros actores es necesaria para la producción de esta lesión.

En favor de la posible relación etiológica del lupus eritematoso con la sífilis hablan la frecuente positividad serológica que en ellos se observa y los resultados favorables obtenidos en los mismos con el tratamiento específico. Para Ravaut no se trata de una acción directa del treponema, sino de «terreno sífilítico» o principalmente «heredosifilítico». Schaumann, practicando la reacción de Wassermann con dosis de suero superiores a las habituales, ha obtenido un elevado porcentaje de resultados positivos. Las investigaciones en este sentido han sido continuadas por el autor para estudiar la influencia etiológica de la sífilis, no habiéndose llegado a resultados convincentes.

Según ciertos autores, principalmente ingleses, la infección estreptocócica provoca focos que pueden existir en estado latente en el organismo y que en ciertos momentos pueden difundirse por el mismo y provocar reacciones inflamatorias de la piel directamente o por intermedio de los nervios. Esta acción puede ser ejercida por el propio germen o por sus toxinas. El autor de este trabajo, el profesor Pasini, ha observado un caso que parece venir a confirmar esta concepción patogénica.

Por su parte el mencionado autor llega a la siguiente ecléctica conclusión:

El lupus eritematoso debe considerarse, más que como una entidad nosológica verdadera y propia, dependiente de una causa única y constante, como un síndrome clínico que depende, según los casos, de uno o de tres procesos infecciosos, que por orden de mayor a menor frecuencia pueden citarse: la tuberculosis, la sífilis y la estreptococia. Esta afirmación no excluye que estos factores puedan ser considerados únicamente como generadores del terreno sobre el cual otros factores internos (alteraciones de la nutrición) o externos (excitantes mecánicos y químicos) provocaran la aparición de la dermatosis.

Terapéutica.—Estudia el autor en primer término el tratamiento por las sales de oro, llegando a la conclusión de que éste se impone actualmente a causa del extraordinario porcentaje de curaciones que proporciona, curaciones que son más frecuentes en los casos en que se comprueba la presencia del factor tuberculoso.

Las curas antisifilíticas han proporcionado a veces resultados impresionantes. En conjunto puede afirmarse que los tratamientos específicos no proporcionan los resultados tan frecuentes que el de las sales de oro.

Los tratamientos estreptocócicos han proporcionado éxitos a algunos autores por medio de vacunas, pero siempre de una manera mucho menos constante.

En último término hace el autor una referencia a los tratamientos proteínicos, la vacuna antitífica y las sales de tierras raras. (*La Medicina Italiana*, núm. 1, año 1931).—Dr. T. B.

RÉGIMEN DESEQUILIBRADO Y ENFERMEDAD.—En el Real Colegio de Cirujanos de Londres, y ante un auditorio distinguido que presidía Lord Moynihan, el coronel Roberto McCarrison, autoridad muy respetada en enfermedades por carencia y en bocio, dió dos conferencias sobre aspectos quirúrgicos en la nutrición deficiente. El gran valor de su obra radica en el hecho: que ha dado una demostración experimental rigurosa cuyas conclusiones prácticas son de suma importancia. El autor es director de la Fundación india de la Asociación de investigadores sobre estudios nutritivos. Sus laboratorios se hallan en Coonoor, en las Montañas Azules al sur de la India, en un clima sano e igual. Allí tiene en condiciones higiénicas ideales un gran acopio de ratas blancas, de las cuales utiliza unas mil por año. Son alimentadas con una dieta análoga a la de algunos pueblos del norte de la India, entre los cuales se hallan algunos de los más exquisitos ejemplares de la humanidad. Esta dieta consiste en harina total de trigo, pan ácimo, ligeramente untado con manteca reciente, legumbres, zanahorias crudas, coles, leche completa cruda y una pequeña ración de carne cruda con hueso una vez al mes. En estas condiciones no hay mortalidad infantil ni de adultos por causas naturales. Más de 1.000 autopsias no permitieron encontrar manifestaciones macroscópicas de enfermedades, excepto un quiste del hígado que contenía larvas de tenia. Se hizo una experiencia en gran escala alimentando ratas. También fueron puestas otras tantas en las mismas condiciones higiénicas de local, con dietas desequilibradas en la cuantía de sus componentes, como suele suceder en la de los pueblos indios, cereales y grasas vegetales, con o sin leche, manteca y vegetales frescos. Entonces se presentaron toda clase de enfermedades: de los pulmones, de la nariz, de los senos nasales, incluyendo otitis; de las vías aéreas superiores; de los ojos; gastrointestinales (dos cánceres del estómago); del aparato urinario; del genital (incluyendo muertes fetales y

partos prematuros); de la piel, incluyendo gangrena de los dedos; de la sangre; de la linfa y de varias glándulas; del sistema endocrino; del sistema nervioso; inestabilidad nerviosa y polineuritis; del corazón y edema. Mc Carrison deduce de esto que una dieta monolateralizada desproporcionadamente rica en cereales, y pobre en grasas animales, en leche y en vegetales frescos, determina en las ratas blancas una gran proporción de enfermedades análogas a las que sufre la humanidad. De todas las dietas que él ha usado, la compuesta de pan blanco, margarina, té, azúcar, compota, carne conservada y pequeña cantidad de vegetales recocidos, o sea la dieta de muchos ingleses, es una de las peores. No sólo usó las ratas, usó también conejos de Indias; conejos, palomas y monos, en todos los resultados fueron análogos. Entre éstos se vieron estados preescorbúticos, escorbuto y úlcera duodenal en conejos de Indias; bocio hiperplástico en conejos; beriberi en los pichones y colitis ulcerosa en los monos. En todas las especies los animales alimentados con una dieta conveniente se hallaban libres de manera notable de enfermedades y sujetos a ellas cuando estaban mal nutridos. Mc Carrison deduce que muchos de los achaques a que se halla sometido el hombre y que supone son su herencia forzosa, resultan sólo de una nutrición inadecuada, conclusión que viene defendiendo desde hace más de doce años. Pero reconoce que sus experimentos no deben ser aplicados al hombre con demasiada rigidez y que deben ser tenidos en cuenta también otros factores a los cuales se halla igualmente expuesto, aunque en general sus conclusiones son aplicables a la humanidad. Todas las condiciones quirúrgicas ocurren en animales cuya dieta contiene poca o ninguna vitamina A. En sus manos los alimentos que la contienen, como leche cruda, mantequilla, aceite de hígado de bacalao, zanahorias y vegetales frescos, protegen sus animales contra estas enfermedades, y no duda que en manos de los cirujanos serán muy útiles para proteger sus pacientes y prevenirles la recidiva de enfermedades después de operaciones. Entre estas enfermedades quirúrgicas, insiste en los adenoides, las otitis medias, las úlceras gastroduodenales, los trastornos ginecológicos, los cálculos urinarios, el bocio linfadenóide y la enfermedad de Graves. Determina en las ratas el bocio con una nutrición deficiente, pero ignora la causa excitante, que no es la deficiencia de yodo; está seguro que ocurre en dieta deficiente. (Del *Journ. American Med. Assoc.*, 4 de Julio de 1931. Corresponsal de Londres.)

K. Schlapper. LAS ALTERACIONES DE LA FORMA DEL CORAZÓN EN LA TUBERCULOSIS PULMONAR.—En 1749 decía Senac que la causa de muchas palpitations no debía buscarse en el corazón, y Hirtz afirmaba, posteriormente, que si un paciente se quejaba de disnea convenía explorar el corazón, y si de palpitations, los pulmones. Desde muy antiguo se ha mencionado la pequeñez relativa del corazón en los tuberculosos. Posteriormente se vió que esta pequeñez era uno de los síntomas del hábito asténico, hábito que antes se consideraba como causa predisponente a la tuberculosis mientras que hoy día se estima por muchos como resultado de procesos tuberculosos infantiles. El autor ha querido comprobar mediante la exploración con el teleroentnograma si, en efecto, las relaciones entre diámetros transversales del corazón y tórax era en los tuberculosos igual a 1 : 2 como en los normales o sensiblemente inferior. Desde luego vió que en un tanto por ciento relativamente crecido esta relación no existía, pues el diámetro transversal del corazón valía menos que la mitad del torácico y aparecía la forma llamada de corazón en gota. Que no se trataba de una atro-

fía de la musculatura, gemela de la atrofia muscular generalizada de estos enfermos, se deducía de que precisamente esta forma era más abundante en los tuberculosos incipientes que en los ya avanzados, por lo que se pensó que la causa residía en el descenso del diafragma, frecuente en estos enfermos, descenso debido al tórax alargado del hábito asténico. Al perder el corazón su apoyo en el diafragma quedaba péndulo de los grandes vasos, quedaba más vertical y aparecía en la imagen radioscópica en forma de gota. Sin embargo, Kraus afirmaba que existía una hipoplasia primitiva del miocardio. El autor ha comprobado que examinando el corazón primero en posición de pie y luego estando echado el enfermo, con lo que se eliminaba el factor descenso del diafragma, aumenta en la segunda posición el diámetro transversal del corazón llegando en muchos casos a ser igual a la mitad del torácico y de paso pierde su forma anterior y sólo en un escaso número vió que aumentara el diámetro transversal sin cambiar la forma; pero cuando existían adherencias diafragmáticas que apenas permitían modificar la posición del diafragma al cambio de posición también cambiaba la forma del corazón, lo que atribuye a que estando echado se llenan mejor y más ampliamente corazón y grandes vasos, y sólo esto es, a su juicio, lo que hace cambiar la relación de los diámetros y sombras en la imagen radiográfica. Probablemente al cambiar de posición se modifica igualmente el tono de los vasos del esplánico. De todo esto deduce la certeza de la teoría de Kraus.

Esta hipoplasia primitiva del miocardio explica los síntomas de acomodación defectuosa del corazón a su trabajo, entre los que incluye la sensación de fatiga a los esfuerzos musculares mínimos, las palpitations, la taquicardia permanente y la hipotensión vascular. Algunas veces en vez de taquicardia se observa bradicardia con hipotensión. Rechaza el autor la hipótesis de una compresión del vago para explicar parte de estos síntomas. Hace consideraciones sobre la existencia de soplos cardíacos; unos anorgánicos y sistólicos, como los que se observan en todos los asténicos, otros presistólicos, frecuentes en los tuberculosos que tienen corazón en forma de gota, y acerca de cuya etiología andan desconformes los clínicos. Al progresar la tuberculosis van desapareciendo estas formas de corazón de gota efecto de las múltiples y frecuentes adherencias entre bordes pulmonares y corazón. Además el ventrículo derecho se hipertrofia por el sobreesfuerzo que realiza dadas las dificultades con que tropieza la circulación pulmonar, y todo esto hace que aumente el diámetro transversal.

El neumotórax no tiene influencia directa sobre la forma del corazón, y los desplazamientos y cambios que se observan son pasivos y precoces por cambios de posición de me diastino o tardíos por mejoría del enfermo. La exéresis del diafragma tiene, en cambio, acción directa mejorando muchas molestias cardíacas y provocando cambios rápidos en la forma y amplitud de los diámetros transversales del corazón. (*Muenchener med Woch.*, 1931, núm. 31).—F. G. D.

H. Thiers. VALOR SEMIOLÓGICO DE LA ENDOXILEMIA EN LAS ENFERMEDADES DE LOS RIÑONES.—En el año 1911, Obermayer y Popper mencionaron por vez primera la retención del indoxil en la sangre de los urémicos. Posteriormente, muchos han sido los trabajos publicados sobre esta cuestión, especialmente en Alemania. En Francia, por el contrario, puede considerarse que el que resumimos en este momento es el primero que enfoca esta cuestión de tan singular valor práctico.

En este artículo recuerda su autor brevemente las nociones fisiológicas y químicas necesarias para la comprensión

del ciclo del indoxil en el organismo y más adelante muestra las deducciones prácticas que se han desprendido de la práctica de la reacción de Jolles en 104 casos personales de nefropatías.

En las anurias, el indoxil retenido tiene una misma significación que la urea y su estudio no presenta ventajas sobre este último.

En las nefritis agudas es retenido el indoxil de una manera inconstante, cuando hay azotemia. Cuando está retenido indica un pronóstico severo. En relación con la urea su retención es más tardía y desaparece antes que ésta.

En las nefritis subagudas, la retención del indoxil es tardía y su aparición indica el paso a la cronicidad de las lesiones, aun cuando la urea tienda a bajar, de donde se deduce su extraordinario valor pronóstico.

En el curso de las albuminurias crónicas, el indoxil no es retenido más que en la nefritis crónica azotémica con o sin hipertensión. Los alemanes admiten que su retención se efectúa antes que la de la urea y el autor refiere una observación afirmativa en este sentido. Esta retención aparece como constante en la nefritis crónica urimígena, manteniéndose en una cifra fija e irreductible, sean cuales fueren las fluctuaciones de la urea.

En las hipertensiones simples sin factor renal no hay retención de indoxil. Cuando la hipertensión está ligada a una nefritis crónica indiscutible, pero de evolución más vascular que urimígena, la retención del indoxil es posible, pero rara.

El indoxil pasa fácilmente en los exudados y trasudados pleurales y peritoneales, no encontrándose, por el contrario, en el líquido cefalorraquídeo más que a título excepcional y en estadio terminal. Por último, no es retenido más que en pequeñas cantidades en los parénquimas. El autor explica estos hechos mostrando que el indoxil del suero no es filtrable.

El indoxil no interviene en la patogenia de la intoxicación urémica y es únicamente testimonio de la retención de cuerpos aromáticos.

Resulta un hecho paradójico, que todavía no ha podido ser explicado, al ver que la urea químicamente simple y físicamente difusible es retenida con facilidad, mientras que el indoxil, cuerpo aromático y no difusible, es retenido con mucha dificultad.

Existe posiblemente una relación entre el tipo de la lesión renal y la retención del indoxil. El autor estima que esta retención se efectúa cuando la lesión está generalizada a la totalidad del tubo urinífero, glomérulo y tubuli y a la totalidad del parénquima renal. (*Le Jour. de Med. de Lyon*, año XII, núm. 271).—PRENAIS.

E. Roubaud ESTUDIOS EXPERIMENTALES SOBRE LAS GENERACIONES Y LAS FASES BIOLÓGICAS DEL «ANOPHELES MACULIPENNIS».—Los estudios en serie del anopheles maculipennis permiten pensar que su ciclo anual debe comprender de tres a cuatro generaciones. El ciclo anual, cuyo número de generaciones varía sin duda según las razas o los tipos genéticos locales, se interrumpe espontáneamente por la aparición de la condición de astenobiosis en las hembras.

Las hembras asténicas que pueden o no aceptar las tomas de sangre son ineptas a la puesta durante varios meses y el calor difícilmente vuelve a despertar su función ovárica.

El estado asténico puede en condiciones experimentales de criadero manifestarse excepcionalmente desde la primera generación postinvernal; se hace tanto más frecuente y especial en las hembras cuanto se avanza en el número de generaciones sucesivas.

En la naturaleza, la astenobiosis en las hembras, al cabo de cierto número de generaciones, es probablemente más regular y menos precoz que en los criaderos artificiales, acaso por obedecer más claramente a influencias exclusivas de la fatiga cíclica de las generaciones. En el laboratorio, las condiciones de criadero añaden sus efectos a los de la fatiga cíclica normal, al punto de hacer más precoces y más irregulares las manifestaciones de la astenia específica.

Al menos las experiencias de laboratorio confirman, como en la naturaleza, que la astenobiosis sobreviene espontáneamente, en virtud de causas fisiológicas internas y no de la temperatura exterior.

En el estado actual experimental, las condiciones fisiológicas de las hembras invernantes, se trata de sus aptitudes a la picadura o del grado relativo de su engrasamiento invernal, podrían sea difícilmente interpretadas como caracteres de razas estrictas.

Experimentalmente se muestra que en la descendencia de un mosquito nada tan variable como la aptitud hematófaga y la de engrasamiento. En una misma línea de mosquitos, cuya raza original pica en el invierno, pueden parecer individuos que rechazan totalmente la sangre durante toda su existencia y otros que la aceptan o son individuos pletóricos, muy cargados de reservas adiposas, mientras que otros están debilitados.

Si es posible en el paludismo la existencia de razas de maculipennis, caracterizadas por la aptitud de las hembras invernantes a un engrasamiento específico que los dispensa completamente de recurrir a la hemofagia durante todo el invierno, no se podrá admitir definitivamente hasta tanto se compruebe por las tomas sistemáticas en serie.

No parece, además, que la cuestión del paludismo residual invernal presente exclusivamente particularidades biológicas de raza de los anofeles locales (*Rivista di Malaria logia*, Roma, Enero-Febrero 1931, fascículo I, año X, pág. 1).
M A C

H. Hartmann RESULTADOS ALEJADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS DE LA PEQUEÑA CURVADURA.—Con objeto de poder juzgar del valor terapéutico de los numerosos procedimientos empleados contra la úlcera de la pequeña curvatura, el autor ha estudiado los enfermos operados por él.

Gastroenterostomía—Hartmann ha logrado seguir 50 gastroenterostomizados durante un tiempo que varía entre uno y veintidós años; 27 no han presentado ningún trastorno gástrico, no siguiendo ningún régimen y pudiendo ser considerados como curados. Cinco se encuentran bien, pero siguen un régimen. Ocho han presentado secundariamente trastornos que en cuatro han desaparecido después de algunas semanas de régimen y en dos han obligado a intervenir de nuevo por presentar uno signos de retención gástrica y el otro violentas crisis dolorosas. En dos casos, por último, se han presentado tardíamente signos de cáncer: en uno a los quince meses de la operación y en el otro cinco años más tarde.

Resección simple de la pequeña curvatura—Únicamente tres enfermos de los sometidos a este tratamiento han podido ser seguidos. Uno de ellos ha estado bien durante un año; después, y a pesar de un régimen riguroso, ha sufrido crisis de diarrea por insuficiencia de la digestión de los hidratos de carbono. En el segundo, catorce meses después de la operación han reaparecido los trastornos, que fueron curados por una gastroenterostomía. El tercero estuvo bien durante seis meses, al cabo de los cuales reaparecieron los trastornos.

Resección con gastroenterostomía complementaria.—Veinticuatro enfermos de los operados por el autor han podido ser seguidos posteriormente.

Dos de los operados con el diagnóstico de úlcera callosa padecían en realidad una ulceración cancerosa y sucumbieron: uno al cabo de cuarenta y nueve meses de recidiva con ascitis y otro después de dos años y medio con lesiones pulmonares y vertebrales.

Uno operado de úlcera callosa tuberculosa continúa curado después de seis años. Trece operados que no siguen ningún régimen no presentan el menor trastorno gástrico. Ocho los tienen: en cuatro de los cuales desaparecieron rápidamente con régimen y en otros cuatro fueron más serios y rebeldes, requiriendo una nueva intervención.

Resecciones segmentarias.—De los enfermos operados según el método de Billroth, cinco no han presentado ningún trastorno digestivo y tres, portadores de úlceras cancerosas, han muerto al cabo de algunos meses.

De cuatro enfermos en los que se había practicado una resección falciforme de la casi totalidad de la pequeña curvadura, tres no presentaban ningún trastorno y el otro conserva aún las digestiones un poco lentas.

Dos operados según la técnica de Kocher continúan perfectamente después de doce y veinticinco años, respectivamente. Uno que padecía una úlcera cancerosa se encuentra igualmente en buen estado, si bien no van transcurridos desde la operación más que dieciocho meses.

Seis operados según el procedimiento de Reichel-Polya están bien. Uno ha visto reaparecer sus dolores con la misma intensidad al cabo de siete meses.

Operaciones para el estómago bilocular.—En 12 enfermos operados con gastrectomía anular, ocho, sin seguir ningún régimen, no presentan el menor trastorno gástrico. Dos han permanecido bien durante algunos años, al cabo de los cuales han tornado a padecer dolores y han tenido que someterse a régimen. Los restantes siguen un régimen relativo y padecen agrios cuando se fatigan.

Nueve gastroenterostomizados sobre la bolsa cardíaca, han podido ser observados seguidamente. Cuatro se encuentran perfectamente y no han seguido ningún régimen. Otro que se encontraba bien de su padecimiento gástrico ha sucumbido después de una operación para un cáncer del recto. Otro operado de nuevo por reaparición de los dolores falleció después de una operación de Polya. Un tercero falleció al cabo de dieciocho meses. Otro, dos años después de la operación tuvo una melena abundante. Por último, otro enfermo tiene de cuando en cuando ligeros vómitos biliosos.

Dos gastroenterostomizados dobles sobre la bolsa cardíaca y sobre la bolsa pilórica no han podido ser seguidos.

Gastroplastias.—Seis gastroplastias han sido seguidas, dos después de tres y trece años, sin ningún trastorno gástrico. En un caso la gastroplastia no ha dado ningún resultado y ha sido necesario practicar una gastrogastrotomía y después una gastroenterostomía que han sido seguidas de curación.

Resección de la pequeña curvadura y gastroenterostomía.—Dos resecciones de la pequeña curvadura, combinadas con gastroenterostomía, han producido curaciones mantenidas durante tres y tres años y medio respectivamente.

Gastropilorectomía.—Cuatro gastropilorectomías han conducido a una desaparición de los trastornos, que se mantiene después de uno, dos, dos y medio y cuatro años.

Conclusiones.—Esta observación a larga fecha de los operados de úlceras de la pequeña curvadura demuestra que, contrariamente a lo que *a priori* podría creerse:

1.º La resección de la úlcera no es una operación radi-

cal. Un determinado número de operados tienen recaídas de sus trastornos gástricos después de un tiempo variable.

2.º La resección de una úlcera no evita el desarrollo de una úlcera péptica.

3.º La simple gastroenterostomía es la que de una manera general proporciona mejores resultados. (*Gazette des Hôpitaux*, 27 de Agosto de 1930).—DR. J.

Cade y Mlihaud. SÍFILIS HEPÁTICA DE FORMA PSEUDONEOPLÁSICA.—La hepatitis sífilítica terciaria esclerogomosa es capaz de producir una hipertrofia y unas deformaciones del hígado que pueden dar lugar a confusiones con un tumor hepático o extrahepático y determinar una intervención quirúrgica. Esta forma, llamada quirúrgica, de la sífilis del hígado puede llegar a ser una forma pseudocancerosa, cuando la alteración del estado general viene a añadirse a las modificaciones de forma y de volumen y de consistencia del órgano.

Según los casos, hace pensar en un cáncer primitivo del órgano, ya en uno secundario o en una neoplasia de un órgano vecino.

El diagnóstico es bastante difícil por lo general. En los casos de sífilis bastante antigua faltan con mucha frecuencia los datos anamnésicos y los estigmas clínicos de la infección pasada. La comprobación de una esplenomegalia tiene un considerable valor, pero no es constante. La evolución lenta y la alteración menor del estado general, inclinan el ánimo en el sentido de una sífilis hepática. Las reacciones serológicas tienen, como se comprende, un extraordinario valor en estos casos.

La laparotomía exploradora por sí misma no es capaz en muchos casos de precisar el diagnóstico, debiendo, por lo tanto, ceder su lugar al tratamiento de prueba en los casos en que lo creamos preciso. Este tratamiento consistirá, principalmente, en la aplicación de inyecciones de mercurio o bismuto, con cuyos medicamentos, en el caso en que no hayamos dejado de progresar demasiado la enfermedad, pueden conseguirse resultados notables. (*Journal de Med. Lyon*, núm. 279, 1931).—DR. TOMÉ BONA.

Tamalet, Abadie y Valatx. LEPRO CUTÁNEA EDEMATOSA DE EVOLUCIÓN RÁPIDA. ACCIÓN EFICAZ DEL ACEITE DE CHAULMOOGRA.—Presentan los autores un malgacho de veintitrés años que llevaba viviendo dos en Francia, al que le aparecieron en Marzo de 1931 unos nódulos cutáneos que en poco tiempo se extendieron hasta ocupar la totalidad del tegumento.

Paralelamente, la cara y los cuatro miembros fueron asiento de un edema progresivamente creciente, duro e indoloro. La evolución de estos accidentes era apirética. No se observaban tampoco lesiones viscerales de ningún género. Orinas sin albúmina ni azúcar. Cloruremia normal. Ligera anemia globular, con fórmula leucocitaria normal.

El líquido cefalorraquídeo presentaba una ligera linfocitosis; seis elementos por milímetro cúbico. Albúmina, 0,40. Cloruros, 7,30. Reacciones Wassermann y de Hecht negativas. Ausencia de rinitis; conserva las fosas nasales en perfecto estado.

La biopsia de uno de estos elementos puso de manifiesto el bacilo de Hensen en gran cantidad.

El enfermo fué sometido a un tratamiento con aceite de Chaulmoogra a partir del 4 de Mayo, a dosis progresivas, comenzando por diez gotas y aumentando cuatro cada día.

El 26 de Mayo, el enfermo, que ha alcanzado una dosis de CXXX gotas, presenta una notable mejoría. Los edemas han desaparecido por completo y se ha detenido la disemi-

nación de los lepromas por el cuerpo. Parece también que los ya existentes se encuentran en manifiesta regresión. (*Bull. de la Soc. de Med. et Ch. de Toulouse*, Mayo de 1931.) TOMÉ BONA.

A. Bassemans y P. Lambin. LAS MODIFICACIONES DE LA FÓRMULA LEUCOCITARIA DEL CONEJO EN EL CURSO DE SU INFECCIÓN POR EL «TREPONEMA PALLIDUM» O «TREPONEMA CUNICULI».—Los autores han efectuado una larga y minuciosa serie de experiencias sobre el conejo, cuyos resultados pueden resumirse en las siguientes conclusiones:

1.^a Los conejos portadores de sífilomas testiculares, estén o no complicados con lesiones metastásicas debidas al treponema, tienen fases pasajeras y variables de manifiesta monocitosis. Este fenómeno, sin embargo, no ha sido comprobado en cinco casos únicamente afectos de sífilis ocular primaria.

2.^a En los conejos que presentan lesiones sífilíticas metastásicas diversas, se ha encontrado un porcentaje medio de leucocitos basófilos menor que en los animales afectos de lesiones treponémicas primarias. La basiopenia irá, por lo tanto, algunas veces a la par que la disminución de la resistencia del terreno.

3.^a En la treponemosis espontánea del conejo, compruébase también fases irregulares de monocitosis y una cifra media de basófilos claramente inferior a la normal. Por lo tanto, la fórmula leucocitaria no permite diferenciar esta afección de la treponemosis sífilítica del conejo. (*Rev. Bel. des Scien. Méd.*, tomo III, núm. 6, 1931).—TOMÉ.

L. Spillmann. DERMATOSIS Y OPOTERAPIA.—La única clasificación verdadera de las dermatosis sería la orientada desde el punto de vista etiológico. Por desgracia son muy frecuentes los casos en que ésta se nos escapa y hay que conformarse con clasificar con arreglo únicamente a las manifestaciones objetivas más frecuentes. El profesor Spillmann de Nancy, auxiliado por sus colaboradores, ha emprendido una serie de investigaciones en el sentido de determinar el papel de las disfunciones endocrinas en la patogenia de las enfermedades cutáneas. La influencia de este factor es indudable, pero sería un error deducir de este hecho que existen dermatosis únicamente debidas a los trastornos endocrinos. Estos marcan sus cualidades individuales, las cuales tienen su importancia en la producción de las dermatosis. El método de los tets, con todas las investigaciones que implica, podría proporcionar resultados notables en el caso de que fuera fácilmente posible llevarlos a la práctica.

Debe de todos modos procurarse por todos los medios determinar la dominante etiológica, la glándula que representa el primer papel. La opoterapia podrá en determinados casos restablecer el equilibrio del organismo y curar la lesión cutánea. (*Bruxelles Medical*, núm. 47).—DR. T. B.

Gran y Trias. CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA MELANOGÉNESIS.—La teoría biológica moderna de la oxidación pretende explicar el vasto capítulo de la melanogénesis sin hacer intervenir los agentes físicoquímicos, que tienen una importancia, por lo menos, igual.

El autor trata de demostrar en este trabajo el papel indispensable de los rayos solares en el mecanismo de la pigmentación y propone una teoría que no se funda sobre pruebas experimentales, sino sobre hechos prácticos, tales como el oscurecimiento de los tegumentos expuestos al sol, los rayos ultravioleta o los rayos X.

Considera la piel en su conjunto como una vasta glándula de secreción interna que elaboraría el cromógeno. Una

parte de esta sustancia, modificada por el sol, se fijaría en su lugar. La otra pasaría al torrente circulatorio y sería transformada en adrenalina en las cápsulas suprarrenales.

Un verdadero antagonismo funcional existiría en este caso entre estos dos aparatos endocrinos. El equilibrio entre ambos se encontrará roto en las dermatosis caracterizadas por un exceso o un defecto de pigmento. (*Bol. de la Soc. Cub. de Der. y Sif.* vol. 1.º, núm. 34).—DR. T. B.

ENSAYOS SOBRE SUSTANCIAS EXCITANTES EXISTENTES EN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.—El profesor Haberlandt, de Niesbruck, en el *M. M. W.*, núm. 36, 1930, dice que hace ya cuatro años, antes de los trabajos de Steinach y de él mismo, Sherrington aceptó teóricamente la formación intracental de sustancias irritantes (y también sustancias inhibitoras). Desde el punto de vista práctico se puede prever la utilización de la organoterapia en enfermedades del sistema nervioso central, lo que ya han intentado Telkin, Briand, Guirand y otros, sobre todo con la prescripción de sustancia cerebral en casos de epilepsia, de neurastenia, de agotamiento nervioso. Rosin elogió los resultados conseguidos por él con su preparado cerebral, en casos graves de parálisis agitantes (administración por la boca). Lampl trató con éxito casos de encefalitis crónica epidémica utilizando inyecciones de extractos cerebrales. Por último, en los últimos meses he leído informes del buen resultado conseguido con la dieta de sustancia cerebral cruda (de ternera o vaca) en sellos, de modo que puede despertarse la esperanza de poder utilizar la organoterapia en este campo de la Medicina, de enfermedades o de reducción de funciones del sistema nervioso central, sobre todo cuando se consigan preparados de sistema nervioso central en intensidad adecuada, especialmente para poder ser administrados al interior. Pues este método terapéutico logrará el mayor éxito, sobre todo después que mis ensayos han demostrado en los animales de sangre caliente el efecto de la sustancia excitante del cerebro administrada por la boca.—P. M.

J. M. Gomes. DESCUBRIMIENTO SEROLÓGICO DE LA LEPROA LATENTE.—Todo individuo que vive en contacto con un leproso, principalmente si es niño, recibe y acoge en la intimidad de sus tejidos al bacilo de Hansen.

Muchas veces el microorganismo da ligeras muestras de su presencia, pero otras, bien por debilitación del foco infectante, bien por otras razones, no da manifestación alguna y confiere inmunidad como el B. C. G. en la tuberculosis.

En otras ocasiones el microorganismo no se anula y comienza una evolución extraordinariamente lenta, latente, hasta que un día por un estímulo violento de cualquier clase comienza, de un modo lento también, a manifestarse por síntomas vagos e imprecisos.

De la investigación sistemática de estos casos latentes depende, en opinión del autor, que las actuales leproserías pudieran desaparecer en un día no distante.

Con este fin ha estudiado el autor la desviación del complemento en un extraordinario número de casos, llegando a poder formular las siguientes conclusiones:

Todos los casos en que se observó positiva la desviación del complemento habían padecido algunos meses antes manifestaciones inequívocas de la presencia del bacilo de Hansen, ya fuera en el moco nasal, en los ganglios linfáticos o en los nervios.

Los casos que se mantuvieron junto al foco infectante, en el momento en que se efectuó la observación presentaban claros progresos del mal.

En un caso, cuando perdió contacto con el foco infectan-

te, ya estaba bastante avanzada para poder retroceder por sí sola. No había, sin embargo, signos clínicos, pero la investigación del germen dió resultado positivo fácilmente en el moco nasal, en los ganglios submaxilares.

Sometidos a tratamiento son indiscutibles las mejorías que se obtienen en estos casos.

En resumen, por lo tanto, es de aconsejar el empleo sistemático de la desviación del complemento para descubrir estos casos de lepra latente, que tan peligrosos son para la diseminación de esta enfermedad. (*Brasil Médico*, 18 de Julio de 1931).—T. B.

M. Vilem Uher. CONTRIBUCIÓN A LA CLASIFICACIÓN DE LOS CARCINOIDES DEL APÉNDICE.—La cuestión de la clasificación de los carcinoides del apéndice está en la actualidad sin resolver. La dificultad de este problema estriba en el hecho del desconocimiento de las causas de los carcinoides benignos. El examen histológico nos sorprende revelando un epiteloma de marcha infiltrante muy lenta, sin metástasis, sin recidivar, todo lo cual excluye la idea de malignidad real.

Un caso clínico personal como el de Hasengaw, prueba la existencia de carcinoides malignos capaces de recidivar. Los carcinoides responden a un estadio de evolución en la serie de los blastomas. Son los verdaderos blastomas en el estadio de su benignidad. Estos carcinoides benignos pueden cambiarse en blastomas malignos en casos o terreno favorable a la marcha filtrante maligna de estos tumores.

En cuanto a las células argentafines, las encontramos no solamente en los carcinoides benignos, sino también en los carcinoides malignos. Es cierto que, a veces, el número de de las células argentafines en los carcinoides malignos es muy restringido. Las «células amarillas», por último, no se caracterizan solamente por su poder reductor de las sales de plata, sino que guardan este poder reductor frente a otras sales, como las de cromo y de cobre. Los fracasos de otras sales (hierro, plomo, bismuto) obedecen al volumen molecular del colorante empleado. (Publicaciones de la Facultad de Medicina. Brno, Tchechoslovaquie, tomo VII, fascículo 61-69, pág. 145).—M. A. C.

Antonio Paiva. ALERGIAS Y ANALERGIAS EN LA SÍFILIS.—A todo enfermo luético, reciente o antiguo, tratado o no tratado, debe investigársele su analergia por medio de la I. R. de Dujardin Décamps.

A todo enfermo luético en tratamiento es de mayor importancia vigilar su estado alérgico que vigilar la intensidad de las serorreacciones.

A todo enfermo luético en estado anérgico se le debe sensibilizar con inyecciones de hemostyl, variables en cantidad de $\frac{1}{2}$ a 5 c. c., según sea la rebeldía de la afección, y variables en dos días a una semana de intervalo. (*Med. Mod.*, Chile, Agosto 1931.)

J. Belehraddek. LA RELACIÓN ENTRE LA ADAPTACIÓN TÉRMICA DE LOS ORGANISMOS Y EL VALOR DE LOS COEFICIENTES TÉRMICOS DE SUS FUNCIONES.—El mecanismo fisiológico de la adaptación de los organismos a la temperatura ha sido investigado por diversos autores, sobre todo en cuanto a los factores siguientes:

- Disminución del contenido en agua del protoplasma.
- Composición química especial de la materia viva.
- Modificaciones de la permeabilidad.
- Adaptación térmica de las proteínas protoplasmáticas.
- Adaptación térmica de las diastasas.
- Adaptación del punto de fusión de los cuerpos grasos y de los fosfátides celulares.

Los resultados experimentales de los diversos investigadores permiten concluir que el último entre estos factores es el más probable.

Por una serie de ejemplos, tomados de los resultados numéricos de otros diversos autores y calculados según autor, está demostrado que los coeficientes de temperatura de las funciones biológicas más diversas de organismos diferentes, animales y vegetales, son tanto más elevados cuanto la temperatura media, a la que vive el protoplasma de especie estudiada, es más elevada.

El estudio de la literatura sobre la materia permite ver que algunos biólogos han valorado esta regla en casos aislados, pero ninguno de ellos ha llegado a formular esta regla como ley general.

La relación entre termofilia de los organismos y el tamaño de sus coeficientes de temperatura se explica: a) por hipótesis del autor que los coeficientes de temperatura de los procesos biológicos son los indicadores de la viscosidad relativa de las fases reactivas del protoplasma, y b) por hipótesis que la viscosidad del protoplasma aumenta, por efecto de la adaptación térmica, a causa del aumento de viscosidad de las grasas y de los fosfátides protoplasmáticos cuyas soldaduras etilénicas disminuyen en número cuando la temperatura media se eleva. (Publicaciones de la Facultad de Medicina. Brno, Tchechoslovaquie, 1930, tomo 9, fascículo 86-98, página 81).—M. A. C.

Nacionales

Massa: MOVILIDAD DUODENAL.—Conclusiones: 1.ª El duodeno movable es una afección congénita.

2.ª Las partes más comúnmente movibles corresponden a la primera y segunda porción.

3.ª Generalmente se encuentra acompañado de otra afección gástrica, duodenal o vesicular.

4.ª Los síntomas clínicos que pueden hacer presumir son: Primero, la atenuación o desaparición total de los síntomas gástricos a la posición acostada, y segundo, que en posición acostada jamás existen trastornos gástricos.

5.ª El único medio de hacer un diagnóstico de certeza es el examen radiológico.

6.ª El tratamiento de las formas simples sin complicaciones debe reducirse al régimen dietético y cintura hipogástrica.

7.ª Para las formas complicadas con úlcera, sobre todo duodenales, que son las más frecuentes que se producen debido a la éstasis, nos inclinamos a la operación de Pean modificada por Billroth. (*La Medicina*.)

S. Brites. ASPECTOS MORFOLÓGICOS DEL SARCOMA DE LA MAMA.—El sarcoma es de las menos frecuentes de las neoplasias de la mama, no siendo en rigor posible todavía determinar la frecuencia por confundirse con fibromas y fibroadenomas, confusión que se extiende hasta el terreno microscópico. Ha reunido el autor diez casos.

No hay sarcomas cuyo terreno de desenvolvimiento sea exclusivamente la mama. La mayor parte de los sarcomas de mama son tumores mixtos; los sarcomas puros son muy raros. El sarcoma de la mama es estructuralmente proteiforme, no habiendo motivos que justifiquen su clasificación según las dimensiones de sus células. Una única clasificación se puede admitir justamente: sarcomas globocelulares y fusocelulares. Detalla la estructura histológica de estos tumores. Las particularidades morfológicas del sarcoma de mama explican su malignidad. (*Com. al Cong. Hisp. Por. de Gin., Clínica y Laboratorio*, VI, 1931.)

s diversos investiga-
entre estos factores

os de los resultados
calculados según el
ntes de temperatura
s de organismos di-
o más elevados cuan-
el protoplasma de la

materia permite ver
regla en casos ais-
a formular esta rela-

rganismos y el tama-
e explica: a) por la
de temperatura de
res de la viscosidad
oplasma, y b) por la
asma aumenta, por
del aumento de la
es protoplasmáticos
en número cuando
ciones de la Facul-
1930, tomo 9, fas-

onclusiones: 1.ª El
nita.

ribles corresponden

añado de otra afec-

a hacer presumirlo
ón total de los sín-
segundo, que en la
os gástricos.

óstico de certeza es

uples sin complica-
co y cintura hipo-

úlceras, sobre todo
ue se producen de-
ración de Pean mo-

DEL SARCOMA DE
uentes de las neo-
posible todavía el
se con fibromas y
e hasta el terreno
sos.

envolvimiento sea
te de los sarcomas
as puros son muy
aturalmente protei-
en su clasificación
a única classifica-
as globocelulares
stológica de estos
as del sarcoma de
Con. Hisp. Por. de

—Por renuncia, la de médico titular de Pedrosa del Prín-
cipe y su anejo Vallanilla (Burgos), partido judicial de Cas-
trojeriz, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población,
685; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 14;
instancias hasta el 14 de Enero.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa a 6 kilómetros de la cabeza de partido y
a 48 de la capital. Estación más próxima, Villaquirán, a 23
kilómetros. Carretera. Río.

—Por defunción, la de médico titular de Consell (Balea-
res), partido judicial de Inca, con el haber anual de 2.200
pesetas. Población, 1.807; categoría 3.ª; familias incluidas en
la Beneficencia, 2; instancias hasta el 14 de Enero.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa con Ayuntamiento, a 19 kilómetros de la
capital y a 9 de la cabeza de partido. Carretera. Ferrocarril.

—Por renuncia, la de médico titular de Collado de Vi-
llalba (Madrid), partido judicial de El Escorial, con el haber
anual de 1.650 pesetas. Población 2.738; categoría, 4.ª; fami-
lias incluidas en la Beneficencia, 100; instancias hasta el 14
de Enero.

Observaciones.—Concurso de méritos. Hay otro titular.
Guardia civil.

Datos.—Villa con Ayuntamiento, a 12 kilómetros de la
cabeza de partido y a 38 de Madrid. Carretera. Río Guada-
rrama. Ferrocarril.

Practicantes.

- El Frago (Zaragoza). 375 pesetas. 9 de Enero.
- Letúa (Zaragoza). 388 pesetas. 9 de Enero.
- Madroñera (Cáceres). 750 pesetas. 10 de Enero.
- Jaraiz de la Vera (Cáceres). 600 pesetas. 10 de Enero.
- Durango (Vizcaya). 750 pesetas. 11 de Enero.
- Aldeanueva de la Vera (Cáceres). 600 ptas. 8 de Enero

MONOGRAFÍAS

Tomo encuadernado con 128 páginas 1,50 ptas.

(Para los suscriptores de EL SIGLO MEDICO)

Se encuentran a la venta las siguientes:

- I. **Hemoptisis tuberculosas y no tuberculosas**, por el Dr. Valdés Lambea.
- II. **La demencia precoz**, por el Dr. Vallejo Nágera.
- III. **Diagnóstico y tratamiento de las dermatosis más frecuentes**, por el Dr. Javier María Tomé y Bona.
- IV. **Los problemas clínicos de la úlcera del estó-
mago**, por el Dr. Fidel Fernández Martínez (de Granada).
- V. **La blenorragia aguda y su tratamiento**, por el Dr. Angel Pulido Martín.
- VI. **El médico rural ante las distocias más frecuen-
tes**, por el Dr. Vital Aza.
- VII. **Los problemas clínicos del estreñimiento re-
belde**, por el Dr. Fidel Fernández Martínez (de Granada).
- VIII. **La Epilepsia**, por el Dr. José M.ª de Villaverde.
- IX. **El médico práctico ante la difteria y sus com-
plicaciones. Intubación laríngea**, por el Doctor García Vicente, y **Alteraciones de la voz. Lari-
ngitis y ronquera**, por el Dr. Huarte Mendicoa. (Dos Monografías en una.)
- X. **El tratamiento del reumatismo**, por el Dr. Fe-
derico Peco.

La SUDACION CIENTIFICA por el baño de vapor supervaporizado y medicamentoso.

100 hasta 400 grados de calor **sin quemar la piel.**

APARATO PORTATIL: Peso, 2 kilos.

RECOMENDADO por las más altas autoridades mé-
dicas, **Dr. CURIE**, etc., como el BAÑO más per-
fecto, más eficaz, cómodo, barato y sencillo.

NO DEBILITA. LIMPIA Y REFRESCA
la sangre.

REGULARIZA LA CIRCULACION, LA FUNCION
CARDIACA, cura las palpitaciones.

SUPERA todos los métodos balneoterápicos
conocidos.

PRODUCE —esto es lo más asombroso— a un tiem-
po los tres elementos contrarios: CALOR HÚMEDO,
CALOR SECO, AIRE CALIENTE, lo que garantiza
los más notables efectos terapéuticos, especialmente
en ARTRITISMO, REUMA, GOTA CIATICA NEU-
RALGIAS, OBESIDAD, ENFISEMAS, BRONQUI-
TIS, ATONIAS, INFLAMACIONES, CONGESTIO-
NES, INTOXICACIONES, ESTREÑIMIENTO,
CIRCULACION DEFECTUOSA, etc.

Es el **mayor destructor** de bacilos mediante el
calor en estado gaseoso de altísimo grado, calor que
se filtra profundamente en los vasos.

El **más eficaz purificador.** Verdadero tónico
del CORAZON

Enviamos gratis a los señores médicos literatura
de este notable invento.

LABORATORIOS :: 331 Apartado de Correos 331 :: SEVILLA

Correspondencia

administrativa . .

La correspondencia que venga acom-
pañada del franqueo correspondiente
será contestada por carta directa. La
demás correspondencia se responderá
en esta sección.

Quando nos remita un giro postal y
nos comunique el envío, no olvide indi-
car el número del giro.

D. R. Romero Ojeda.—Pagado fin Di-
ciembre 1932.

D. Juan Moreno Ochoa.—Id. fin Di-
ciembre 1931.

Office International D'Hygiene Publique
Idem fin Diciembre 1932.

D. Matías Fernández.—Id. fin Septiem-
bre 1932.

D. Antonio Lago.—Id. fin Marzo 1932.
Sanatorio Psiquiátrico Santa Agueda.—
Idem fin Septiembre 1932.

D. José Luaces Guitián.—Id. fin Di-
ciembre 1932.

D. Emilio Herránz.—Id. fin Octubre
1932.

D. Francisco Hernández Puerta.—Id. fin
Diciembre 1931.

D. Ceferino de la Fuente.—Id. fin Oc-
tubre 1931.

D. Julián Romero Velasco.—Id. fin Sep-
tiembre 1931.

(Se continuará.)

Doctor:

Los **LABORATORIOS TURÓN,**
PRODUCTOS NEUROTERAPICOS,

tienen el gusto de presentarle tres productos de eficacia comprobada:

NEURONAL-TURÓN Específico de los estados de
emocidad exagerada, exci-
tación psíquica de depresión mental, neurosis de compulsión, ansie-
dad, histeria e **INSOMNIO ESENCIAL**

Dosis: De dos a cuatro cucharadas grandes distribuídas en las veinticuatro horas.

Completamente inocuo: tolerancia absoluta.

FENILCAL (Sal cálcica del feniletilmalonilurea). Es el mejor
antiepiléptico conocido. No entorpece el regular
funcionamiento del intestino y facilita la diuresis.

Dosis: De una a tres tabletas al día.



FOSFORAL-TURÓN

(Excelente tónico nervioso). Estimulante
del cerebro, agotamiento psíquico, estados
neurasténicos, depresión nerviosa, debili-
dad consecutiva a las emociones y al tra-
bajo mental excesivo, melancolía en sus
diversas formas. Combate eficazmente la
FOSFATURIA. Gusto agradabilísimo, to-
lerancia absoluta.

Dosis: Una cucharada
de postre antes o
después de las tres
comidas.



Lauria, numero 96. — BARCELONA

Ayuntamiento de Madrid

SECCION PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

La función sanitaria es función del Estado y su organismo debe depender de él hasta en su representación municipal.—Garantía inmediata del pago de los titulares por el Estado.—Independencia y retribución de la función forense.—Dignificación profesional.—Unión y solidaridad de los médicos.—Fraternidad, mutuo auxilio.—Seguros, previsión y socorros.

SUMARIO: Sección profesional: Boletín de la semana, por *Dcto Oarlan*.—Medicina social: El principio de igualdad desde el punto de vista biológico, por el *Dr. Martín Salazar*.—Impresiones: Invierno, por *R. Lobo Regilón*.—Cronicon juicioso del año que muere, por el *Dottore Balardo*.—Nuestros sentidos y la clínica, por el *Dr. Veritas*.—A la memoria del honorable compañero y excelente amigo Angel Sanmiguel y Muncharaz, recientemente fallecido, por *Manuel Martínez Saldaña*.—Academias, Sociedades y Conferencias.—Colegio de Huérfanos.—Asociación Nacional del Cuerpo de Médicos Titulares Inspectores Municipales de Sanidad.—Colegio Oficial de Médicos.—Sección oficial.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Por las Clínicas de Europa.—Clasificación de partidos médicos.—Tertulia médica.—Anuncios.

Boletín de la semana.

Un año más.—Esperanzas y desencantos.

Un año más que añadir a nuestra historia tranquila y satisfecha de los setenta y ocho transcurridos en una labor nunca interrumpida y siempre serena por su objeto, que ha sido el de servir a los intereses de la clase más sufrida, inteligente y perseverante de cuantas constituyen el conjunto social y de servirla sin claudicaciones inspiradas por egoísmos e intereses mal dirigidos y aconsejados, sino puesta en alto la mirada y en más alto, si cabe, el corazón, que nuestros antecesores como nosotros y como nos complacemos en creer en nuestros sucesores, han dedicado, dedican y dedicarán al mejoramiento de la sanidad pública al través de luchas, dificultades y desalientos y a la posible mejora de los intereses materiales de los que ejercen ese verdadero sacerdocio al través de las frialdades determinadas por la ignorancia y los desconocimientos de las demás clases sociales.

España ha experimentado en este año que ahora concluye la transformación más honda y radical que en su historia puede registrarse, y en cuanto a los puntos que más directamente nos interesan, un período que, se quiera o no, ha de ser de iniciativa laboriosa que tardará mucho tiempo en llegar a una estructura definitiva.

La Medicina y los médicos españoles esperaban y propugnaban entre otros ideales por dos, que son los que hemos de mencionar por ser los que han llegado en 1931 a posibilidad efectiva: Era el primero el poder contar con una representación parlamentaria numerosa e influyente que dejara oír voces desinteresadas, ilustradas y devotas por los ideales que a todos nos mueven, y esa representación la ha tenido, no solamente de un modo con suficiencia numérica e ilustrada, sino con un carácter fundamentalmente constituyente, como hasta ahora nunca habían revestido nuestras mermadas representaciones casi unipersonales; era la segunda aspiración la de que las instituciones de índole profesional, veladoras del prestigio y del porvenir material de la clase, salieran de aquel estado precario

que representaban los Colegios episódicamente declarados como obligatorios, para hacer frente a las exigencias y necesidades, que por fuerza habían de verse conmovidas con las nuevas organizaciones políticas del país.

Realmente la perfección de las reformas esperadas no ha llegado ni mucho menos a su logro, y nuestra esperanza optimista nos permite creer que las discusiones ulteriores de los proyectos de ley complementarios se han de mirar ya con la debida indulgencia y con la atención que merece el gran problema de la Sanidad pública, dando vitalidad y enérgica eficacia a lo que ya sabemos tan bien como los demás países, pero que tenemos en mayor descuido que ningún otro.

Nuestros representantes parlamentarios tienen la palabra, y esperamos que en lo sucesivo sea para hacer oír cosas de verdadera substancia, abandonando el cómodo tópico de «eso no nos interesa», que con verdadero asombro de todos hemos oído sonar algunas veces.

En cuanto al segundo punto, el que se refiere a una cuestión candente de índole política, aunque de carácter ofensivamente profesional, creemos lo mejor que hablen por nosotros otros, pues las cuestiones de honra y de decoro colectivas o individuales, más severo e imparcial juez tienen en la opinión ajena que no la propia e interesada, contra la cual siempre podría esgrimirse el argumento del su puesto personal interés.

Claro está que al decir esto nos referimos al ya por ahora finalizado asunto de la larga prisión preventiva del Sr. Albiñana. Todos habrán visto la extremada prudencia con que hemos procedido en cuestión tan delicada y nadie podrá negar que aun siendo claros y numerosos los motivos que hacían ver con asombro la indefinida detención del doctor referido, no hemos dado muestra de decidida actuación hasta que los repetidos fallos de los tribunales, el tiempo transcurrido y la carencia de acusaciones de cualquiera otro género han podido disipar el asombro que nos producía, el claro concepto que mereció a todos tal asunto. Pero es el caso que ha llegado un momento en el que el último argumento que pudiera quedar para acusar de alguna

pasión nuestros conceptos, ha desaparecido desde que el Sr. Albiñana, abogado, al propio tiempo que médico, viendo el desamparo en que él se juzgaba en el último de estos conceptos, después de haber adquirido en él innegables timbres de estimación por haber dedicado a su calurosa y vehementemente defensa los primeros y más vivos esfuerzos de la actividad de su vida juvenil y esforzada, tuvo la idea de recurrir, valiéndose del título de abogado, al Colegio en que como tal podía inscribirse y pudo obtener entonces, después del desamparo en que se suponía por los *organizados Colegios Médicos*, el resultado, o mejor, el triunfo de que podrán darse cuenta nuestros lectores por la siguiente referencia del popular periódico *A B C*: «Ciento nueve votos a favor del Dr. Albiñana y cuarenta y cinco en contra»... «El Sr. Lladó declara, en vista del resultado de la votación, que se admite el recurso, y por consecuencia, queda el Sr. Albiñana incorporado al Colegio de Abogados.»

El triunfo del médico letrado no puede haber sido más definitivo: tres sentencias de otros tantos tribunales y una votación que arroja una mayoría más que absoluta en favor suyo, emitido tal juicio por la primera Corporación profesional del cuerpo de letrados españoles (!).

Al reflexionar sobre esto no nos complace del todo en su aspecto absoluto el resultado obtenido, pues es de esperar que en época de responsabilidades y de minucias investigadoras se dé todavía al perjudicado la satisfacción material y moral a que parece que resulta tener derecho.

En cuanto a las comparaciones de una con otra profesión, no nos embriaga tampoco el éxito conseguido, pues cada vez vemos más confirmado el hecho, contra el que tanto hemos protestado, de que las representaciones de los Colegios Médicos, por abandono de los individuos más preclaros de la clase médica, vayan cayendo en cierto descuido por ignorancia de los fundamentos jurídicos que pueden y deben constituir la fuerza eficaz de tales Instituciones.

Este sistema de dejadez de los deberes fraternales y colectivos por un mal disimulado egoísmo, conducirá, como hoy, en lo sucesivo, cada día a más lamentable fracaso.

Y no decimos más porque no nos parece ni oportunidad de momento, ni asunto para herir susceptibilidades que habrán podido sentirse en cierto descubierto.

DECIO CARLAN

MEDICINA SOCIAL

El principio de igualdad desde el punto de vista biológico.

No parece sino que entre los políticos de hogaño hay cierto prurito en sacar las cosas de quicio. En la Naturaleza no hay nada igual; cada cosa tiene su característica cualitativa o cuantitativa, y no obstante esta verdad es indiscutible, hay gentes que se empeñan en que, desde el punto de vista político, los doctos y los indoctos, los letrados y los analfabetos, han de ser todos iguales. Y lo peor del caso es que ciertos partidos, como el partido socialista, y sobre todo el comunista, aspiran a que la igualdad social se establezca recurriendo al enaltecimiento de lo inferior y al rebajamiento de todo lo superior en el orden espiritual o humano. ¿Puede darse mayor absurdidad? Justo es que las clases obreras aspiren a mejorar su situación económica y a hacer desaparecer el olvido injusto en que se les ha tenido en el mundo; pero lo que no parece racional es que se crea que esto ha de ser precisamente a fuerza de mermar y hasta de negar los derechos de las clases superiores, haciendo que éstas desciendan hasta perder sus características naturales de posición económica, de cultura, de educación y de tono espiritual más elevado.

Ya Carlos Darwin, en su libro inmortal sobre el origen de las especies, demostró perfectamente que la evolución del mundo orgánico se ha realizado mediante el predominio y supervivencia de los seres más aptos sobre los menos perfectos, llevándose a cabo, en la lucha por la existencia, el fenómeno llamado de la selección natural, que ha determinado, en el curso de los siglos, la evolución de los seres vivos, desde los más simples hasta el hombre. Pues bien, esta propia ley es la que rige también el progreso de la especie humana, en la cual se da, como en las especies inferiores, el fenómeno de selección natural por predominio de los individuos más aptos sobre los menos perfectos, de los más fuertes sobre los más débiles y de los más inteligentes y elevados de espíritu sobre los más torpes e incapaces de entendimiento, viniéndose de este modo a engendrar, poco a poco, el perfeccionamiento de las estirpes, el progreso de los pueblos y la génesis de la historia humana. Y si esto es así, si se trata de una ley establecida por la Naturaleza misma, todo lo que se intente hacer en contra de ella será un error lamentable que perturbará profundamente la vida y progreso de los pueblos. Y eso es, en efecto, lo que sucede.

El estado de perturbación social en que se encuentra actualmente el mundo depende del olvido en que los partidos políticos de la extrema izquierda tienen a la ley natural de la evolución humana. No quieren convencerse, por falta de sentido filosófico de la Naturaleza, que *Natura non fecit saltum*; y que eso de querer anteponer bruscamente las clases ignorantes,

analfabetas, en estado evidente de inferioridad humana, a las clases inteligentes, educadas, en período de superioridad espiritual indiscutible, eso es una profunda equivocación que tiene que trascender y perturbar la tranquilidad social del mundo, que es lo que está aconteciendo precisamente en la actualidad. Hay, pues, que rectificar ese concepto equivocado de los partidos extremos, convenciéndoles que para alcanzar un progreso político positivo es preciso someterse a las leyes biológicas que rigen la vida de las sociedades, las cuales exigen caminar despacio, más bien por las sendas de la evolución que por las de la revolución, si se pretende que el progreso haya de ser perenne y sólido.

Otro de los errores de la escuela socialista, nacido de la falsa interpretación del principio de igualdad, es el de creer, al tratar del trabajo, que hay que poner el trabajo manual al nivel o por encima del trabajo de la inteligencia. Tal concepto se ha llevado recientemente entre nosotros a una exaltación pública tan desmedida, que a su virtual impulso, más o menos consciente y declarado, se debió expresar en el primer artículo de la nueva Constitución el concepto de que somos una República de trabajadores. Este aserto, llevado a tales alturas, parece querer olvidar que los trabajos de la inteligencia son más fecundos que los trabajos manuales, y que todo el progreso de la Humanidad se debe singularmente a la labor pacienzuda de esos hombres de ciencia que descifrando los secretos de la Naturaleza han llegado a descubrimientos tan portentosos, como es, por ejemplo, ese recién alcanzado de las funciones cósmicas del radio, que permite nuestra comunicación hablada y visual con los habitantes del otro lado del planeta. ¿Puede darse mayor triunfo de los trabajos del pensamiento? En este punto hay que ponerse en razón. No se puede hablar del trabajo humano sin colocar en primer término el trabajo intelectual y valorar las funciones del cerebro por encima de la de los músculos. Todo lo demás es un apasionamiento de doctrina que desemboca forzosamente en el error.

Sentado esto, y ya en el camino de favorecer las clases obreras, debe comenzarse por atender, en primer término, a su salud y a su instrucción, y procurar que poco a poco vayan transformándose las muchedumbres analfabetas en clases más ilustradas y expertas, para lo cual hay que aplicar el principio de la selección natural, favoreciendo a los buenos, a los inteligentes, a los más equilibrados de cuerpo y espíritu, y posponiendo a los inferiores, degenerados, criminales, etc.

En una selección social bien entendida, que aspire a un ideal de carácter antropológico, deben llegar las leyes hasta preocuparse de la reproducción genérica del hombre, con el fin de dificultar, en cuanto sea posible, la multiplicación de los degenerados, de los imbéciles, de los locos, de los criminales, etc.

En este punto de la selección humana se ha dado el rarísimo caso de que resulta esta selección dificultada, más que favorecida, por la civilización. Es de-

cir, que mientras las especies zoológicas inferiores se han perfeccionado espontáneamente por la supervivencia de los más fuertes y vigorosos sobre los más débiles, entecos y enfermos, en la especie humana al contrario, por un concepto erróneo de la filantropía, se favorecen con instituciones atávicas los individuos más defectuosos y degenerados, proporcionándoles hasta medios para su más fácil reproducción y supervivencia. Esta es una profunda equivocación. Todos éstos son errores deducidos del principio falso de la absoluta igualdad social que profesan los políticos de los partidos extremos y que es preciso a todo trance rectificar.

El principio de igualdad social, en nuestro juicio, para que no sirva de base a los mayores absurdos, tiene que fundarse sobre *los valores biológicos positivos* de las personas y de las cosas. A iguales valores biológicos—decimos nosotros—corresponden iguales derechos políticos y sociales; empero a desiguales valores biológicos no convienen los mismos derechos. La verdadera democracia, pues, según esta doctrina, consiste en otorgar a los pueblos y a sus ciudadanos los derechos políticos y sociales que corresponden a su grado justo de civilización. Si se impide el ejercicio libre de esos derechos sobreviene la dictadura y la tiranía, y si se traspasa el límite racional de los mismos se cae del lado de la revolución y de la anarquía. Lo primero fué lo que aconteció en tiempos de Primo de Rivera; lo segundo es lo que se intenta llevar a cabo por los partidos de la extrema izquierda dentro de la República. Ni lo uno ni lo otro. Hay que buscar el punto justo de adaptación de las libertades públicas al grado de cultura actual de España. Todo lo demás es absurdo. Querer, como pretenden los comunistas y sindicalistas, que muchedumbres analfabetas gocen de los progresos, derechos y libertades de los pueblos altamente civilizados, es una pretensión inútil. Para alcanzar los nobles propósitos de redimir las clases inferiores no hay más que un camino: cual es el de hacer aumentar el valor biológico de los trabajadores por medio de una mayor vigorización física de sus músculos y una educación mental superior de su cerebro; es decir, por un aumento de civilización. Todo lo demás se dará por añadidura.

DR. MARTIN SALAZAR

IMPRESIONES

INVIERNO

Si cultivando la observación aprovecháramos la experiencia, evidentemente viviríamos más y mejor.

Parece que el año en su curso veloz cuando somos felices, y lentísimo si nos agobia la desgracia, va representando las edades de nuestra vida y enseñándonos a vivir si la sucesión de los días no fuera para nuestro descuido el aporo enigmático de la esfinge. Es el invierno la vejez, y en vano procuraremos hallar en él fragantes flores, doradas mieces,

ótimos frutos, ni en ella impulsos juveniles, vigor varonil o madurez robusta.

Hay que cuidar mucho, ya que la nieve nos decora, de no mancharla, que ella es de tan nítida condición que una sombra le afea y destruye su albura. Contentémonos con el recuerdo de lo pasado sin intentar reverdecimientos de imposible logro y peligrosa pretensión. Vaya un ejemplo. La experiencia ha debido enseñar a los que peinan canas o ya no tienen nada que peinar, que nada hay en el mundo como el amor. Se concibe la práctica de esta suma y compendio de la dicha inefable con catarro crónico, polaquiriura y dentadura postiza.

Cabe repetir con voz cascada:

Deja que llegue mi sedienta boca
A gozar en tus labios la ambrosía;
Un solo beso mi pasión invoca
Porque al placer de dos sucumbiría.

Esto, que resultaría adecuado en un joven capaz de repartir los besos por millares, sería lamentable en quien quizás no pudiera recitarlo de un aliento, y tuviera en la ejecución el resultado previsto.

Resignémonos a ser ancianos, huyendo de la vejez. Seamos discretos y prudentes, y no extravagantes y egoístas. Procuremos ser maestros y no censores, venerables y no temibles, generosos y no ruines, liberales y no avaros, para que puedan aplicarnos el verso 304 del libro VI de la *Encida* de VIRGILIO: JAM SENIOR; SED CRUDA DEO VIRIDISQUE SENECTUS (1).

R. LOBO REGIDOR

Cronicón juicioso del año que muere.

El drama de este año titulado 1931 se ajusta plenamente a la pragmática de Dumas, que ordenaba para toda obra del género «un primer acto claro, el último corto y todos llenos de interés».

No es caprichoso este tropo encajado en la historia, en la historia que no es sino arte dramático en absurdas colaboraciones del genio con la estulticia, de la casualidad, la improvisación y hasta la magia de las multitudes, con el individualismo planeador y dirigente, sometido, a la postre, a la influencia de las baterías, las bambalinas y los rumores de la cazuela.

Tal es en mí esta convicción, que, habiendo sido cómico y escritor de piezas de teatro, me regalo mi orgullito suponiéndome capacitado cronista.

No es goloso semejante cometido. El público, *los morenos*, va de peores ganas y humor a la historia que al teatro, y además, si hay ovación, ésta nunca se oye detrás de la cortina.

Eduardo Plouvier, autor dramático francés de gran fama y popularidad a mediados del siglo XIX, le decía a Victoriano Sardou en ocasión que éste le consultaba sobre su vocación al teatro: «¿Quiere usted escribir comedias? Pues bien, no olvide esto: Yo acabo de estrenar una obra en la Comedia Francesa y ha gustado, lo que ya es bien notable; el director es mi amigo Arsenio Houssaye, y... al cabo de cuatro noches han retirado mi obra del cartel. Juzgue usted amigo Sardou, por este detalle, lo que es la vida del autor dramático».

(1) Anciano ya; pero verde y robusto, en sus muchos años, como un Dios. Un poco libre es la traducción, pero quiero hacer resaltar que el *cruda senectus* lo emplea Tácito como vejez verde, vigorosa, y *viridis* lo usa Virgilio como vigoroso, fuerte, robusto, fértil.

Victoriano Sardou no torció su destino ante las objeciones de su amigo.

Si yo recibiera un día la confidencia de algún muchacho que se proponía dedicar su actividad a escribir *CONICONES*, acaso le dijera, como Plouvier a Victoriano Sardou: «Amigo mío, va usted a perder todo su tiempo, casi todas sus amistades, algo de su buen humor y un poquitito de su fe. Al final se encontrará usted entre el público y el pasado en una actitud embarazosa, con ardor de estómago y rodilleras en los pantalones. Yo...»

¡Para qué seguir! Aquel muchacho se dedicaría a cronista y yo... ¡Yo voy a continuar escribiendo el cronicón de este drama de 1931!

Pero la verdad es que no me gustan los cómicos ni las personas dignas de pasar a la historia.

¡Ah, si yo pudiese vivir dentro de mi fantasía como el príncipe de Dinamarca dentro de la cáscara de nuez! Por desdicha, la fantasía no es una nuez, es una calabaza sin pulpa, vana, donde no puede sustentarse un trono, y que se parece mucho al quicio de una puerta para dormir en las noches heladas de la necesidad.

Pero os decía que el drama de 1931 tuvo un primer acto claro, uno último breve, y todo el drama fué interesantísimo.

Por ahora hace un año se apretaban las gentes en la cola, vibrantes de pasión y de deseos, por obtener un puesto en la sala. Entraban poco a poco los actores en el teatro, por la puertecilla excusada, y a su paso la multitud runrunaba; señalábalos con la mano, murmurando sus nombres admirada, prometiéndose una colosal representación de aquellos personajes. Corrían atareados los traspuntes y los tramoyistas por las oscuras y frías galerías del escenario, y acá y allá guiñábase la luz de una bombilla polvorienta y se escuchaba el trémolo de un violín o los zumbonazos de un bombo.

La empresa había llevado lujosamente la propaganda y todo hacía esperar una obra de cálida emoción. La sinfonía no la escuchó nadie. Bajo la ardiente luminosidad de la lucerna, la espléndida belleza de las damas atraía los ojos vorazmente. El empaque altisonante de los caballeros, el gesto hermético de los críticos, el misterioso cuchicheo de *los enterados*, la impaciencia del *gallinero*, la inquietud de los aposentadores, el vocear caramelos y prensa de todos los aromas: *naranja, limón, menta*; de vez en vez las cortinas de un palco se descorren, mostrando, ¡al fin!, a sus ocupantes, el vagido impertinente de un niño que llora y la necia intervención de quien protesta que allí esté un niño. ¡Cuando la obra se ha escrito para ellos! Ese niño que llora en el estreno de 1931 y a quien se le manda *¡a la cama!*, ese niño escribirá tal vez un día la crítica feroz y justa del público, de los autores y de los cómicos, y, ¡ah!, entonces llorarán los viejos y los que se quedaron en su casa la noche del estreno.

Comienza la obra.

La exposición interesa; el tema es de un apolillado romanticismo que siempre tuvo público. Nosotros sonreímos muchas veces ante el calor de estos actores que visten de chaqueta personajes de Esquilo, de Molier y de Victor Hugo. El diálogo también chaquetea; pero el acto va claro, transparente, como Dumas aconsejaba; discurren sus escenas mostrándonos sin trampa ni cartón la finalidad de sus autores, y sólo el público, este buen público de todos los tiempos, de todos los coliseos, de todas las localidades, abre grandes los ojos y adelanta las orejas para no perder sílaba ni gesto, y se pregunta: *¿Qué pasará?*

La exposición de la obra queda tendida desde el escena-

Medalla de Oro, Exposición Universal, París 1900.

Granulos de CATILLON

0,001 Extracto Normal de

STROPHANTUS

Con estos gránulos se han hecho las obras discutidas en la Academia de Medicina, París 1889.
Proban que 2 ó 4 producen pronta diuresis, reaniman el corazón debilitado, disipan

ASISTOLIA, DISPNEA, OPRESION, EDEMA, Lesiones MITRALES

Granulos de CATILLON

0.0001

STROPHANTINE

CRISTAL.

TÓNICO DEL CORAZON POR EXCELENCIA

Efecto inmediato. — Uso continuo sin inconveniente ni intolerancia. — Exigir la firma CATILLON.

Premio de la Academia de Medicina de París, por "Strophantus y Strophantine"

Laboratoire CATILLON, 3, Boulevard St-Martin, PARIS

KALOGEN

Solución de compuestos halogenados de calcio.



Fórmula por 100 c. c.

Cl ₂ Ca.....	0,295 gramos.
Br ₂ Ca.....	0,520 "
I ₂ Ca.....	0,752 "
H ₂ O.....	100 c. c.

RECALCIFICANTE
SOLUBLE
NO ACIDO

INDOLORO
INNOCUO
INALTERABLE

Por vía gástrica y en inyectables de 2 c. c.

Debido a las sales que lo integran, a su reacción y grado de disociación, es el preparado que reúne las máximas garantías para conseguir con el mismo una rápida asimilación del calcio.

Muestras y literatura: DR. TAYA & DR. BOFILL.—Comercio, 28.—Barcelona.

**MEDICACIÓN · ANTIANAFILACTICA
POLIVALENTE**

GRAGEAS
Inalterables sin olor

GRAGEAS INALTERABLES
GRANULADOS

GRANULADOS

URICARIA · PRURIGO de los NIÑOS · MIGRAÑAS ·
PEPTALMINE
4
PEPTO-ALBUMINAS
y HARINA DE TRIGO
en la envoltura
TRASTORNOS DIGESTIVOS · ESTROFULO-ECZEMAS

PEPTONAS
de
CARNE y de PESCADO

EXTRACTOS
de
HUEVO y de LECHE

GRAGEAS

y

GRANULADOS

CONGESTION del HIGADO · INSUFICIENCIA HEPATICA ·
**PEPTALMINE
MAGNESIADA**
4 PEPTO-ALBUMINAS
y Sulfato de Magnesía
COLITIS · COLECISTITIS CRONICAS · MIGRAÑAS

GRAGEAS

y

GRANULADOS

COLAGOGO

Laboratoire des Produits Scientia D^e E. Perraudin, Ph^e del^e Cl^e 21, rue Chaptal, Paris (9^e)



**¡CONTRA
EL DOLOR!**

nervioso, reumático, cefálea, neurálgico, regla dolorosa, dolor tabético, dentario nervioso, dolor canceroso, raquialgia meningítica y post-anestésica, dolor post-partum y post-abortum.

ACONSEJAD.

**CEREBRINO
MANDRI**

Producto de fabricación nacional que desde el año 1894 ha llevado su fama siempre en aumento, llegando a ser considerado como una especialidad de primer orden consagrada por médicos y público, habiendo alcanzado supremacía como medicamento de éxito seguro para vencer dolores nerviosos o reumáticos los más variados sin producir accidentes de ninguna clase, ya que los medicamentos que integran su fórmula están en dosis mínima y solo por una feliz asociación de sus acciones analgésicas y antirreumáticas se logra obtener grandes resultados terapéuticos con una mínima cantidad de medicamento.



**LACTOLAXINE
FYDAU**

COMPRIMIDOS de FERMENTOS LÁCTICOS LAXANTES
Son base de Fermentos Lácteos seleccionados,
Sales biliares, Agar-Agar, Nattol italeina.

**Tratamiento Biológico
del ESTREÑIMIENTO
del ENTERITIS
PADECIMIENTOS del HÍGADO
ANTISEPSIA GASTRO-INTESTINAL**

DOSIS: 1 a 3 Comprimidos por la noche al acostarse.
Se vende en estuches de 6 Tubos de 6 comprimidos.

LABORATORIOS BIOLÓGICOS de ANDRÉ PARIS
Farmacéutico de 1^a Clase,
Em-interno y Jefe de Laboratorios de los Hospitales de París,
4, Rue de La Motte-Picquet, PARIS (Francia).
SE ENCUENTRA EN TODAS LAS DROGUERIAS Y FARMACIAS
DEPOSITARIOS en ESPAÑA
E. y J. A. RIERA, Nápoles, 166, BARCELONA.

rio a la sala cuando cae la cortina lentamente, con el apaga. do deslizarse de un reptil, separando la emoción de los farsantes del lado de allá, que corren a sorberse un café y a quemar una colilla prosaica, de la emoción del buen público que aplaude, bulle y se impacienta suponiendo que después de lo que ha visto puedan tomar los hechos de la trama rumbo distinto del que la lógica le impondría por adelantado si el público fuera lógico alguna vez.

Los hombres suponen que oirán algo nuevo y en su espera comentan el valor de los actores, de los que apenas destaca aún el que será héroe del drama. Todos hacen papeles de primer actor. Esta es la única originalidad que advertimos y nos parece peligroso para el desenlace porque no hay más que una dama y, a menos que se la prostituya, se van a quedar muchos compaestros y sin novia.

Honorio, el actor de fama tan sonada en su género y que debuta en este drama como hombre terrible, es objeto de grandes simpatías, pero los que estamos en el secreto advertimos que conserva demasiado los recursos que le hicieron famoso entre los doctores de *El Rey que rabió*. Un crítico asegura haberle oído que está dispuesto a formar compañía cuando acabe este *bolo* para el que se ha contratado por no desairar a Hortensio, su amigo y maestro en el arte de epatar a los tertulianos del café. ¡Qué honda, qué vulgarmente honda es la tragedia real de los farsantes!

En el tablado de la Ciencia, como en el de la Política, igual que Tavarín, componen su cabeza debajo de las formas de un sombrero que es en realidad lo único que cambia y sugiere al pueblo, engañándole con la misma voz, la misma facies y la misma espiritualidad puesta al servicio de cada mimetismo. ¡Nada más que el sombrero; el fieltro usado y mugre de Tavarín, que se arrastra barriendo las alfombras del señor y se alza luego a los cielos libres y azules de la plaza pública! ¡El fieltro nada más; la cabeza es la mismal!

Mas sigamos. La cortina se eleva nuevamente. Un silencio en la sala, que presiente la acción emocional de cuanto ha de llevar el drama hacia su fin. ¡Acto segundo! Acción, situaciones, habilidades, indecisiones para mantener la atención y el interés. ¡Trucos! Aquí el drama 1931 corrió grave peligro de fracaso. Los autores eran noveles y su decisión y su energía no estaba a la altura de las circunstancias de la obra. No se registró nada grande, nada que pusiera en alto la sinceridad del pensamiento ni la originalidad y grandeza de la acción. Todo eran tanteos, apuntes de cosas que fueron, diseños de una grandeza que no se atrevían los autores a escalar por temor de las comparaciones, pues el pecado máximo de este acto fue no poner en él ni una escena siquiera que arrancase la ovación del alma de los espectadores. Esa ovación que surge siempre, aun de la mayor arbitrariedad, cuando la obra está sentida por el autor y sentida por los actores.

Pero se había cumplido con la preceptiva y no puede señalarse un defecto a la técnica de la escena apical que preparaba el fin breve y acorde con el sentimiento de la sala para el acto tercero.

Se aplaudió, pero al caer el telón un silencio de tumba se adueñó de la sala. Ya no se escuchaba el bullicio del primer entreacto y comenzaba la gente a sonar los cuartos dentro de su bolsillo calculando lo que le había costado ver el estreno.

La *clac* animaba a los farsantes, pero ellos ya no gozaban la ovación, se miraban unos a otros como los chicos ante una bandeja de pasteles. Ninguno quería tomar el más grande, pero todos se observaron a lo zaino para que otro no se lo arrebatase.

¿Para quién se aplaudía? ¡Para nadie! Más exacto es que se aplaudía para todos, para todos, y con la misma intención que silbamos o cantamos al atravesar solos una selva obscura.

Honorio y Hortensio se alinearon detrás de los que recibían los aplausos cerca de las candilejas. ¡Alarde torpe de no ser golosos, cuando los pasteles hacían agua sus bocas y rijosas sus miradas! ¡Qué vulgarmente honda es la tragedia real de los farsantes! Peligroso ejemplo, porque según ha dicho un clásico humanista:

Presumir el necio ser sabio y querer ostentar con tal presunción, es intento terrible de quien brotan no pocos ni pequeños males por la opinión del que pasa de falso y el número de los que se inficionan siguiéndole, aplaudiéndole y dándole injustamente crédito.

El drama terminó muy brevemente y conforme era fatal que terminase. En verdad os digo que creo no ha de formar parte del repertorio. Es más que nada una obra de circunstancias a la que obligaciones de amistad y de empresa prestaron el calor de una prensa fácil y de una opinión gastada por las obras de chistes y las revistas de espectáculo. ¡Hemos visto un drama! ¡1931! Pero nuestra opinión de cronistas es que no valía la pena de tanto aparato para tan pobre representación y para tan cándido auditorio.

Acaso el nuevo año sea una función de circo, pero no de circo a la romana, sino de circo de roulette.

DOTTOR BALOARDO

20 de Diciembre de 1931.

NUESTROS SENTIDOS Y LA CLINICA

«Realidad y apariencia: Las cosas no pasan por lo que son sino por lo que parecen; son raros los que miran por dentro y muchos los que se pagan de lo aparente»

GRACIÁN.

«La verdad es la realidad de las cosas. Cuando las conocemos como son en sí alcanzamos la verdad; de otra suerte caemos en error.»

BALMES.

El adiestramiento y perfeccionamiento de nuestros sentidos con aplicación a la investigación médica nos enseñan más que el mejor aparato investigador conocido; además, los sentidos van siempre con nosotros, y en cualquiera circunstancia imprevista podemos ponerlos en función; así es que el estudio detenido por la inspección, la palpación, la percusión, la auscultación y el minucioso análisis del pulso nos ponen en camino la mayoría de las veces del conocimiento de la enfermedad.

En segundo lugar, vienen los datos proporcionados por la recta interpretación de los análisis químicos y microbiológicos, y los proporcionados por la radiografía; esta última no todos los médicos están en condiciones de interpretar, ni todas las radiografías dan una idea exacta de las lesiones, fuera de los cuerpos extraños, las fracturas y algunas otras más que evidentemente presentan con exactitud completa las lesiones; en las vísceras es muy difícil su exacta interpretación y suelen conducir con mucha facilidad a lamentables errores.

Algunos prácticos modernos creen que el laboratorio les ha de dar el diagnóstico de la enfermedad y hasta el pronóstico y el tratamiento conveniente, y esto es un error lamentable.

Es indudable que hay aparatos que amplían, digámoslo

así, nuestros sentidos, pero ni todos los pueden poseer, ni el mejor aparato está provisto de la exquisita sensibilidad, de la maravillosa precisión de nuestros sentidos adiestrados convenientemente. La mayoría de la actual generación médica apenas aprecia las grandísimas enseñanzas que el pulso proporciona, la sensibilidad exquisita del pulpejo de los dedos, donde reside el verdadero sentido del tacto; por estar reunidos los nervios sensitivos más numerosos y delicados, aprecia la frecuencia, el ritmo, la dureza o blandura, la tensión, la amplitud, la pequeñez filiforme, etc., etc., infinidad de datos, mejor que con el más perfecto aparato registrador.

El «virtuosismo» de la auscultación de que habla un ilustre médico es muy útil, tan útil y conveniente que si todos los demás sentidos se adiestrasen para percibir las delicadezas que se obtienen con la auscultación, de muchos errores nos veríamos libres en la práctica.

DR. VÉRITAS

A la memoria del honorable compañero y excelente amigo Angel Sanmiguel y Muncharaz, recientemente fallecido.

Apenado hondamente mi espíritu por el brusco e inesperado fallecimiento del siempre buen amigo y compañero con quien más de una vez me enfrentara en el tren en nuestras repetidas asistencias a las Asambleas que a Madrid nos conducían en representación de los distritos de Talavera de la Reina y Torrijos, dándonos tiempo sobrado a establecer en el trayecto la absoluta compenetración en la acción y en el criterio en que siempre coincidimos por profesar los mismos idealismos, dejé pasar la oportunidad de dedicar el amplio y merecido recuerdo a su memoria ante el temor de involucrar hechos, fechas y datos que con ligero retraso muy bien podrían ser controlados por su primo Jerónimo, también antiguo amigo de gran estimación que galantemente ha respondido a mis requerimientos.

Nieto e hijo Angel de médicos entre los que siempre fué obsesión añeja que el apellido Sanmiguel en Puebla de Montalbán en el aspecto profesional no se extinguiera, cursó con gran aprovechamiento sus estudios universitarios en Madrid y Salamanca y ejerció en su pueblo natal la profesión como titular desde el año 1909, en que su señor padre, D. José, fué jubilado, y ayudando como profesor a su ya citado próximo pariente D. Jerónimo, fundador y director del Colegio para hijos y huérfanos de médicos titulares años atrás establecido en su pueblo natal, que agradecido y reconocido se muestra a la gran honra y provecho que sus dos ilustres paisanos le acarrearán.

En ocupación para Angel tan sugestiva y grata como la enseñanza de que era colaborador entusiasta, y por la prematura viudez sin hijos que acibarara su existencia, en los hijos y huérfanos de médicos encontró las dulzuras de la paternidad que a él le fué negada.

Aficionado desde luego a bucear en las cuestiones que socialmente a la clase médica afectan, y contando como base firme sobre qué sustentarla, su posición económica independiente, su actividad nunca aménorada, el sano y franco ascendente moral que entre compañeros y extraños a la profesión gozara y la diseminación de prestigiosos parientes sanitarios por pueblos importantes del distrito, pronto se percató éste que en Angel resultaban acumuladas las cualidades más recomendables para su fructuosa dirección. Y no se equivocaron, por cierto, en sus vaticinios, porque

elegido presidente de la Junta distrital, fué tal la movilidad e interés desplegados en inquirir y averiguar a fondo las condicionales en que los compañeros actuaban y se debatían en las respectivas localidades en que ejercían, que al muy poco tiempo, en plena armonía y en las más recomendables condiciones de ética y tranquilidad, el distrito de Torrijos empezó a tomarse como prototipo regulador que debía seguirse en la provincia y fuera de ella.

Con estos motivos, su influencia se extiende, los compañeros desde distintos puntos afluyen a consultarle acerca de los medios puestos en juego para obtener tan lisonjeros resultados; y en tales circunstancias es elegido presidente del Colegio Médico provincial, puesto que renuncia por sentirse impulsado hacia otras aspiraciones. A partir de este momento asiste con asiduidad insuperada a las Asambleas generales de Madrid; en ellas expone reiteradamente su programa en todo su trascendental alcance; exterioriza con pruebas inequívocas su amor intensivo a la colectividad; pone de relieve el altruista desinterés que le impulsa y mueve en todos sus actos; demuestra palmariamente la clarividencia con que se apercibe de las insidiosas asechanzas de que se pretende hacerle objeto..., y por todo esto, como triunfo definitivo a sus transparentes actuaciones, es elevado a la presidencia de la Asociación Nacional del Cuerpo de Inspectores Municipales de Sanidad, desde la cual vigila y atiende a la confección del necesario escalafón, estimula a los diputados médicos a que intervengan en el Parlamento a nuestro favor, recorre en todas direcciones la Península propagando incesantemente la unión tras la que ha de venir la emancipación y dignificación anheladas, es nombrado director de nuestros Colegios de Huérfanos y en ellos con la aquiescencia y asentimiento del presidente del Patronato, Dr. Cortezo, realiza una rápida y trascendental labor por todos los que llegan a tiempo de apreciarla, muy aplaudida y encomiada, terminando por fin por pagar a la muerte su tributo cuando más satisfecho podía estar de su ejemplarísima actuación.

Esta fué rememorada a la ligera al hombre integérrimo y al entrañable amigo a quien jamás olvidaremos en nuestras fervorosas oraciones en el poco tiempo de vida probable que nos quede.

MANUEL MARTÍNEZ SALDISE

Academias, Sociedades y Conferencias

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Sesión del 19 de Diciembre de 1931.

CALCULOSIS GIGANTE DE AMBOS RIÑONES Y ENANISMO RENAL

Discusión.—Comunicación del Dr. Leonardo de la Peña y Díaz.

Dr. Castro: Al considerar la calculosis renal recordemos alguno de los principios fundamentales de la biología en especial a la formación y porvenir del enfermo. Es sabido que el organismo se diferencia en el transcurso de su formación no sólo en cuanto a la estructura de los tejidos, sino también en cuanto a su composición, existiendo relación estrecha entre la composición química y los diferentes elementos tisulares. Se comprende la exclusividad del componente biológico esencial y cualquier trastorno en él es suficiente para provocar la aparición de grupos de enfermedades, entre ellos la calculosis renal.

Dr. Francisco Criado Aguilar: Dados nuestros cono-

cimientos actuales parece que las enfermedades en relación con trastornos orgánicos debieran ser fácilmente tratadas. En la práctica *no sucede así*. Lo decimos en relación a la calculosis renal; que si mucho podemos hablar en cuanto a mecanismo de aparición, no obstante, podemos relacionarlo con la existencia de infarto úrico renal, y es casi regla la recidiva que en la mayoría de los casos termina con la extirpación del órgano o bien con la vida del enfermo.

LA ECTOOVARIPLAXIA CON LA VENTANA LUMBAR
EN LA CONEJA APLICADA AL DIAGNÓSTICO PRECOZ
DEL EMBARAZO Y EL ESTUDIO DE LAS VARIACIONES
FUNDAMENTALES DEL OVARIO

Dr. Juan Planelles Ripoll: Presentamos una contribución técnica de cierta importancia en relación al estudio más fácil de los trastornos funcionales del ovario en relación al diagnóstico precoz del embarazo, ahora realizada de manera intermitente.

La reacción de Ascheim y Zondek para el diagnóstico precoz biológico del embarazo se venía observando a un plazo determinado previa laparotomía del animal. Técnica que tiene varios inconvenientes y variaciones ováricas se ven en el momento de la laparotomía y no en toda su evolución. Es por lo que habiendo utilizado la ventana abdominal para el estudio de los movimientos peritoneales, con buenos resultados, hemos aplicado este método a la observación continuada de las modificaciones ováricas propias de la reacción de Ascheim y Zondek.

La técnica de la ventana lumbar es en extremo sencilla y permite la observación directa de la ovulación y las alteraciones del ovario de la coneja consecutivamente a la inyección intravenosa de orina de embarazada.

Para hacer la ventana lumbar no resecamos los planos musculares; basta exteriorizar el ovario a través de un ojal de la masa muscular del oblicuo mayor, fijar el ovario sobre las fascias y sin que pierda sus relaciones vasculares ni nerviosas es cubierto con una capa de celuloide que le reserva del contacto de piel y agentes exteriores, por cuyo intermedio realizamos la observación con todo detalle de los fenómenos de ovulación y los propios a la reacción de Ascheim-Zondek.—*M. Aceña.*

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del 14 de Diciembre de 1931.

ÚLCERA CORNEAL GRAVE TRATADA POR INJERTO
CONJUNTIVAL

Dr. Tomás Barraquer y Cerero: Muchacha de dieciocho años de edad; se nos presenta con úlcera corneal perforada. Dados los conocimientos sobre tratamiento de las heridas penetrantes de conjuntiva mediante injerto conjuntival y la grave complicación de panoftalmía frecuente en las úlceras perforadas de córnea, se nos ha ocurrido tratar la que presentaba esta enferma, mediante injerto de conjuntiva. El resultado conseguido ha sido excelente; su proceso corneal está en vía de cicatrización.

AMPUTACIÓN ESPONTÁNEA DEL APÉNDICE ÍLEOCECAL

Dr. Dionisio Herrero García: Lo que vamos a exponer es una demostración del poder defensivo de la serosa peritoneal. Se trata de un muchacho de catorce años de edad, de buena constitución, sin tara hereditaria de importancia. Como antecedentes personales refiere haber padecido desde muy niño lo que llama empachos gástricos, frecuentes y con duración variable, terminados mediante la administración

de un laxante; en dos o tres días curaba por completo. Así llega primeros de Marzo, que la madre creyendo que su hijo tenía uno de tantos empachos gástricos, administra un purgante que en nada modifica el cuadro, sino en contrario, la sintomatología aumenta, adquiere relieve abdominal, con dolor, timpanismo, defensa muscular y vómito. La madre llama al médico; éste fija el diagnóstico de apendicitis y con tratamiento médico todo pasa dentro de un cuadro de mediana intensidad, con temperatura entre 38 y 39° y sin vómitos. El proceso apendicular duró dieciséis días y obligó a la administración de opiáceos.

Pasa el ataque y hace veinte días llega a nuestra consulta con la necesidad de intervención quirúrgica. De acuerdo con la sintomatología expuesta se decide la intervención, sin nada anormal en enfermo. Abierto el vientre encontramos una sorpresa relativamente extraordinaria; apéndice separado completamente de su situación normal; dos centímetros de parte proximal y el extremo distal situado en fondo de Douglas; toda la región de apariencia normal sin formación de adherencias. La intervención fué labor fácil.

Ante este caso, ¿cómo explicar que un apéndice con proceso infeccioso se llegase a gangrenar separándose de su inserción fecal sin peritonitis intensa y cayese espontáneamente el pelvis?; ¿cómo es posible que el orificio de comunicación de ciego con apéndice se cerrase y no diera salida a materia fecal sin proceso peritonítico intenso y sin formación de adherencias? Acaso las cosas hayan ocurrido como sigue: Las lesiones apendiculares llegarían a formar pequeñas o grandes cavidades en pleno apéndice y con ello la oclusión completa de la luz apendicular; cavidades que más o menos infectadas produjeran el proceso oclusivo de apéndice y éste sufriera la atrofia degenerativa suficiente para explicar lo sucedido en este caso.

Relacionemos el caso con los de apendicitis de grandes dificultades operatorias, en especial por adherencias a órganos vecinos que a veces obligan a verdaderas tallas en estos órganos si queremos llegar a la extirpación del foco apendicular, lo que en muchas ocasiones trae consecuencias funestas dadas las lesiones intestinales que se ocasionan y aun formación de verdaderas fístulas estercoráceas. Ante casos de apéndice separados de ciego sin gran sintomatología y en la intervención no encontrar adherencias, digo si será posible ante tal tolerancia, en casos de apendicitis de intervención llena de dificultades, conformarse con una ligadura en la implantación de apéndice a ciego y dejar el resto en cavidad abdominal y el proceso atrófico resuelva la dificultad que encontraríamos quirúrgicamente. Con este tratamiento modesto, para algunos peligroso para el porvenir del enfermo, ¿será posible la evitación de accidentes postoperatorios en estas apendicitis?

La conducta que indicamos la hemos seguido en tres casos, con cuatro años ya de la operación; los enfermos hasta la fecha están normales, su curación persiste de manera completa.

Dr. Alberto Catalina Prieto: Hemos visto un enfermo que después de intensos accidentes peritoníticos, enfriado el proceso apendicular, procedimos a la intervención quirúrgica; no fué posible hallar el apéndice en situación anatómica; estaba caído en pelvis sin adherencias a pesar de que su contenido era séptico; bastó extraer el apéndice; curso postoperatorio completamente normal.

Fué un caso de apéndice amputado espontáneamente y como los de esta clase son apendicitis necróticas de grave sintomatología. En casos semejantes la técnica a seguir será quitar todo resto de apéndice, si bien para ello algunos autores aconsejan resecar o destruir la mucosa apendicular pre-



via abertura de la serosa. En general son casos que hemos de tratarlos con toda precaución si no queremos comprometer la situación del enfermo.

Dr. José Blanc y Fortacín: Esta comunicación llama la atención sobre la frecuencia de las apendicitis con apéndice amputado. He tenido un caso de apéndice amputado espontáneamente en el que el trozo fecal era de un centímetro de longitud del que pendía una brida fibrosa y en su final otro trozo de apéndice.

En éste existe la cuestión patogénica del porqué espontáneamente se amputa el apéndice. Se habla de un factor mecánico, de una brida que angosta y atrofia el apéndice para después caer éste; no se ha comprobado. Pudiera admitirse un factor de tracción apendicular por inserción baja como sucede en los casos de apéndice adherido a saco herniario. De éstos hemos visto dos casos y el apéndice conservado con toda su nutrición. Pudiera también pensarse en un factor atrófico por arteritis; sería una especie de gangrena seca apendicular.

Desde el punto de vista operatorio y ante casos de amputación espontánea de apéndice, consideramos el segmento distal de poder patógeno y capaz por sí de nueva infección peritoneal. Al no considerar en este segmento extinguido el proceso séptico, por muy pequeño y atrófico que esté el apéndice, habremos de proceder a la actuación quirúrgica. A este respecto recordemos un caso de Block, de apéndice corto, pequeño, atrófico, que tratado quirúrgicamente realizó un curso postoperatorio sin accidentes. Poco tiempo después de dado de alta el enfermo presenta nueva crisis apendicular, como tal a considerar, sin el menor escrúpulo de no haber operado anteriormente al enfermo. Tal era el cuadro de gravedad del enfermo que se procedió a nueva intervención quirúrgica, encontrando un trozo de apéndice adherido a la pared abdominal.

Tenemos un caso de apendicitis que en el acto operatorio hallamos apéndice descendente, cuyo extremo llegaba a fondo de Douglas; costó mucho trabajo desprender la punta; extremo muy afilado y con una brida fibrosa. El curso postoperatorio normal, pero el enfermo antes de ser alta presenta fiebre y un absceso pélvico que desagüamos por colpotomía. Creemos que este absceso fué provocado por una porción de apéndice que seguramente se encontraba unido a la transformación ligamentosa encontrada en la primera intervención y que no valoramos suficientemente.

Ante los casos de apendicitis amputados espontáneamente, por muy atróficos que aparezcan no creemos, desde

el punto de vista quirúrgico, que deban ser abandonados en cavidad abdominal para que sufran la acción fagocitaria peritoneal. Deben ser extirpados.

Dr. José Luna Gañán: En los casos de apendicitis con dificultades técnicas para ser operados procedemos de la manera siguiente: Ligadura en base apendicular; invaginación del muñón apendicular y todo ello recubierto. Nunca procedemos a despejar el apéndice de ciego o de intestino delgado, lo que traería trastornos serios. La ligadura de la base de apéndice lleva en sí la ligadura de la arteria y por sí la atrofia del órgano. Técnica que no nos ha provocado complicaciones, las que siempre son serias cuando se realiza por la fuerza del aislamiento de apéndice a los órganos vecinos.

RESULTADOS DE LA ARTRODESIS DE LA RODILLA

Dr. González Aguilar (Santander): Con esta clase de intervención se pretende hacer desaparecer la función articular, y con ello facilitar la curación de la tuberculosis articular de manera indirecta. En la rodilla es fácil obtener este resultado, dada su especial arquitectura; para ello basta la extirpación de su cartílago.

La artrodesis provoca una modificación de la estructura ósea de las epífisis y metáfisis; cambian su estructura. El estudio de las partes, varios años de realizada la artrodesis, tanto la epífisis como la metáfisis, su estructura se hace diafisaria; lo mismo sucede con su medula ósea.

El problema de la artrodesis es de más difícil solución cuando se trata de la cadera; todo depende del campo en que tenemos que actuar. En esta articulación tenemos dos técnicas a seguir; la de His y la de Albee. En varios casos clínicos de artrodesis de la cadera hemos utilizado esta última con ligeras variantes, utilizando un injerto óseo de tibia formado por la mitad de la diáfisis tibial, que si bien tiene el inconveniente de exigir mayor período de consolidación, cuando ésta se realiza lleva la ventaja de una resistencia mucho mayor, y con ello la artrosis gana en resultados.

CONTRIBUCIÓN AL CONOCIMIENTO DE LA EPILEPSIA PARASIMPÁTICA

Dr. José María Villaverde y Larrar: Las descripciones del ataque de gran mal parecen haberse fijado en las manifestaciones convulsivas de la musculatura estriada, citando de pasada lo que ocurre en la esfera del simpático. Poco a poco se han fijado los clínicos en los síntomas simpáticos del ataque; las obras modernas conceden atención a estos síntomas, lo que prueba su importancia.

El simpático, por otro lado, ha sido culpado por algunos investigadores de desencadenar el ataque epiléptico y tenerse que buscar en su funcionamiento patológico la causa del mal comicial. Recientemente Frisch dedica preferente atención al conocimiento de la epilepsia parasimpática. En 1929 Penfield describe un caso que ha calificado de epilepsia autónoma diencefálica por ser la mayor parte de sus características sintomáticas producidas por los centros autónomos del diencefalo. La mayoría de los síntomas de dicho caso, cree Penfield son por irritación de los centros simpáticos del suelo del tercer ventrículo a igual que la excitación de la corteza rolándica produce crisis de epilepsia jacksoniana. En el mismo año vimos un caso que podemos denominarle de epilepsia parasimpática; en la enferma la mayoría de los síntomas acompañantes al ataque epiléptico eran de naturaleza parasimpática; tal la sialorrea, el lagrimeo, la exudación, si bien otros, como la dilatación de la pupila, son simpaticotónicos. En este caso, no obstante la tendencia del

parasimpático a reaccionar en los ataques, no se pudo demostrar en los intervalos de los mismos el menor indicio de hipersensibilidad a los medicamentos que normalmente le excitan.

Dr. José González Pinto (Ciempozuelos): En los epilépticos seguidos de cerca observamos trastornos simpáticos y parasimpáticos; durante la crisis convulsiva se ven estas dos clases de fenómenos; en la mayoría de los casos no aparecen con la misma intensidad y duración.

Al hablar de epilepsia y de eclampsia, ésta aparece en la anamnesis de la mayoría, por no decir de todos los epilépticos; de aquí que nosotros consideramos su semejanza.

Dr. Eduardo Varela de Seijas Carrascosa: Creo de interés recordar un caso de epilepsia cuyos ataques tenían relación con los períodos menstruales y además cuando tomaba chocolate. Al principio lo supuse de tipo anafiláctico; pero los trabajos de Pagniez me explicaron estos casos de epilepsia porque el chocolate contiene gran cantidad de teobromina que excita el parasimpático. A este enfermo, inyectada teobromina, se produjo un ataque a la media hora de la inyección, con manifestaciones parasimpáticas, en especial secreción abundantísima de saliva.

Dr. Gonzalo R. Lafora: En casi todos los casos de epilepsia aparecen síntomas predominantes simpáticos o parasimpáticos, siempre de ambas series en tal o cual ataque.

Interesantes son los estudios recientes sobre la llamada epilepsia diencefálica y mesencefálica, en especial con los estudios de la encefalitis letárgica. Es la epilepsia de cerebro medio producida por lesiones encefálicas, por tumores o lesiones inflamatorias del diencefalo. Son síndromes epiléptiformes con síntomas simpáticos o parasimpáticos. En este punto recordemos los trabajos de Salmón sobre la epilepsia encefálica simpática, e igualmente las experiencias de Morgan con inyecciones sacinas irritantes, como nitrato de plata, en cuarto ventrículo, productoras de ataques epilépticos, como cuando se emplea la solución al 5 por 100 de cloruro potásico en tercer ventrículo, que produciendo excitación del animal casi siempre termina por convulsiones epiléptiformes. Son los accesos epilépticos y crisis de narcolepsia en los tumores de encéfalo. Recordemos un caso de ataques de narcolepsia con duración de media hora, terminados muchas veces por ataques convulsivos. Igualmente tenemos casos de tumores de hipófisis con ataques epiléptiformes que desaparecen con injertos o inyecciones de hipófisis. Los trabajos de Monakoff hablan de las relaciones de hipófisis con la epilepsia.

Ya se ha dicho la gran frecuencia de la eclampsia en los primeros años de la vida del epiléptico; ataques de eclampsia que son olvidados por los que pasados los doce o trece años de edad presentan epilepsia. Epilepsia franca que relacionamos estrechamente con su eclampsia de la niñez. Son familias que tienen niños con pavor nocturno, eneuresis o jaquecas, y como tal los consideramos como equivalentes epilépticos.

Relación entre eclampsia y epilepsia y desaparición de las crisis convulsivas entre ocho y doce años de edad, apareciendo la epilepsia pasados los doce o trece años de edad, de grandísimo valor en el campo patogénico y terapéutico. Sabemos que entre ocho y doce años de edad la hipófisis tiene su acmé funcional y con ello su mayor desarrollo óseo. En esta misma edad se realizan las alteraciones de timo en el sentido de desaparición o disminución de su tamaño. Consideramos estos dos factores de grandísimo valor experimental en cuanto al conocimiento concreto de asuntos tan debatidos como la patogenia y el tratamiento de la epilepsia esencial.

Dr. Antonio Piga y Pascual: En unos trabajos experimentales en curso sobre el umbral tóxico del cloruro de bario hemos visto que a cierta dosis y por vía intravenosa se producen ataques epilépticos; un estado de tonicidad que desde el punto de vista eléctrico tiene semejanza con la reacción miotónica. El que los fenómenos epiléptiformes presenten fenómenos simpáticos o parasimpáticos nos debe hacer pensar en la acción de ciertos productos sobre la fibra muscular lisa o estriada.

Dr. Eusebio Oliver Pascual: Interesa hablar del factor constitucional en relación con la epilepsia. Los trabajos de Bauer analizan el factor endógeno en esta enfermedad y los de Redlich sobre la capacidad de reacción epiléptica. No olvidemos que todo epiléptico posee una constitución degenerativa, y en el funcionamiento del sistema nervioso simpático uno de los factores más importantes es la influencia de los iones, y particularmente la cantidad de iones activos, no sólo en sangre, sino también en los tejidos. Conocimientos que nos explican la ausencia de variaciones de la calcemia en los epilépticos y en otros estados convulsivos.—*M. Aceña.*

*
* *

Sesión del 21 de Diciembre de 1931.

TIROIDES Y RECAMBIO HEMOGLOBÍNICO

Dr. Eusebio Oliver Pascual: Este trabajo ha sido hecho en colaboración con el Dr. Montejo y ayudados por mi hermano y el Sr. Galán, estudiantes de Medicina. El punto de partida está en el hecho, frecuentemente observado en clínica, de que el aumento de metabolismo basal se acompaña de aceleración en casi todas las funciones orgánicas. Nos extrañó al estudiar las cuestiones de tiroides que apenas se habían observado las modificaciones que ocurren en el recambio hemoglobínico. Por aquella época coincide la aparición de las primeras técnicas para dosificar cuantitativamente la urobilina en heces y orina. Buscando enfermos con hipertiroidismo para ver si tenían aumentada la eliminación de la urobilina observamos que no había correlación sistemática entre el aumento del metabolismo basal y la eliminación de la urobilina. Así lo demuestran mis casos. En un enfermo con metabolismo basal de + 40 por 100, la urobilina total no pasa de 100 miligramos: 80 miligramos en heces y 20 miligramos en orina. Sabemos que la cifra media de urobilina en orina es de 15 a 20 miligramos; cuando excede de 50 miligramos ya se consideran anormales. En las heces la urobilina pasa de 200 a 300 miligramos. Es decir, que el hipertiroidismo no lleva aumento de la urobilina total para orina y heces.

Siguiendo estos trabajos vimos que se podía precisar un grupo de enfermos con aumento de metabolismo basal, generalmente moderado, o sea hipertiroidismo leve, con notable aumento de la eliminación de urobilina. Así, tenemos un caso con metabolismo basal de + 80 y la cantidad de urobilina total fué de 1.500 miligramos.

Clasificando los casos clínicos con arreglo al aumento de metabolismo basal y a la eliminación de la urobilina, presentamos 10 de ellos; todos con modificaciones en mayor o menor proporción.

¿Qué es lo que se sabe del recambio hemoglobínico en relación con el tiroides? Se sabe por observaciones de diferentes autores que, generalmente, pero no de manera absoluta, el tiroides ayuda al recambio de la molécula hemoglobínica. Tal lo prueba el hecho de que un tanto por ciento de enfermos hipotiroideos tiene anemia más o menos intensa. Lo prueba también que la extirpación del tiroides tiende a

producir anemia. ¿Por qué se motiva esta anemia? Los trabajos experimentales son todavía escasos, pero parece lógico pretender, de lo que se sabe de la fisiología y recambio hemoglobínico, que en más o en menos no se separan mucho los enfermos del normal recambio proteínico, ya que la hemoglobina tiene el factor prostésico, variable según la especie. Ahora bien, para la síntesis hemoglobínica es necesario que el recambio proteico sea normal y además la síntesis del anillo pirrólico de la hemoglobina, mejor dicho de la hematina, se realice normalmente. Por varios detalles observados, la síntesis del anillo del pirrol no está obstaculizada en los enfermos hipotiroideos, pero sí en sujetos que teniendo hipotiroidismo o por lo menos tendencia a él, con metabolismo bajo, sea o no de origen hipotiroideo, tienen alteraciones hepáticas. Ello existe en enfermos con disminución escasa del metabolismo y se acompaña de trastornos hepáticos benignos. Enfermos en los que la prueba de la galactosa da valores muy altos. Es decir, que la síntesis de la glucosa en el hígado en cuanto a la galactosa no se hace normalmente. Esto parece indicar que el funcionamiento del hígado es deficiente.

En relación con lo expuesto hemos podido observar que enfermos con aumento evidente del metabolismo basal, o sea con alteraciones del recambio, siquiera sean de tipo moderado, y que al propio tiempo que la elevación del metabolismo basal tienen indudable aumento del recambio hemoglobínico; decimos haber podido observar que estos enfermos deficientes hepáticos pueden ser clasificados dentro del cuadro del hipertiroidismo. No somos los primeros que afirman que el hecho del aumento del metabolismo basal no quiere decir siempre existencia de hipertiroidismo; éste puede ser de otro origen. Digamos que Graefe y Grumwald han demostrado que excitando los centros diencefálicos se produce notable aumento del metabolismo basal, exista o no tiroides en el organismo. Así pues, no hace falta el tiroides para elevarse el metabolismo basal. Houssay ha demostrado recientemente que la extirpación de la hipófisis produce hipometabolismo, sea cualquiera el estado del tiroides.

En armonía con esto hemos investigado una triada de síntomas para aislar en lo posible estos nuevos cuadros clínicos en relación a los enfermos que presentamos hoy.

Hemos observado que con relativa frecuencia estos enfermos con aumento de metabolismo basal, sin otros síntomas en su cuadro clínico de hipertiroidismo, tienen alteraciones en el metabolismo de la esterina, principalmente en el recambio colesterínico. A este respecto hemos encontrado enfermos con aumento del metabolismo basal, trastorno evidente del recambio lipóideo y mayor eliminación de la hemoglobina. Al lado de esto presentamos otros que el aumento del metabolismo basal se acompaña de hipertensión. Recordemos que otros autores han descrito antes que nosotros, y entre ellos Sèpiro, un cuadro de hipertensión con aumento del metabolismo basal no atribuible al hipertiroidismo, pues estos enfermos no mejoran de ninguno de estos síntomas con la extirpación tiroidea ni con tratamiento tiroideo, cuadro que Sèpiro lo denomina de hiperepinefria.

Teniendo en cuenta estas observaciones, podemos decir que no existe relación alguna entre el metabolismo basal, el recambio hemoglobínico y la hipertensión arterial.

Lo dicho en cuanto al recambio lipóideo y sus relaciones clínicas: podemos con los síntomas metabolismo basal, recambio hemoglobínico, hipertensión arterial y recambio lipóideo establecer cuatro cuadros clínicos. El primero es el de hipertiroidismo con aumento del metabolismo basal y aumento del recambio hemoglobínico. El segundo grupo

es el tipo bien estudiado por Sèpiro de hipermetabolismo, hipertensión arterial y aumento del recambio hemoglobínico. En cuanto al tercer grupo de enfermos, está constituido por el hipermetabolismo, el aumento del recambio hemoglobínico, la hipertensión arterial y las alteraciones del recambio colesterínico. Finalmente, el cuarto grupo de enfermos está constituido con cualquiera de los síndromes disociados.

Queda por consiguiente, como resumen de lo dicho el hecho indudable de que hay un síndrome clínico no descrito hasta ahora caracterizado esencialmente por el aumento del metabolismo basal, el exceso de la eliminación de la urobilina y aleatoriamente la combinación de este cuadro con la hipertensión arterial y las modificaciones del recambio colesterínico.

¿Cuál es la interpretación de estos hechos? Creemos, desprendiéndolo de los hechos analizados, que el hipermetabolismo y la aceleración del recambio hemoglobínico podemos considerarlos: en un sujeto con constitución genotípica, la existencia a nivel del hígado o, mejor dicho, del sistema retículoendotelial, una predisposición a ello. Afirmación apoyada en hechos. Así Epinger ha demostrado la existencia de un tipo de enfermos hepatoesplénicos, o sea con la cirrosis esplenomegálica, un aumento de metabolismo basal, frecuentemente elevado y que denomina cirrosis esplenomegálica mensesquimal. Experimentalmente existen hechos en apoyo de esta tesis: Tenemos la demostración de Speider de que la hipertiridización experimental de las ranas es seguida de hiperfunción a nivel del mesénquima con gran eritrofagia, o sea con notable hemolisis. Si esto es así, está indicando que hace falta una predisposición constitucional a nivel del sistema retículoendotelial para que se produzcan estos cuadros.

Ocurriendo esto, parece lógico que el síndrome que hemos descrito se caracterizara por aumento de la eliminación de la bilirrubina por la bilis. Es lo que sucede en nuestros enfermos de hipertiroidismo con hipermetabolismo; hemos encontrado este aumento de la bilirrubina en las bilis A y C. Tratamos de hallar un caso con fístula biliar no infectada para llegar a la demostración de si el hipertiroidismo experimental da lugar al aumento del recambio hemoglobínico. Podemos afirmar que los enfermos sometidos durante largo tiempo a extracto tiroideo, el sondaje duodenal, antes y después de esta medicación, muestra siempre aumento del recambio hemoglobínico y de la bilirrubina en la bilis.

De todo lo dicho creemos que el síndrome clínico expuesto se caracteriza por aumento del metabolismo basal, con aumento del recambio hemoglobínico y mayor eliminación de la bilirrubina por la bilis.

OFTALMIAS DE ORIGEN PROSTÁTICO

Dres. Alfonso y Emilio de la Peña.—Conocemos la influencia de los focos ocultos de infección en la aparición de manifestaciones oculares, y en especial la importancia de los focos amigdalino, dentario, sinusal y prostático en la etiología de la iritis y otras afecciones oculares y la influencia favorable sobre éstas por el tratamiento de la infección prostática.

Muchos enfermos de iritis no mejoran a pesar de extirpar amígdalas y dientes infectados; en el 70 por 100 de estos casos existe infección de próstata.

En cuanto a la patogenia de las oftalmopatías metastásicas, unos las refieren a las mismas bacterias y otros a manifestaciones alérgicas. Experimentalmente se demuestra que los cultivos de un foco prostático en inyección intrave-

nosa llegan a provocar inflamación metastásica, cuyos cultivos, inyectados a otros animales, provocan lesión idéntica a aquella.

Es muy discutida la opinión de que las inflamaciones metastásicas sean producidas por las bacterias circulantes, y no por las mismas bacterias. Sin embargo, nadie ha demostrado que no existan estas toxinas circulantes con afinidad para ciertos tejidos. Parece probable que en las infecciones sean los gérmenes y no sus productos, producidos en un foco infeccioso latente, los que actúen.

Nosotros, sin despreciar la acción directa de los gérmenes, creemos en la extraordinaria importancia del estado alérgico del enfermo. La mayoría de nuestros enfermos reaccionan positivamente a la inyección intradérmica del germen aislado de su secreción prostática. Además, son enfermos con frecuentes manifestaciones de indudable naturaleza alérgica (eosinofilia, reumatismo, ciática, artritis).

En cuanto al diagnóstico, creemos en la necesidad de examinar sistemáticamente la secreción prostática de los afectos oculares y en especial los rebeldes a la terapéutica ordinaria. No olvidemos que las prostatitis latentes con frecuencia no son de origen veréreo; si producidas por gérmenes procedentes de otros focos de infección.

Tanto para el diagnóstico como para el tratamiento, es de importancia la determinación del germen o gérmenes causantes de la infección prostática, y por consiguiente, de las lesiones oculares. A este fin hacemos siembras del líquido obtenido por expresión prostática; con las colonias desarrolladas practicamos intradermorreacciones y la aglutinación con suero del enfermo.

El tratamiento de estas lesiones oculares metastásicas del foco prostático, hemos de decir que basta con suprimir los focos de infección para que aquéllas desaparezcan. Es afirmación vista diariamente en clínica, y por nosotros comprobada en siete casos de diversas afecciones oculares consecutivas a prostatitis crónica, y cuyos resultados demuestran claramente la necesidad de investigar cuidadosamente el foco prostático en las afecciones oculares de dudosa etiología. Finalmente queremos llamar la atención que en la mayoría de los enfermos con prostatitis latente y lesiones oculares no se encuentra el gonococo en la secreción prostática a pesar de haber en algunos enfermos antecedentes gonocócicos.

Dr. Manuel Marín Amat: Las afecciones oculares metastásicas al foco prostático son escasas en clínica. Hemos visto dos casos de manifestaciones oculares en el curso de prostatitis.

La próstata puede actuar sobre el aparato de la visión por dos vías: la nerviosa ocasionando lagrimeo, blefarospasmo y astenopia; en sujetos predispuestos, el ataque agudo de glaucoma. Otra vía de actuación es la sanguínea, bien por toxinas o por gérmenes ocasionando la iritis, casi siempre recidivante, de gran duración y de difícil tratamiento de no actuar sobre el foco prostático. En el mismo grupo tenemos las oftalmías de tipo metastásico y las coroiditis, siempre graves.

Dr. José María de Villaverde Larrar: En los últimos años se habla de los focos latentes infecciosos, ocasionando manifestaciones patológicas a distancia. Mucho se ha escrito sobre los focos latentes en amígdalas, senos y dientes, si bien nuestros conocimientos distan mucho de lo fundamental del problema. Se indica una sensibilización a distancia que da lugar a la predisposición lesional.

Muy interesante resultan los casos de neuritis retrobulbar metastásica a focales infecciosos de próstata. Nosotros hemos visto una mielitis en enfermo prostático.

Dr. Angel Pulido Martín: El problema del foco infeccioso latente resalta en dos ideas fundamentales. La doctrina del foco infeccioso. Se ha hablado del foco dental, del amigdalino y del sinusal y no se le ha dado la importancia que en clínica tiene al foco de vesículas seminales y de próstata. Hemos visto muchas manifestaciones focales, y en especial manifestaciones reumatoideas acompañando a procesos infecciosos de vesículas seminales y de próstata.

Otro aspecto del problema es su presentación en el seno de médicos generales por ser asunto muy relacionado con la medicina general.

LA DIETA DE GERSON Y SAUERBRUCH EN LAS TUBERCULOSIS CUTÁNEAS

Dr. José Fernández de la Portilla: Sabemos que en esta dieta se establecen tres grupos de alimentos: los recomendados, los permitidos y los prohibidos, con la administración terapéutica de un preparado denominado Mineralogen.

Teniendo en cuenta las dificultades de su aplicación en clínica, se ha ido variando el régimen de Gerson y haciéndole cada vez más en armonía con las realidades prácticas. Poco a poco se ha modificado y se ha llegado a prescindir en absoluto de la medicación complementaria y de toda restricción alimenticia sin más que conservar la eliminación del cloruro sódico; es decir, haciendo una dieta aclorurada.

El caso clínico motivo de esta aportación se refiere a una señora con lupus, con verdadera diátesis lúpica desde hace veinte años; su primera manifestación aparece en la ríngula, comprobada histológicamente y obligando a una traqueotomía. Después han aparecido manifestaciones lúlicas en la piel de diferentes partes del cuerpo. En 1927 aparece un lupus tuberculoso en punta de la nariz que invade ventanas y mucosa nasal derecha. De esta fecha a 1930 es tratada con las terapéuticas conocidas, consiguiendo mejorías, pero seguidas rápidamente de nuevos elementos lúlicos. Es cuando iniciamos la dieta de Gerson unida a medicación intravenosa con orosanil. A esta medicación áurica nada concedemos en la mejoría de la enferma; cuando lleva 1,25 gramos de orosanil, dosis insuficiente, aparece una eritrodermia áurica con estomatitis que obliga a suspender el orosanil. Sigue con la alimentación aclorurada, y en Noviembre último podemos presentarla sin lesiones lúlicas. Hasta hace seis meses la curación clínica persiste. Continúa con la dieta de Gerson muy mitigada; sólo con la alimentación aclorurada, y a los ocho meses de latencia lesional, nuevamente recidivan las lesiones nasales de lupus. Sin modificar en nada los consejos terapéuticos y dietéticos hemos visto nuevamente desaparecer las lesiones lúlicas.

Lo sucedido en esta enferma es de gran interés: un régimen dietético aclorurado es capaz de curar aparentemente unas lesiones de lupus; pero éstas recidivan; continuando la misma dieta aclorurada vuelven a desaparecer. En este estado de curación aparente es como se encuentra la enferma en la actualidad. Hechos que permiten consideraciones de alta especialidad dermatológica, pero que nos permiten hablar de la utilidad de la dieta aclorurada como método adyuvante en la terapéutica general del lupus tuberculoso.

Esta enferma, antes de ser aconsejada la dieta de Gerson, fué tratada con radio, consiguiendo con ello una latencia sintomática.

Dr. Carrasco Martínez: Hemos tenido ocasión de ver la influencia de la dieta de Gerson en el tratamiento de la tuberculosis. Nos ha llamado especialmente la atención su aplicación en un caso de tuberculosis pulmonar bilateral ulcerocaseosa, con abscesos osifuentes, en dorso por osteí-

tis vertebral, y en muslo derecho por osteomielitis de fémur, existiendo una úlcera muy extensa tuberculosa en pierna izquierda. La dieta de Gerson rápidamente modifica estas lesiones, pero en corto tiempo la situación se agrava.

Hagamos observar que la mejoría del enfermo coincidió con intensa disminución de la cloruria y la agravación con aumento de dicho valor, lo que nos permite suponer que el enfermo no seguía en esta segunda fase la dieta aclorurada.

Dr. Antonio Piga Pascual: Al emplear en cualquier afección y para su tratamiento la terapéutica física conviene precisar la técnica empleada. Es en cuanto al radio la necesidad de fijar los milicurios hora destruidos. Refiriéndonos a la diatermocoagulación en el tratamiento del lupus, hemos de llamar la atención sobre las diferentes técnicas empleadas; una, la de los que no saben hacerlo; otra, la voltización; el método unipolar y la técnica del que hace una destrucción de tejidos. Nosotros creemos que empleando el método bipolar y siempre utilizando el electrodo de Bordier u otro semejante de «fortuna» se consigue la curación de las lesiones.

No queremos dejar en el olvido que los rayos X para el tratamiento del lupus no deben ser empleados; tienen el gran peligro de producir un epiteloma. Los restantes métodos físicos del tratamiento del lupus son muy inferiores al método bipolar.

En conocimiento de la dieta de Gerson y de sus posibles resultados creemos racional su empleo y siempre unida a la fisioterapia con el fin de aumentar el beneficio al enfermo y acaso llegar a la evitación de las recidivas.—*M. Aceña.*

* *

ACADEMIA ESPAÑOLA DE FARMACIA

Bajo la presidencia del Dr. Zúñiga Carrudo celebró la Academia Española de Farmacia su anunciada sesión científica literaria.

El Dr. Blanco Juste leyó una interesante nota acerca de un episodio curioso e interesante referente al descubrimiento de la quina y procedente de un folleto del siglo XVIII editado por la condesa de San Gellis.

A continuación D. Gustavo López García desarrolló una comunicación acerca del cooperativismo farmacéutico, exponiendo los medios por los que pueden multiplicarse los beneficios que la cooperación puede proporcionar a la clase farmacéutica, insistiendo particularmente en la fusión o, por lo menos, en la federación de las Sociedades actualmente creadas, dando lugar a un gran truts.

Expuso de un modo claro las interesantes formas de aplicación del cooperativismo a la vida corporativa de los farmacéuticos.

El Dr. Hergueta desarrolló el tema de las cooperativas farmacéuticas en relación con las restricciones de estupeficientes y causas por las que los centros farmacéuticos no forman parte integrante de la restricción como almacenes de las mismas. Muéstrase contrario a las subastas y concursos de productos eufóricos, exponiendo en último término su labor al frente de la restricción como jefe que fué de ellas.

Sobre el mismo asunto hicieron algunas observaciones los Dres. Ruiz Ocaña y Herrero.—*Dr. M.*

* *

ACADEMIA ESPAÑOLA DE DERMATOLOGÍA Y SIFILIOGRAFÍA

Sesión del 16 de Diciembre de 1931.

Presidencia, Dr. Bejarano.

El Dr. Sáinz de Aja presenta dos casos más de enfer-

mos tratados con fomentos de cianuro de oro, para insistir en lo expuesto en la sesión anterior acerca de los resultados que este medio terapéutico proporciona en las tuberculosis cutáneas.

El Dr. Bejarano presenta un caso de liquen bucal producido por las sales de oro.

El Dr. Benavente presenta el interesante caso de una enferma afecta de una lesión ulcerosa en la región dorsal de la espalda, que fué diagnosticada en el Instituto Nacional de Oncología como si fuera un cáncer y, en consecuencia, tratada con aplicaciones de radium y exéresis quirúrgica, sin conseguir resultado alguno. Al hacerse cargo el doctor Bejarano del pabellón sexto que anteriormente pertenecía a la Lucha, observó en esta enferma signos de una meningitis sífilítica de la base, diagnóstico que fué confirmado por el examen humoral y tratado en consecuencia con tratamiento específico. La ulceración amplia de la espalda, a pesar de la radiodermatitis que tiene, ha comenzado a cicatrizar y el estado general a mejorar.

El Dr. Gay hace resaltar la presencia de la radiodermatitis, con la cual hay que tener precaución porque pudiera ser un epiteloma.

El Dr. Alvarez Cascos se manifiesta en el mismo sentido.

El Dr. Sáinz de Aja considera extraordinariamente interesante el caso presentado por el Dr. Benavente, no sólo por su valor clínico, sino también porque indica los peligros de la excesiva especialización. El interés de esta enferma está en la presencia de síntomas concomitantes neuro y dermatológicos, en que es una sífilis congénita tardía y en la presencia de la radiodermatitis, que, sin embargo, no considera de gran peligro de cancerizarse por estar producida por una única y masiva dosis de radium.

El Dr. Bejarano hace resaltar que a esta enferma no se le hizo biopsia en ningún momento.

A continuación este mismo autor da cuenta de un interesante caso de trofoedema de Meige, haciendo con este motivo un interesante estudio de esta enfermedad.

El Dr. Montañés da lectura a un estudio sobre la reacción de Bothelo en la lepra, llegando a la conclusión de que sus resultados inconstantes y variables carecen de valor para esta enfermedad.

El Dr. Sáinz de Aja felicita al comunicante con motivo de su interesante trabajo.—*Dr. M.*

* *

HOSPITAL DE SAN JOSÉ Y SANTA ADELA

Sesión del 18 de Diciembre de 1931.

Bajo la presidencia del Dr. Nogueras celebróse la acostumbrada sesión clínica del cuerpo médico del Hospital de San José y Santa Adela.

El Dr. Varela proyectó una interesante película tomada de diversos enfermos afectos de movimientos involuntarios postencefálicos.

A continuación, el Dr. Piga desarrolló una comunicación acerca del tratamiento fisioterápico de la parálisis infantil. Comenzó afirmando que en la actualidad debe considerarse esta enfermedad como una mielitis difusa y no como una poliomielitis como se venía haciendo hasta ahora. Afirmó que con una irradiación periférica del simpático y de la médula ha obtenido más de un 90 por 100 de curaciones.

En la discusión de esta comunicación intervinieron brevemente los Dres. Valera y Larra.

En último término, el Dr. Luque dió cuenta de un curioso caso de gestación ectópica en el que había sido negativa



Gardénal

FENIL-ETIL-MALONILUREA

**EPILEPSIA
CONVULSIONES
ESTADOS ANSIOSOS
INSOMNIOS REBELDES**

EN TUBOS DE COMPRIMIDOS A 0^{GR}10, 0^{GR}05 Y 0^{GR}01

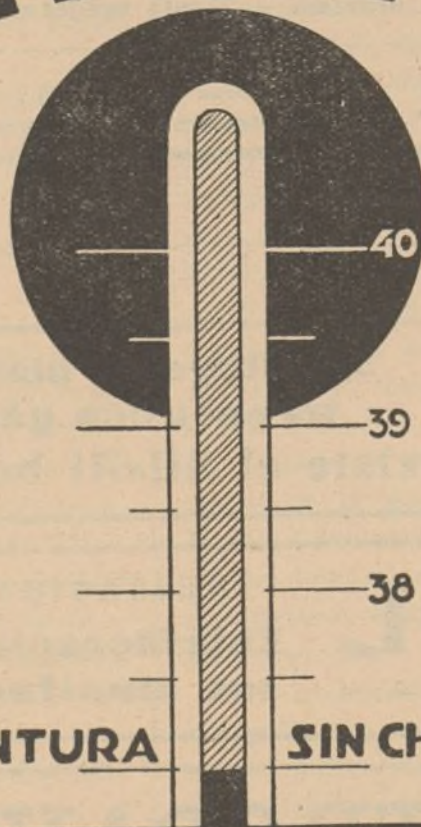
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE "SPÉCIA"
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE-86, RUE VIEILLE DU TEMPLE-PARIS-3^e

D. JAVIER COLL.—Apartado 652.—Barcelona (España).

EN TODOS LOS ESTADOS INFECCIOSOS AGUDOS

SEPTICÉMINE

PROVOCA UNA BAJA DE CALENTURA



SIN CHOQUE NI REACCION

LABORATORIOS CORTIAL .15 BOUL^d PASTEUR . PARIS
JUAN MARTIN ALCALA 9 . MADRID CONSEJO DE CIENTO 341 BARCELONA

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES

SEDOL BUISSON

Asociación escopolamina-morfina.

AMPOLLAS — SUPOSITORIOS

Sustituye con ventaja a la morfina y evita sus inconvenientes.

Literatura, muestras e informes: I. RODRIGO, Madrid. — Apartado 4.075. — Teléfono 35.407.

Asociación
Digitalina-Ubaina



reemplaza con ventaja
a Digital y Digitalina.

Pequeñas dosis: 15 gotas diarias. — Dosis medianas: 30 gotas diarias.

LABORATOIRES DEGLAUDE 6, Rue d'Assas
PARIS VI.

Muestras y literatura: J. M. BALASCH Diagonal, 440.
Agente general para España. BARCELONA

SIL-AL

Metahidrosilicato de aluminio fisiológicamente puro

**Sustituye al bismuto en
terapéutica gástrica.**
Existe el Sil-Al belladonado.

Muestras
y literatura:
A. GÁMIR
Valencia.

BARDANOL

— — Elixir de bardana y estafío eléctrico. — —

INDICACIONES:
**Estafilococias en todas
sus manifestaciones.**

Muestras
y literatura:
A. GÁMIR
Valencia.

Autorizado por la Inspección Ge-
neral de Sanidad, número 4.193.

Alcaloides del opio y de la belladona
(var. estable en solución Bética).

ATROPAVER

Muestras y literatura a dis-
posición de los señores Mé-
dicos que lo soliciten al
Laboratorio « CELTA »,
Valencia.

la reacción de Ascheim-Zondeck y que el diagnóstico había sido efectuado por la radiografía.—*Dr. M.*

SOCIEDAD DE RADIOLOGÍA Y ELECTROLOGÍA MÉDICAS

Sesion del 7 de Diciembre de 1931.

El Dr. Piga desarrolló una interesante comunicación sobre el tema «Tratamiento fisioterápico de algunas hemiplejías orgánicas».

Comenzó haciendo un detenido estudio de las distintas formas de estas hemiplejías que pueden presentarse en la clínica señalando para cada una de ellas el tratamiento fisioterápico más adecuado. Destacó principalmente de este interesante trabajo la distinción clara y terminante que hizo el comunicante de las formas de hemiplejía orgánica susceptibles de obtener beneficios de la fisioterapia, de aquellas otras inmodificables por este medio terapéutico. En los diferentes remedios a emplear en estos casos insistió de un modo muy particular en los modernísimos métodos de la cronaxia y la galvanización intensa.—*Dr. M.*

AGRUPACIÓN PROFESIONAL DE MÉDICOS DE SOCIEDADES

Conferencia del Dr. Trias.

La Agrupación Profesional de Médicos de Sociedades viene desarrollando un interesante ciclo de conferencias sobre el tema tan actual del Seguro de enfermedad, en el que van surgiendo opiniones e ideas de gran trascendencia para el futuro de la profesión.

El pasado sábado disertó en esta Asociación el Dr. Trias, que dió lectura a un interesante trabajo documental, basado en la reciente publicación de la Asociación Profesional Internacional de Médicos, en la que está recopilada la legislación y el resultado obtenido en los países donde tienen establecido este servicio.

El conferenciante dedicó calurosos elogios a la solución del problema de la asistencia médica por medio del cooperativismo, y terminó afirmando que antes de la implantación en España del Seguro de enfermedad debe oírse la opinión de los médicos y particularmente de la Agrupación Profesional de Médicos de Sociedades.

El Dr. Trias fué aplaudido por la numerosa concurrencia.—*Dr. M.*

INSTITUTO ANTITUBERCULOSO DE LAS PEÑUELAS

Conferencia del Dr. García Moreno.

En el Instituto Antituberculoso de las Peñuelas se ha celebrado la tercera conferencia perteneciente al ciclo organizado por el personal facultativo de este centro, estando encargado de la disertación el Dr. García Moreno, que hizo versar su lección vulgarizadora sobre el tema tan interesante del «Hacinamiento y la tuberculosis».

Tras un breve exordio, comenzó haciendo un estudio general de las causas que contribuyen a debilitar el organismo y a hacerle más receptible a la invasión del bacilo de Koch, señalando de modo muy particular la influencia perniciosa de las aglomeraciones urbanas de los barrios populares y de las faltas de higiene deducidas de este modo obligado de vivir.

El conferenciante fué muy aplaudido.—*Dr. M.*

COLEGIO DE HUÉRFANOS

Sr. D. Carlos María Cortezo.

Queridísimo D. Carlos: Le adjunto 1.000 pesetas para los huérfanos. Ignoro la estructuración burocrática y la reglamentaria organización actual del Colegio..., pero no acierto a pensar en los pobres niños, en él acogidos, sin que el nombre de usted, desde el corazón, acuda a mis labios. A usted, pues, le envío ese modesto «aguinaldo»; de nadie han de recibirlo ellos con mayor alegría ni mano alguna ha de entregárselo con más suave calor de emoción familiar; «el abuelo que en sus hogares rotos ha de suplir en todo a los padres que faltan, es y será ¡¡siempre!! don Carlos María Cortezo».

Un abrazo de *Vital Aza*.

22 Diciembre 1931.

Asociación Nacional del Cuerpo de Médicos Titulares Inspectores Municipales de Sanidad.

ASAMBLEA DE INSPECTORES MUNICIPALES

Comité Ejecutivo.

Convocadas las Asambleas general del Cuerpo y la extraordinaria de Representantes para los días 10 y 11 del corriente, dos acontecimientos imprevisibles han obligado a este Comité al aplazamiento de ambas Asambleas: uno, la coincidencia de la fecha señalada con la elección de Presidente de la República, imposibilitando a los asambleístas y a la Asociación elevar las conclusiones de ambas Asambleas al Gobierno, en obligada y prevista crisis; otra, el fallecimiento de nuestro querido presidente D. Angel Sanmiguel, que tanto interés, tantos desvelos y tantas esperanzas puso en la convocatoria, organización y celebración de las Asambleas, golpe rudo para la Asociación, que ha perdido su alto directivo en momentos en que su dirección era absolutamente indispensable.

Deseoso el Comité Ejecutivo de reducir al mínimo el aplazamiento de ambas Asambleas, ha acordado convocarlas para los días 10, 11 y 12 de Enero próximo, aplazamiento indispensable para poder celebrarlas en plena estabilidad política, sin coincidir con las tradicionales fiestas de Navidad y Año Nuevo, y con tiempo para circular convocatorias, rectificar delegaciones y distribuir las tarjetas de asambleísta, necesarias para beneficiar de las rebajas concedidas por las Compañías de ferrocarril.

El día 10 de Enero se destinará a las operaciones preparatorias de las Asambleas (presentación de credenciales y delegaciones, cómputo de las mismas, reunión de la Comisión de actas). El 11, celebración de la Asamblea general del Cuerpo. El 12, Asamblea extraordinaria de representantes de la Asociación y sesión necrológica dedicada a D. Angel Sanmiguel.

Las delegaciones otorgadas para la Asamblea general se considerarán válidas si no son retiradas o ratificadas por los otorgantes.

Los nombramientos de representantes provinciales y agregados tienen asimismo validez si las Juntas provinciales no remiten, antes del día 5 de Enero, a la Secretaría de la Asociación copia certificada del acuerdo rectificándolas.

El Comité Ejecutivo espera que el obligado aplazamien-

to servirá para perfeccionar la organización de las Asambleas, contribuyendo al mayor éxito de las mismas.

Madrid, 13 Diciembre de 1931.—*Pelayo Martorell*, secretario.—V.º B.º, el vicepresidente, *Antonio Ossorio*.

* *

ASAMBLEA GENERAL

Siendo numerosas las delegaciones otorgadas a nombre de D. Angel Sanmiguel (e. p. d.), se advierte a los médicos titulares que las han otorgado que pueden rectificar la delegación comunicándolo a esta Secretaría antes del día 8 de Enero próximo.

Las que en la citada fecha no hayan sido rectificadas se considerarán como simples adhesiones a la Asamblea.

Madrid, 18 de Diciembre de 1931.—*Pelayo Martorell*, secretario.

* *

«Sr. Director de EL SIGLO MÉDICO.

Muy señor mío y distinguido amigo: Siendo abrumador el trabajo que sobre mí pesa en estos momentos, le agradeceré que por mediación de su periódico testimonie mi más profundo agradecimiento, y el del Comité que transitoriamente presido, a los compañeros, entidades, Colegios y particulares que se han sumado a nuestro sentimiento por el fallecimiento de nuestro malogrado y querido presidente.

Lamentando no hacerlo directamente, espero que, dadas las circunstancias, sabrá y tendrá la bondad de perdonarme que lo haga en esta forma.

Queda de usted agradecido amigo s. s. q. e. s. m., *Antonio Ossorio*, vicepresidente de la Asociación de Inspectores Municipales de Sanidad.»

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS

Se recuerda a los señores colegiados que, como en años anteriores, este Colegio organiza un festival para obsequiar en la próxima fiesta de Reyes a los huérfanos de nuestros colegas internos en los orfelinatos, rogando a todos contribuyan al mayor esplendor de dicho festival, enviando sus donativos o juguetes a la Secretaría del Colegio (Esparteros, 9).

SECCION OFICIAL

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Examen por el Instituto de Farmacobiología de los productos que se indican.

ORDEN

Excmo. Sr.: Para que cumpla debidamente su función el Instituto Técnico de Farmacobiología, es imprescindible la comprobación sistemática de todos los lotes nuevos importados o fabricados en España, de productos susceptibles de ser valorados por los métodos químicos o biológicos que puedan garantizar la actividad terapéutica o profiláctica de aquéllos, así como la inocuidad de su aplicación.

La experiencia ha demostrado que para la realización práctica de esta finalidad es preciso modificar las disposiciones vigentes sobre toma de muestras a que se refiere la base 7.ª del proyecto de bases para la organización y reglamentación de las funciones y servicios del Instituto Técnico

co de Comprobación, hoy de Farmacobiología. Por esto en el capítulo VI del Reglamento del Instituto Técnico de Farmacobiología, publicado en 8 de Junio del corriente año, muy posterior al proyecto de bases, ya se señala que serán sometidos a la comprobación todos los lotes nuevos de medicamentos y que a este fin se dictarán las disposiciones necesarias para la mejor realización práctica de este extremo.

Teniendo presente lo que antecede,

Este Ministerio, a propuesta de la Junta Técnica del Instituto de Farmacobiología, ha tenido a bien disponer lo siguiente:

1.º Serán objeto de examen en el Instituto Técnico de Farmacobiología todos los lotes nuevos importados o fabricados en España de los productos siguientes (1): Sueros terapéuticos.—Anatoxinas.—Vacunas microbianas.—Vacunas antivariólicas.—Filtrados bacterianos.—Bacteriófagos.—Tuberculinas.—Maleínas.—Fermentos lácticos.—Antígenos y demás elementos de serodiagnóstico.—Virus inmunizantes (virus de la peste porcina, etc.).—Preparados de glándula tiroidea.—Preparados de glándula paratiroides.—Adrenalina (suprarrenina, epinefrina, etc.).—Preparados hipofisarios (lóbulo anterior y posterior).—Insulina.—Preparados inductores del estro (foliculinas, estricnina, etc.).—Cuerpos digitálicos (preparados de digital, estrofantó, escila, etc.).—Preparados de cornezuelo de centeno.—Preparados de helechero macho y de aceite de quenopodio.—Vitaminas.

2.º Los institutos o laboratorios productores remitirán al Instituto Técnico de Farmacobiología, para su comprobación, tres muestras de todo lote nuevo de los preparados anteriormente relacionados acompañados de una hoja en la que conste:

- a) Clase del producto.
- b) Número de elaboración del lote.
- c) Fecha de obtención.
- d) Cantidad elaborada.
- e) Medio de conservación y proporción de éste.
- f) Valor dado al producto (expresión en unidades, cantidad de principio activo, actividad con respecto al standar, etcétera, según los casos).
- g) Prueba biológica o química empleada para la determinación del dato anterior.

h) En casos especiales como el de preparados para cuya elaboración se hayan empleado varios antígenos (por ejemplo, sueros polivalentes) se enumerarán aquéllos.

3.º Las casas importadoras de productos biológicos u opoterápicos extranjeros comprendidos en la relación expresada, quedan igualmente obligadas a la remisión de tres muestras en las condiciones antedichas, de cuantos lotes nuevos reciban.

4.º No podrán entregarse al comercio ninguno de los productos anteriormente mencionados hasta tanto que el Instituto de Farmacobiología haya dictaminado sobre las muestras enviadas.

5.º El Instituto Técnico de Farmacobiología procederá al examen de las muestras en el plazo más breve posible. Cuando el resultado sea favorable, lo comunicará directamente a la entidad interesada autorizando la libre venta del producto. En el caso contrario emitirá el oportuno informe ante la Dirección de Sanidad para que ésta tome las medidas que considere pertinentes.

6.º No obstante lo dispuesto en los párrafos anteriores, el Instituto Técnico de Farmacobiología podrá recoger

(1) Conforme a la rectificación aparecida en la *Gaceta* del día 9 de Diciembre.

muestras en el comercio, en los institutos, laboratorios o depósitos, en cualquier momento que lo estime conveniente.

7.º Todos los envases de productos biológicos u opoterápicos, nacionales y extranjeros, además de las indicaciones que, según las disposiciones vigentes, deben consignar en sus cubiertas, deberán llevar en sitio bien visible el número del lote a que correspondan.

8.º En los análisis que corresponde efectuar en la Sección de Química continúan en vigor las bases aprobadas por Real orden de 9 de Julio de 1927.

La toma de muestras, su análisis, la interpretación de las discordancias entre la fórmula declarada y comprobada analíticamente y la garantía de los propietarios, seguirán, por tanto, interpretándose y aplicándose como hasta la fecha.

9.º Los elaboradores de preparados, sea cualesquiera su naturaleza, destinados al tratamiento de la tuberculosis lepra, diabetes y neoplasias, además de cumplir los requisitos vigentes, acompañarán informes experimentales o clínicos demostrativos de su eficacia.

10. En ningún caso podrán utilizarse los dictámenes del Instituto Técnico de Farmacobiología como reclamo para la venta, quedando prohibida terminantemente toda alusión en este sentido.

La presente Orden entrará en vigor desde la fecha de su publicación en la *Gaceta*.

Madrid, 3 de Diciembre de 1931. — P. D., M. Pascua. — Señor director general de Sanidad. (*Gaceta* del 4 de Diciembre.)

Colegio de Huérfanos de Médicos. Disponiendo pase a depender de la Dirección general de Sanidad.

DECRETO

Vista la instancia que dirige a este Ministerio D. José Pérez Mateos, presidente del Consejo general de los Colegios Médicos españoles, en nombre y representación de los mismos, en la cual solicita que el Colegio de Huérfanos de Médicos, actualmente clasificado como Institución de Beneficencia particular, pase a depender de la Dirección general de Sanidad; considerando que dicho Colegio de Huérfanos se sostiene con la subvención de la expresada Dirección y con las cantidades que aportan los Colegios de Médicos dependientes de la misma, sin que tengan la oportuna intervención ni en la dirección ni en la administración del ya citado organismo, no obstante ser sostenido con recursos dependientes de ellos, el Gobierno de la República, a propuesta del ministro de la Gobernación, decreta lo siguiente:

Artículo 1.º A partir de la publicación en la *Gaceta de Madrid* del presente Decreto, el Colegio de Huérfanos de Médicos pasará a depender de la Dirección general de Sanidad.

Art. 2.º Por la expresada Dirección general de Sanidad se dictarán las normas precisas para establecer el régimen más conveniente en lo que afecta a la dirección y administración de dicho Colegio de Huérfanos.

Art. 3.º Quedan derogadas cuantas disposiciones se opongan al cumplimiento de este Decreto.

Dado en Madrid a 8 de Diciembre de 1931. — El presidente del Gobierno de la República, Manuel Azaña. — El ministro de la Gobernación, Santiago Casares Quiroga. (*Gaceta* del 11 de Diciembre de 1931.)

Colegio de Huérfanos. Admitiendo a D. Carlos María Cortezo la dimisión del cargo de presidente del actual Patronato del

Colegio de Huérfanos de Médicos, y nombrando para substituirle a D. José Pérez Mateos, y director al Dr. D. Adolfo Hinojar Pons.

ÓRDENES

Ilmo. Sr.: En atención a lo preceptuado en el Decreto del Gobierno de la República, de fecha 6 de los corrientes, disponiendo concretamente que el Colegio para Huérfanos de Médicos—cuya función benéfica se cumple principalmente con las subvenciones de la Dirección general de Sanidad y las aportaciones de los Colegios Oficiales de Médicos adscritos a la misma—pase a depender, en cuanto a su régimen, de la expresada Dirección general de Sanidad:

Vistos el Real decreto de 15 de Mayo de 1917 creando dicha institución; el Reglamento por el que actualmente la misma se rige; la Real orden de 22 de Octubre de 1921, clasificándole en beneficencia particular; la instancia del Consejo general de los Colegios de España, en súplica de que se conceda a dicha entidad la dirección y administración del referido orfelinato, destinado exclusivamente a la protección de los huérfanos de sus colegiados y sostenido con las aportaciones de esos organismos:

Considerando que la dimisión del presidente del actual Patronato y el fallecimiento del director del Colegio crearon una situación especialmente difícil a dicha institución:

Considerando, por otra parte, lógico que la dirección y administración del Colegio sea llevada por los organismos a quienes únicamente interesa y cuya particular preparación para regir estas obras ha quedado probada con la fundación y magnífica marcha de La Previsión Médica Nacional:

Considerando que para que ello tenga efectividad es preciso la adecuada modificación de sus Estatutos y Reglamentos,

Este Ministerio, de conformidad con lo propuesto por la Dirección general de Sanidad, ha tenido a bien disponer lo siguiente:

1.º Admitir la dimisión del presidente del actual Patronato del Colegio de Huérfanos de Médicos, Dr. D. Carlos María Cortezo, fundada en su avanzada edad y quebrantada salud, expresando especial gratitud por el plausible y ejemplar celo que puso en el desempeño del referido cargo.

2.º Nombrar para substituirle al Dr. D. José Pérez Mateos, consejero de Sanidad y presidente del Consejo general de los Colegios Médicos de España.

3.º Nombrar igualmente para desempeñar el cargo de director del Colegio, vacante por fallecimiento de quien lo ocupaba, al Dr. D. Adolfo Hinojar Pons, consejero de Sanidad y presidente del Colegio de Médicos de Madrid.

4.º Que por el actual Patronato del Colegio de Huérfanos y por el Consejo general de los Colegios Médicos se designen tres miembros de cada entidad para que constituya una ponencia que, auxiliada por dos asesores técnicos de este Ministerio, estudie, en el plazo de un mes, las modificaciones que sean precisas en el Estatuto y Reglamento para que el Colegio de Huérfanos pase a depender, en función de alto Patronato, del Consejo general de los Colegios Médicos de España, proponiéndolas para la aprobación de este Ministerio.

5.º Que la misma ponencia y los referidos asesores propongan igual y simultáneamente la forma legal en que deba llevarse a cabo la transmisión de poderes, derechos y funciones del actual Patronato al Consejo general de los Colegios Médicos de España; y

6.º Que por este mismo Consejo de Colegios, en el plazo máximo de dos meses, se redactará y someterá a la aprobación del Ministerio de la Gobernación el nuevo Reglamento

por el cual deba regirse en lo sucesivo dicho Colegio de Huérfanos atendiendo a aquellas funciones que en el momento presente se estime debe cumplir tan benéfica institución.

Lo que digo a V. I. para su conocimiento y efectos. Madrid, 10 de Diciembre de 1931.—P. D., M. Pascua.—Señor director general de Sanidad. (*Gaceta* del 12 de Diciembre de 1931.)

DIRECCION GENERAL DE SANIDAD

CIRCULAR

En armonía con lo dispuesto en la Real orden de este Ministerio, núm. 1.337, de fecha 5 de Diciembre de 1928, respecto a rectificación de clasificación de las plazas de médicos titulares, inspectores municipales de Sanidad, y habiéndose publicado en la *Gaceta de Madrid* de fecha 10 del actual el proyecto correspondiente a la provincia de Guadalajara, formulado por la Junta provincial de la Asociación Nacional del Cuerpo de Inspectores municipales de Sanidad, con el informe favorable de la Junta provincial de Sanidad,

Esta Dirección general ha tenido a bien disponer la publicación de la presente circular a fin de que, tanto los Ayuntamientos como los médicos interesados, puedan formular las reclamaciones que estimen oportunas, dirigiéndose a este Centro, dentro del plazo de seis meses, a partir de la fecha de la publicación de la presente circular, según lo dispuesto en el apartado décimo de la citada disposición y Real orden de 29 de Octubre de 1930.

Madrid, 19 de Diciembre de 1931.—El director general, P. D., S. Ruesta. (*Gaceta* del 24 de Diciembre de 1931.)

GACETA DE LA SALUD PUBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 711,7; ídem mínima, 707,5; temperatura máxima, 9°,6; ídem mínima, 3°,8; vientos dominantes, NE. y N.

Se han acentuado los estados inflamatorios catarrales de las vías respiratorias, presentándose numerosas traqueobronquitis, laringitis y bronquitis poco profundas; las pleuresias secas, como sobre todo las sintomáticas de lesiones congénitas, son frecuentes. En los niños, a pesar de la crudeza de los estados meteorológicos no aparece ninguna alarmante amenaza epidémica.

CRONICAS

Dirección general de Sanidad.—*Información y reclamaciones.*—La Dirección general de Sanidad, en su deseo de organizar debidamente cuanto se refiere a información y reclamaciones, ha creado en el Ministerio de la Gobernación un Negociado con la obligación de atender cuantas consultas haga el público, y al cual deberán dirigirse por escrito cuantos tengan deseos o quejas que exponer acerca de los asuntos en tramitación, procurando de esta manera al público las mayores facilidades para que reciba en cada momento, con la máxima claridad y celeridad posibles, respuesta a las informaciones reclamadas.

Dicho Negociado, situado en el antedespacho de la Dirección general de Sanidad, estará abierto al público de diez a doce, y se ruega que cuantas consultas se hagan lo sean por escrito, entregándose a los interesados un recibo en el que se indicará la fecha en que pueden recoger la contestación.

«Boletín Reumatológico».—El departamento médico del Laboratorio Juste ha comenzado la publicación bimestral del indicado *Boletín*. Hemos recibido el núm. 1

(Noviembre-Diciembre). Consta de 16 páginas en octavo. Dedicamos un saludo a todos los compañeros, exponiendo su programa respecto a los propósitos de ir recogiendo y publicando cuanto se refiera a reumatismo.

Aun cuando no hemos encontrado dato que nos lo aclare, suponemos que este *Boletín* se repartirá gratuitamente a los médicos que lo soliciten a dicho Laboratorio. Deseamos mucha vida a la nueva publicación.

Vacantes de médicos.—Hasta el 20 de Enero se pueden solicitar las siguientes:
Cazalla de la Sierra (Sevilla). Tocólogo. 3.000 pesetas.
Castroverde de Cerrato (Valladolid). 1.375 pesetas.
Monasterio de la Vega (Valladolid). 1.375 pesetas.
La Mudarra (Valladolid). 1.375 pesetas.
San Cebrián de Campos (Palencia). 1.650 pesetas.
Canillas de Esgueva (Valladolid). 1.375 pesetas.
Becerril de Campos (Palencia). 2.200 pesetas.
Murillo de Gállego (Zaragoza). 2.200 pesetas.

Anulación.—Ha sido rectificado el acuerdo tomado por el Ayuntamiento de Chamartín de la Rosa (Madrid) de proveer la plaza de médico tocólogo según anuncia el *Boletín Oficial* del 12 de Noviembre.

Nombramiento acertado.—Ha sido nombrado profesor jefe del servicio de Endocrinología del Instituto Médico Quirúrgico de la Encarnación nuestro redactor y amigo Dr. D. Federico Peco.

Felicitemos muy de veras al Instituto por tan valiosa adquisición y asimismo al Dr. Peco, de quien esperamos la aplicación de sus muchos conocimientos y actividad en el servicio que se le ha encomendado.

Obras recibidas.—«Análisis químico de las aguas de abastecimiento de Zaragoza». Discurso leído en la Academia de Medicina del distrito de Zaragoza para la recepción pública del académico electo Dr. D. Antonio Gota Gállego y contestación del Dr. D. Eduardo de Gregorio García Serrano. Octubre 1931.

—«El principio de la unidad individual», por el doctor D. José Conde Andreu. Discurso leído en la Academia Nacional (?) de Medicina del distrito de Zaragoza y con testación del Dr. D. Angel Marín Corralé. Diciembre 1931.

Adjudicación de socorros a médicos y sus familias.—La Academia Nacional de Medicina ha acordado conceder los siguientes socorros:

Médicos: D. Sandalio Sánchez Juanes y D. Abdón Martínez y Martínez.

Viudas: Doña Carmen Cirujeda Gayoso de Moro, doña Amparo Boyano de Cancelo, doña Jesusa Castro de la Riega, doña Escolástica Medina de Moreno, doña María Vingal de Lloria, doña Enriqueta Martínez de Bernal, doña Carmen Inza de Martínez, doña Pilar Ameliría de Gallego y doña Francisca Pascual de Gracián.

Huérfanos: Doña Caridad M. Arjenta, doña Pilar Ortiz y Angulo y doña María del Pilar Pérez Fábregas Gotó.

Los socorros, de 250 pesetas cada uno, pueden recogerse en la Secretaría de dicha Academia los días laborales, de once a una de la mañana.

Aparatos de Electro-Diagnóstico y Electro Terapia.—Todos los médicos deben leer el adjunto prospecto en el que la importante casa Siemens Reiniger Veifa S. A., Fuencarral, 55, Madrid, presenta una interesantísima colección de aparatos para uso en los Consultorios médicos.

SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados).

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Unico preparador en España: DOCTOR GIRAL

Catedrático y Académico.—Atocha, 35 —Teléf. 10.028.—Madrid.

Forma emulsionable en frío: 2,90 ptas. caja de 150 gramos.

Forma cremosa: 4,40 ptas. frasco de 250 gramos.

Ambas formas: A granel por kilos.—Muestras gratuitas.

BARDANOL

Compuesta de extracto de raíces de LAPPA MAJOR L., y Estaño coloidal. LABORATORIO GAMIR, San Fernando, 34. — Valencia.

IMPRESA DEL SUCEOR DE ENRIQUE TEODORO

Glorieta de Santa María de la Cabeza, 1.—Madrid Teléfono 70.488