

# EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

Núm. 4.193. — Tomo 93

AÑO OCHENTA Y UNO

Abril 1934



## PHOSPHORRENAL

RECONSTITUYENTE  
GRANULAR-ELIXIR-INYECTABLES



## PEPTOYODAL

YODO ORGÁNICO  
GOTAS E INYECTABLES



## ARPHOS

INYECTABLES CACODILICOS  
SERIES CONSTANTES Y PROGRESIVAS



## NATROCITRAL

ANTIDISPÉPTICO  
GRANULADO-COMPRIMIDO



## PLURICARDIOL

TÓNICO CARDÍACO  
GOTAS E INYECTABLES

### PRODUCTOS DEL LABORATORIO

# ROBERT



Representante para las provincias de Madrid, Toledo, Avila, Segovia y Guadalajara, D. RAMON MORA.  
Calle de Echegaray, 15, principal, a quien pueden solicitarse muestras, informaciones, etc.

Ayuntamiento de Madrid



Estreñimiento habitual  
**CASCARINE LEPRINCE**

Laxante perfecto  
*Acción regular sin habituación ni irritación consecutiva a su empleo.*

*AFECCIONES del HÍGADO  
ATONIA del TUBO DIGESTIVO*

**Eumictine**

*Santalol - Salol - Hexametileno - Tetramina  
Antigonocócico - Diurético  
Analgésico - Antiséptico*

*Blenorragia - Cistitis - Nefritis  
Pielitis - Pielo - Nefritis - Piuria  
8 a 12 cápsulas al día*

**FOSFOTERAPIA RACIONAL**

por el **RIHOMNOIL**

*Píldoras y Sacaruro, a base de ácido nucleínico  
Ampollas a base de Nucleinato de Sosa.*

y el **NEO-RIHOMNOIL**

a base: de Nucleinato de Estricnina } AMPOLLAS  
y Cacodilato de Sosa }  
o de Nucleinato de Estricnina } COMPRIMIDOS  
y Metilarsinato de Sosa }

*Afecciones - Infecciones - Convalecencias.*

*Tratamiento racional y científico de la DIABETES*

por las

**Píldoras del Dr. Sejournet**

a base de Santonina

**ANTIDIABÉTICAS - RECONSTITUYENTES**

*sin régimen especial*

*Una píldora en cada comida.*

*Específico de la Hipertensión*

**GUIPSINE**

*en píldoras, a los principios útiles del Muérdago (Gui)*

**REGULADOR del TRABAJO del CORAZÓN**

**DIURÉTICO**

*Antialbuminúrico - Antihemorrágico - Antiescleroso*

**MEDICACIÓN ELECTIVA DE TODOS  
LOS ESTADOS ESPASMÓDICOS**

*Reguladora del Sistema Nervioso Simpático*

**FREINOSPASMYL**

*2 a 4 comprimidos diarios*

*Laboratorios del Dr.  
Maurice LEPRINCE  
62, Rue de la Tour  
PARIS (16<sup>e</sup>)  
y todas Farmacias.*

**Sucursales de los Laboratorios M. Leprince: Barcelona. — Apartado 685  
Depósito en las principales Farmacias de España y del Extranjero**



ristálticos de estas partes del intestino son ineficaces para expulsarlas, y es preciso reblandecerlas y lubrificarlas. Para ello se administran, por medio de una sonda rectal que se hace llegar lo más arriba posible, una solución salina al 9 por 1.000, a la que se añade un poco de carbonato sódico, y que se calienta a la temperatura del cuerpo o bien aceite de olivas o de parafina a la misma temperatura. Los líquidos administrados de esta manera se pueden retener durante varias horas, y sirven para reblandecer esas masas fecales. Asimismo se administran por la boca una o dos cucharadas grandes de aceite de parafina inodoro en ayunas. La mucosa del intestino no produce directamente sensaciones dolorosas, de modo que los estímulos mecánicos o químicos que la afectan no producen dolor; pero si la excitación por distensión o por inflamación se transmite al peritoneo se pueden producir esos dolores y, sobre todo, las contracciones peristálticas muy enérgicas sobre masas fecales duras ocasionan ese dolor intenso, que es el dolor cólico. En el intestino delgado, en el que el contenido es líquido o pastoso poco espeso, no se producen estos cólicos, sino solamente la sensación y el ruido de los borborismos. Los purgantes actúan, provocando o aumentando el peristaltismo intestinal. Otras veces impiden la absorción de líquido o provocan una exósmosis superior a la absorción, y de esta manera mantienen el contenido del intestino muy líquido y voluminoso, lo que facilita su evacuación. En cuanto al resultado final, no se puede diferenciar terminantemente la parte que toma cada uno de los factores, porque la aceleración del peristaltismo no da tiempo al intestino a que absorba mucho líquido y, por otra parte, el acúmulo de gran cantidad de líquido en el intestino provoca y aumenta el peristaltismo. Al cabo del día llegan al intestino por los alimentos y las bebidas varios litros de líquido, pero la mayor parte de ellos se absorben de nuevo. La cantidad de líquidos segregados por las diferentes glándu-

vés, porque la punción es fácil de hacer, pero los fenómenos anafilácticos a que da lugar con frecuencia la absorción del líquido, y especialmente de las grandes cantidades del mismo que suceden tras de las punciones exploradoras, son graves y es preciso evitarlos. En todo caso, si el resultado de la punción fuera la extracción de un líquido transparente, que hiciera comprender el verdadero diagnóstico, se debe proceder inmediatamente a la operación para extirpar por completo la bolsa quística. Como remedio paliativo en los casos de punción inoportuna, se recomienda la compresión digital enérgica de la pared en el sitio puncionado durante una o dos horas, con el fin de disminuir lo posible la absorción de líquido.

La rotura del quiste se produce a consecuencia de esfuerzos, especialmente los de tos; pero puede sobrevenir también sin motivo aparente alguno. Sin embargo, es frecuente que vaya precedida de accesos febriles y de expectoración herrumbrosa. Sin duda ocurre a consecuencia de focos neumónicos por absorción de líquidos que ocasiona los síntomas dichos, y de los varios focos que se forman, los más endebles son los que se rompen, determinando el derrame abundante. Lo más frecuente es que la rotura se haga en un bronquio, y, por tanto, el árbol bronquial se inunda de líquido, lo que determina accesos violentos de sofocación y de tos. Efecto de esta tos es que el enfermo expulsa líquido sanguinolento, y con frecuencia vesículas hijas en forma de uvas arrugadas. El análisis microscópico demuestra que en los productos hay ganchos libres. Se expulsan así mismo trozos de la bolsa madre, y en algunas ocasiones hasta quistes enteros, si no son de mucho tamaño. Causa asombro ver cómo han podido amoldarse a conductos bastante estrechos y llegar al exterior sin romperse quistes de un tamaño superior al de un huevo de gallina. Si el quiste era único y ocurre esta expulsión, el enfermo suele curar. La rotura del quiste es un accidente



peligroso para el enfermo, por varias razones: la primera, porque la inundación de los bronquios puede llegar a producir la asfixia; la segunda, porque al cesar bruscamente la compresión del pulmón se produce una congestión ex vacuo, y, por fin, por los fenómenos anafilácticos debidos a la absorción masiva, y que en este caso se conocen con el nombre de intoxicación hidatídica. La importancia de la misma difiere de un caso a otro, lo mismo que hemos dicho para los casos de punción inoportuna. Lo corriente es que el enfermo la tolere, con síntomas pasajeros. Los síntomas más constantes son la fiebre, la angustia, la disnea. Presenta el enfermo urticaria y herpes labial, que muchas veces puede ser la consecuencia del proceso de neumonía que acompaña al quiste. Una vez abierta la bolsa, puede sobrevenir la curación, si la eliminación del quiste ha sido completa; pero no es lo corriente: queda algo de cavidad quística y no tarda en infectarse. La consecuencia es la formación de un absceso. El enfermo elimina por los bronquios el pus que se va acumulando en la cavidad, y que casi siempre suele salir mezclado con granchos y otros productos hidatídicos. La fiebre se hace persistente y, por tanto, se marca la desnutrición del enfermo, que llega a tener fenómenos de amilosis, y si se produce un estado de caquexia, se llama tisis hidatídica.

Lo mismo en el pulmón que en el hígado y que en otras localizaciones, la bolsa hidatídica puede supurar aun hallándose intacta, y la consecuencia es la aparición de los fenómenos supuratorios y la abertura del foco, previa la creación de adherencias en derredor suyo, sea en el mediastino, sea en los bronquios, en la pleura o en el peritoneo a través del diafragma. Por esta tendencia natural en todo proceso supurado, son muy frecuentes los accidentes, como bronconeumonías, pionemotorax, gangrena pulmonar, etc. La muerte del equinococo determina transformaciones regresivas del

*Tumores pulmonares.*—Véase el capítulo de "Cáncer del pulmón".

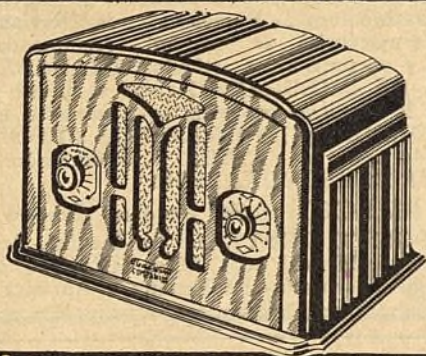
#### PURGANTES

Se llaman purgantes los medicamentos que provocan o que aceleran el progreso del contenido intestinal o la evacuación del intestino. Se provoca la evacuación del intestino recto, produciéndose al mismo tiempo la abertura del esfínter interno del ano y la contracción peristáltica del recto, que acarrea tras de sí la del colon. No se sabe de cierto cuáles son los impulsos normales que provocan en el recto la iniciación del acto de la defecación. Lo corriente es que el estímulo se perciba en cuanto se produce determinado grado de ocupación del recto, y también a un grado preciso de consistencia del contenido; pero no cabe duda de que el tenesmo, o sea la sensación del deseo de evacuar y los movimientos conducentes a ello se producen también con el recto vacío, y, por el contrario, dicha sensación y dichos movimientos pueden no encontrarse en casos en los que el recto se encuentra lleno, y hasta lleno en exceso, de materia fecal sólida. Estas diferencias dependerán seguramente de la diferente excitabilidad de los aparatos reflejos del intestino. De una manera artificial se logra casi siempre provocar el vaciamiento inmediato del recto, tanto por la excitación mecánica de su mucosa mediante un volumen suficiente de agua inyectada con rapidez, agua que tiene mayor efecto si está fría, como por la excitación química que se obtiene con el jabón, administrado unas veces en solución, otras en forma de supositorios, y con mayor comodidad, por medio de unos centímetros cúbicos de glicerina, que actúa lo mismo que el jabón y que las soluciones salinas concentradas por medio de la substracción de agua. Si las masas fecales que se encuentran en el colon y en el recto son muy duras, muy secas y muy voluminosas, los esfuerzos pe-



## NUEVO APARATO DE RADIO COMPANION 6

*Superheterodino de 6 lámparas  
para corriente alterna y continua*



**Stewart Warner**

Representantes exclusivos para España:

**Vivó, Vidal y Balach**

**BARCELONA**  
Calle de las Cortes, 589

**MADRID**  
Paseo de Recoletos, 14

**BILBAO**  
Heros, 32

## LA ELIMINACIÓN ANORMAL ES CON FRECUENCIA DEBIDA A LA FALTA DE ALIMENTOS DE VO- LUMEN EN EL RÉGIMEN ALIMENTICIO DIARIO

Durante mucho tiempo se ha venido utilizando el salvado para corregir el estreñimiento común. Esta cualidad ya conocida ha sido comprobada en el transcurso de los tres últimos años por varios e interesantes ensayos de laboratorio, que han añadido muchos nuevos datos a los conocimientos que hasta ahora se han tenido acerca de este cereal. Por ejemplo, hoy día se sabe que el salvado, cuando se sirve en las cantidades debidas, proporciona el volumen que se requiere para la debida eliminación. También se sabe que el salvado es una fuente excelente de la vitamina B, pues 28 gramos contienen 45 unidades de dicha vitamina. Además, el salvado ha demostrado ser rico en hierro vigorizante para la sangre.

El salvado ALL-BRAN de Kellogg's tiene la ventaja de ser muy sabroso, gusta a todos los paladares. Servido con leche fría o con nata, es delicioso; también puede utilizarse para la preparación de bizcochos, pan, etc. A cualquier médico que lo solicite se le enviará gratis un paquete entero.



**Kellogg's**  
**ALL-BRAN**

(TODO SALVADO)

el remedio benigno y natural contra el **ESTREÑIMIENTO**

DEPÓSITO: **Casa SANTIVERI, S. A.**  
Calle de Call, 22 - BARCELONA

MADRID: Plaza Mayor, 24 - VALENCIA: Campaneros, 26



## DE GRAN INTERES

**Obra nueva**  
**TERAPEUTICA FUNDAMENTAL**  
**DE LA**  
**TUBERCULOSIS**

POR EL DR.

**VALDES LAMBEA**

Jefe de los servicios de Tuberculosis del Hospital Militar de Madrid y profesor de Fisiología del Ejército.

Lecciones para médicos generales y estudiantes

Precio del ejemplar, 10 ptas.

Pedidos a **EL SIGLO MÉDICO**. A reembolso 0,75 más.

## HIGIENE DE LOS OJOS



## OFTALMOL

PODEROSO ANTISEPTICO DE LAS INFECCIONES DE LOS OJOS  
LAVADOS Y BAÑOS OCULARES

INDICACIONES: Conjuntivas, úlceras de la córnea, oftalmias, tracoma (granulaciones), orzuelos, dacriocistitis (fístula lacrimal), blefaritis (inflamación de los párpados), caída de las pestañas, formación de forúnculos, costras, abscesos, etc., etc.

EL FRASCO LLEVA UNA BANERITA

Com.: Cía. hidrargvr., 0,02 gr.—Ac. carbazot, 0,01 gr.—Sal. seda.  
Homberg, 6 gr.—S. Clorenalina, XX gotas.—Ag. bidestilada, 300 gr.

LABORATORIO IBERIA -:- Rambla Moncada, 29 -:- VICH (Barcelona)



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 PESETAS  
EN TODA ESPAÑA

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día.

En gastroenteritis, tóxicas, diarreas estivales, infecciones intestinales, etc., es de doble éxito.

**LACTOBULGARINA**

4 TOMOS :: 25 PESETAS  
:: OBRA OPOSICIONES ::

**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 CRONICOS, haciendo cesar la FATIGA y produciendo UNA SUAVE EXPECTORACION.

**PRECIO: 6,50 pesetas frasco**

DEPOSITO CENTRAL: Sr. Medina, Serrano, número 36, Madrid, y al POR MENOR, en las principales farmacias de España y América.

**EI NON PLUS ULTRA**

en Aparatos universales  
de electromedicina

Nuevos inventos de SORPRENDENTE

RENDIMIENTO y EFICACIA

Folleto ilustrado gratis S. M.

LABORATORIOS U. V. - Apartado 331. - SEVILLA

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

**Vejigatorio líquido del Dr. Masó Arumí**

**INDICACIONES: PLEURESÍAS — NEUMONÍA — NEURITIS — CIÁTICA, ETC.**  
**Muestras y literatura: Farmacia del DR. NADAL. — Rambla de Canaletas, 1. — BARCELONA**



**SANATORIO NEUROPATICO**

Calle de Pablo Iglesias, 52 - CARABANCHEL BAJO (Madrid) - Tel. 116 C.

**Director: Dr. GONZALO R. LAFORA**

Plaza de la Independencia, 8. — MADRID. — Teléfono 11380

Sanatorio con tres edificios y jardines independientes; uno abierto para enfermos nerviosos y otros dos cerrados para mentales, con separación de ambos sexos. — Tratamientos modernos. — Cuatro médicos; dos internos.

PIDANSE REGLAMENTOS A LA ADMINISTRACION

**INSTITUTO MEDICO - PEDAGOGICO**

CARABANCHEL BAJO. — Calle de Pablo Iglesias, núm. 12. — Télf. 71 C.

Escuela, talleres, gimnasio y granja para niños retrasados de inteligencia o con anomalías de carácter y psicopatías. — Tres profesores especializados.

**Dirección médica: Dr. GONZALO R. LAFORA**



# TERTULIA MÉDICA

## HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

### AMENIDADES



21-IV-1934

La correspondencia de esta sección deberá dirigirse al señor Director con advertencia expresa de su destino TERTULIA MÉDICA, y la publicidad a la Administración, Apartado 121, Madrid

#### Protección contra el incendio

¿Cuántas personas conocen entre nosotros la conducta que ha de seguirse frente a un incendio? Esta cuestión, sin embargo, toma de día en día mayor importancia, por el hecho de que en todas las grandes ciudades las casas de una sola planta van desapareciendo y son sustituidas por construcciones de múltiples pisos, donde, en un caso de apuro, no es ya posible ganar la calle por alguno de los huecos de la edificación. Esto, sin embargo, no quiere decir que todas las víctimas producidas en los incendios lo sean por no haber podido escapar al foco del siniestro. Por el contrario, las estadísticas formadas en Inglaterra y el País de Gales demuestran que, entre 1.500 personas muertas en 1931 a consecuencia de algún incendio, solamente 72 perecieron aprisionadas en el edificio pasto de las llamas.

La mayoría de los incendios son causados por algún descuido, y si es útil saber las medidas que han de adoptarse

#### TRATAMIENTO DEL REUMATISMO

Gota y litiasis biliar

#### REUMOSALIL

Salicilacetato de Parafenetidina.

Eteniletildiamina, agua destilada en ampollas de 5 c. c.

para combatirlos, más lo será aún conocer los medios de evitarlos.

Una de las causas más frecuentes de los incendios es el empleo de la esencia para la limpieza. Ciertamente que nadie ignora que no debe manipularse este líquido en la proximidad de un cigarrillo encendido o cualquier otra lumbre que pueda inflamarse. Pero son muy pocas las personas que piensan en el peligroso elemento que constituye una mezcla de vapores de esencia y aire. El ejemplo que a continuación exponemos mostrará que el alejamiento de todo fuego al manejar la esencia en una limpieza no es suficiente garantía para evitar una catástrofe: una dueña de casa, tan laboriosa como prudente, conociendo bien los peligros de la gasolina, elige su jardín para la limpieza de un vestido. Pero mareada por las emanaciones de la esencia, se desvanece y, al caer, derrama sobre sus ropas el contenido del recipiente. Su hija, que corre a auxiliarla, la transporta a la casa y, al atravesar la cocina, cuyo hornillo de gas se halla encendido, los vapores desprendidos de las ropas se in-

flan y madre e hija son quemadas vivas.

Las estadísticas a que más arriba hemos hecho alusión señalan igualmente que el fuego hace principalmente sus víctimas entre los niños de uno a cinco años. Debe, por tanto, ejercerse una particular atención en los niños de esta edad que ignoran los peligros del fuego y son

#### BARACHOL

##### Cura Eczemas, Erupciones y Enfermedades Rebeldes de la Piel.

más sensibles a las quemaduras que las personas mayores.

¿Qué hacer cuando, a pesar de todas las precauciones adoptadas estalla un incendio que amenaza la vida de seres humanos? El primero de todos los consejos es el de procurar permanecer serenos y evitar que el pánico se extienda. Después, ha de recordarse que son mayores los peligros de los productos del fuego—gas inflamado y humo—que los del propio fuego. ¿Cuántas personas saben, por ejemplo, la manera de abrir una puerta tras la que hace sus estragos el incendio? En esto, como en otras muchas circunstancias de la vida, el mejor consejo será el buen sentido. Será, pues, lo mejor para escapar a las primeras tufaradas del humo y a las llamas atraídas por una corriente de aire el permanecer algún tiempo detrás de la puerta como detrás de un escudo.

Sabemos también que es preferible andar a cuatro patas para atravesar una habitación o un pasillo invadidos por el humo, porque hay más aire y menos humo cerca del suelo, y porque así se ven mejor los obstáculos que pudieran hacernos tropezar. Igualmente, para bus-

#### ANTIPHLOGISTINE

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

car a los habitantes de una casa incendiada, lo más indicado es comenzar por el piso superior e ir después descendiendo, con lo que el salvador se encaminará hacia las zonas de mayor seguridad.

Cuando son las ropas las que arden, es necesario extender a la víctima. En efecto, si se ha incendiado la falda de una mujer y ésta permanece en pie o de ro-

dillas, las llamas ganarán bien pronto el cuello y la cara. Si no es posible rociarla de agua, será fácil extinguir las llamas cubriéndola con una manta, una alfombra o cualquier otra tela fuerte. Una persona cuyas ropas ardan no debe jamás precipitarse fuera de la casa o salir a una ventana, porque la corriente de aire avivará las llamas en lugar de extinguirlas.

Naturalmente que corresponde en primer lugar a los poderes públicos el deber de proteger a la población contra los riesgos de incendio. Cuanto más estrictamente se observen los reglamentos aplicables a las fábricas, teatros o casas de vecinos, menores serán los riesgos y las consecuencias de un siniestro.

En numerosos países la Cruz Roja, consagrando una especial atención a la prevención de los incendios, ha establecido acuerdos con los bomberos. En Austria, el Comité de la Cruz Roja de Baden y los bomberos han establecido un puesto de socorro que es un modelo

Gardán  
contra la Gripe

en el género. Sirve este puesto una región industrial y minera, y está en condiciones de movilizar por teléfono 39 médicos y 460 camilleros y de procurarse 15 automóviles suplementarios. También en Hungría la Cruz Roja colabora frecuentemente con los bomberos, y la sección local de Magykoros ayudó a éstos a la instalación de un excelente puesto de socorro y transporte. Igualmente en Checoslovaquia se mantienen las mejores relaciones entre la Cruz Roja y los equipos voluntarios de lucha contra el incendio, muy extendidos en todo el territorio. E incluso es muy frecuente que los miembros de las formaciones de primeros socorros de la Cruz Roja sean al mismo tiempo bomberos benévolos. En Polonia es muy frecuente que el puesto de la Cruz Roja ocupe el mismo local que los bomberos, y es corriente la colaboración de ambos organismos en otros accidentes fuera de los incendios. La Cruz Roja búlgara proporciona el material de los puestos de primeros socorros, cuyo personal se halla constituido por los bomberos, y cuan-



do se registra un accidente que requiere auxilio, ambas organizaciones colaboran muy cordialmente. En Islandia la Cruz Roja ha delegado en los bomberos, cuyo jefe forma parte de su Comité Central, el cuidado de transportar los enfermos. Las Cruces Rojas china y siamesa conceden igualmente una especial atención a la prevención de incendios, tan frecuentes en estos dos países. Finalmente, en el Japón los "juniors" toman

## ATROPHANTUM PALLARES

XV gotas contienen  $\frac{1}{2}$  miligramo de Estrofantina

parte con mucho entusiasmo en las propagandas contra el peligro de los incendios.

Las ventajas que ofrece esta colaboración entre la Cruz Roja y los bomberos de diferentes países es demasiado evidente para que sea necesario señalarlas con mayor insistencia. Entre otros muchos beneficios, produce el de proporcionar una importante economía de tiempo y de material.

De una manera general, la Cruz Roja tiene dos deberes para proteger eficazmente a una población contra el fuego:

## SOLUCION REICHENBACH

BALSAMICA, CON TIICOL,  
BENZOATO SODICO Y DIONINA

J. DOMINGO CHURTÓ  
C. Libertad, 14.—BARCELONA

en primer término, educar al público, y en particular a los niños, sobre la manera de evitar los incendios o de limitar sus estragos; después, colaborar en toda la medida posible con los Cuerpos de bomberos, poniendo a su disposición, cuando ello sea necesario, sus servicios de primeros socorros y organizando en su favor cursos de cuidados de urgencia. Además, y aun cuando no entre en las atribuciones de la Cruz Roja el inmiscuirse en las reglamentaciones sobre

## CONGESTIONES HEPATICAS HIVERICA

Muestras y literatura

Labs. del Dr. PUNYED LLOBERAS  
Apartado número 5.—R E U S

construcción y explotación de salas de espectáculos, puede la institución influir en este importante extremo, estimulando con sus advertencias y consejos a las autoridades locales competentes.

## La enfermera a través de las edades

Por Mrs. SEYMER

(Traducido y adaptado por J. H. S.)

(Continuación.)

"Para evitar las enfermedades, los egipcios purgaban su cuerpo con aceites y lo purificaban con eméticos cada día o cada tres, ya que decían que lo peor de todas las cosas era el excedente de la alimentación ingerida por el cuerpo, pues de este exceso provienen todas las enfermedades. Es así como este tratamiento procura la salud destruyendo el origen de las enfermedades. Indican los tratamientos establecidos según las leyes escritas reunidas por eminentes médicos de la antigüedad. Si los médicos observaban la leyes enunciadas en el Libro Sagrado, y a pesar de ello eran incapaces de curar los enfermos, no po-



dían ser considerados como culpables, y eran rigurosamente absueltos. Por el contrario, si se separaban de las leyes escritas, corrían pena de muerte, ya que el legislador pensaba que pocas personas podían hacer cosa mejor que aplicar el tratamiento preconizado y observado de tanto tiempo por los grandes maestros del arte."

Esto lo corrobora Aristóteles —muerto el 322 antes de J. C.—, diciendo: "En Egipto se permitía a los médicos modificar el tratamiento después del tercer día. Si la hacían antes, corrían graves peligros." Esto prueba claramente que antes del tercer día el tratamiento médico no era otro que el oficial, que menciona en su obra Diodoro. La rigidez de estas leyes, que revelan estos pasajes, debía impedir todo progreso médico, ya que en un sistema tal las investigaciones y las experiencias eran impracticables.

### Babilonia y Asiria.

Sabemos todos por los monumentos que en la actualidad persisten que los babilonios, que tenían astrónomos y matemáticos distinguidos, que introdujeron la división del tiempo en meses, días y minutos y realizaron grandes progresos en arquitectura. Un pueblo tal debía tener, por tanto, y con igual razón, alcanzado una cierta habilidad en medicina. Una fase muy primitiva de este arte es señalada por Herodoto, que la describe como "falta de médicos"; los enfermos eran llevados a la plaza pública para que los paseantes que hubieran sufrido idéntica en-

fermedad pudieran detenerse y darles consejo en cuanto al tratamiento a seguir. ¿Cuánto tiempo duró este estado empírico? No lo sabemos; pero ya dos mil años antes, según el código de Hammurabi (alrededor de dos mil quinientos años de Jesucristo), había médicos. Reglas bien definidas concernían sus honorarios. Helas aquí tal como aparecen:

"Si un médico ha llevado a cabo con

## ION-CALCINA PALLARES

A base de Cloruro de Calcio  
Frasco e inyectables

lanceta de cobre una operación seria sobre el ser humano, haciéndole cobrar la salud, o le ha abierto la catarata del ojo con lanceta, devolviéndole la vista, deberá recibir un salario de 10 shekels."

Después de una época retrasada, los babilonios reconocen la naturaleza contagiosa de la lepra e impiden a los leprosos salir al campo. El origen de los "augurios" y de los "fastos y los nefastos" se remonta hasta ellos, así como la creencia de la influencia de las estrellas sobre las acciones huma-

## "MALTOPOL"

Extracto de malta en polvo; contiene diastasa y vitaminas en forma concentrada.

M. F. Berlowitz. — Alameda, 14.—MADRID

nas, como asimismo sobre la enfermedad:

"Cuando Mercurio esté en su ascensión habrá muertos."

Como los egipcios, los asirios que sucedieron a los babilonios, nos han legado textos médicos muy antiguos, grabados en caracteres cuneiformes sobre tablas de arcilla. Los más numerosos, en la actualidad en el British Museum de Londres, provienen de la biblioteca del rey Asurbanipal—668-628 antes de J. C. a Kuyunjik-Nínive—, si bien se cree que algunos de éstos

## CATARROS, TOS JARABE MADARIAGA BENZOCINAMICO

son copias de originales aún más antiguos. Consisten en prescripciones análogas a las de los papiros egipcios particularmente, y en lo que concierne a la mezcla de remedios racionales con fórmulas puramente mágicas

(Continúa en la página XX.)



## LABORATORIO FARMACEUTICO

PONS, MORENO Y C.<sup>A</sup>

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.<sup>a</sup>, S. A.—Barcelona.

**Tetradinamo**

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

**Septicemiol**

(INYECTABLE)

Insustituible en la terapéutica de las enfermedades infecciosas. Estimulante general de las defensas orgánicas a base de coleslerina, gomenol, alcanfor y estircina.

**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 espiroquitosis en todas sus formas y manifestaciones. Perfectamente tolerable.

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación del ferrocarril.

## VACANTES POR OPOSICION

EL SIGLO MEDICO ha editado con el mayor detenimiento las

## CONTESTACIONES

al Programa oficial vigente, que responden, tema por tema, al Programa.

**4**

**TOMOS**

*Medicina  
Cirugía  
Higiene  
Legislación*

con un total de

**1.600**

**páginas.**

**Precio de la obra completa VEINTICINCO PESETAS.**





Derivados de la Colina  
activos por vía digestiva  
- comprimidos -

CURA COMPLEMENTARIA  
DE LA ACÉCOLINE

# HYPOTAN

El regulador del caudal arterial

**HIPERTENSIÓN**  
ESPASMOS VASCULARES

LABORATORIOS CHEVRETIN-LEMATTE  
L. LEMATTE, Suc.  
DOCTOR EN FARMACIA  
52, RUE LA BRUYÈRE - PARIS

MUESTRAS Y LITERATURAS : SEÑORES JUAN MARTIN S.A.F.

ALCALÁ 9, APARTADO 310  
MADRID

CONSEJO DE CIENTO 341 Y 343  
APARTADO 698 - BARCELONA

Tratamiento de la TOS en general  
Tos seca - Bronco-neumonía  
Bronquitis-Gripe  
Tuberculosis  
Asma

**GERMOSE**  
Gotas del Dr.  
**BAYRAC**  
(NO TOXICO)

Específico  
contra la Coqueluche  
(Tos ferina)

A base de Fluoroformo  
estabilizado en extractos vegetales.

LABORATOIRES LEBEAULT.—3 y 5, Rue Bourg-l'Abbé.—Paris.

gentes generales: Giménez-Salinas y C.<sup>a</sup>, Sagüés, 2 y 4. Barcelona (S. G.)



# EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

## HISTORIAL

Fundadores y Directores: D. Mariano Delgrás.—D. Serapio Escolar.—D. Francisco Méndez Alvaro.—D. Matías Nieto y Serrano.—D. Ramón Serret y Comin.—D. Angel Pulido y Fernández.—D. Carlos M.<sup>a</sup> Cortezo y Prieto.

PUBLICACIONES REFUNDIDAS.—Boletín de Medicina.—Gaceta Médica.—Genio Médico-Quirúrgico.  
Correspondencia Médica.—La Sanidad Civil.—Revista Clínica de Madrid.

1854 AÑO OCHENTA Y UNO 1934

## CONSEJO DE REDACCIÓN CIENTÍFICA

Presidente de honor: Excmo. Sr. Prof. D. Santiago Ramón y Cajal.

Presidente: Excmo. Sr. Prof. D. Amalio Gimeno y Cabañas

Vicepresidente: Excmo. Sr. Dr. Víctor M.<sup>a</sup> Cortezo

### VOCALES

**Dr. MARIANO ACEÑA**  
De la Beneficencia Municipal de Madrid.

**Dr. JOSE ALVAREZ SIERRA**  
Del Hospital de San Rafael.

**Dr. VITAL AZA Y DIAZ**  
Director del Sanatorio quirúrgico de Santa Alicia. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

**Prof. J. BLANC Y FORTACIN**  
Agregado de la Facultad de Madrid. Jefe de Clínica del Hospital de la Beneficencia general. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

**Prof. LEON CARDENAL Y PUJALS**  
Vice-Rector de la Universidad Central. De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina.

**Dr. JOSE CODINA Y CASTELLVI**  
Decano de la Beneficencia Provincial. Vicepresidente de la Academia Nacional de Medicina.

**Prof. A. FERNANDEZ MARTIN**  
Auxiliar de la Facultad de Madrid. De la Beneficencia Municipal de Madrid.

**Dr. E. FERNANDEZ SANZ**  
Presidente de la Liga Nacional de Higiene Mental. Académico de número de la Nacional de Medicina.

**Prof. FIDEL FERNANDEZ Y MARTINEZ**  
De la Facultad de Granada. De la Beneficencia general y Académico C. en la Nacional de Medicina.

**Dr. S. GARCIA VICENTE**  
Jefe del Servicio de Laringología de la Institución Antituberculosa Municipal de Madrid.

**Prof. A. GARCIA Y TAPIA**  
De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina.

**Dr. F. GONZALEZ DELEITO**  
Teniente Coronel Médico. Jefe de la Clínica Psiquiátrica Militar de Ciempozuelos.

**Dr. JOSE GOYANES Y CAPDEVILA**  
De la Beneficencia provincial. Académico de número de la Nacional de Medicina.

**Dr. BALTASAR HERNANDEZ-BRIZ**  
De la Beneficencia provincial. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

**Prof. TEOFILO HERNANDO Y ORTEGA**  
De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina. Presidente del Consejo Nacional de Cultura. Director del Instituto Nacional de Farmacobiología.

**Dr. J. DE ISASA Y ADARO**  
Pediatra.

**Dr. C. JUARROS Y ORTEGA**  
Profesor de la Escuela de Criminología. Académico de número de la Nacional de Medicina.

**Dr. JACOBO LOPEZ ELIZAGARAY**  
De la Beneficencia Provincial. Académico de número de la Nacional de Medicina.

**Dr. E. LUENGO Y ARROYO**  
Del Instituto Nacional de Higiene.

**Prof. GREGORIO MARAÑON Y POSADILLO**  
De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina.

**Dr. MANUEL MARIN AMAT**  
Oftalmólogo. Académico C. de la Nacional de Medicina.

**Dr. M. MARTINEZ SALDISE**  
Médico titular.

**Dr. A. MORANA Y JIMENEZ**  
Análisis clínicos.

**Dr. SANTIAGO LARREGLA**  
Jefe del Laboratorio del Hospital de San Francisco de Paula y del de Pediatría de la Facultad de Medicina.

**Dr. B. NAVARRO Y CANOVAS**  
Radiólogo. Del Hospital de la Beneficencia general. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

**Dr. FEDERICO PECO**  
Jefe de Clínica del Instituto de la Encarnación.

**Prof. GUSTAVO PITTALUGA Y FATORINI**  
De la Facultad de Madrid. Director de la Escuela Nacional de Sanidad. Académico de número de la Nacional de Medicina.

**Dr. A. PULIDO Y MARTIN**  
Urologo. De la Beneficencia provincial. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

**Dres. JULIAN Y SANTIAGO RATERA Y BOTELLA**  
Radiólogos. De la Beneficencia Provincial. Académicos C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

**Dr. J. MARTIN RENEDEU**  
Jefe de la Clínica Oftalmológica del Hospital Militar de Carabanchel.

**Prof. R. ROYO-VILLANOVA**  
De la Facultad de Valladolid. Académico C. de Valladolid en la Nacional de Medicina.

**Dr. C. DE SAN ANTONIO**  
Del Hospital del Buen Suceso.

**Dr. J. SARABIA Y PARDO**  
Pediatra. Decano del Hospital del Niño Jesús. Académico de número de la Nacional de Medicina.

**Dr. E. SLOCKER Y LA ROSA**  
Jefe de Clínica quirúrgica del Hospital de la Beneficencia general. Académico de número de la Nacional de Medicina.

**Prof. J. FRANCISCO TELLC**  
De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina.

**Dr. J. M.<sup>a</sup> TOME Y BONA**  
Dermatólogo. Secretario de actas de la Academia de Dermatología y Sifiliografía.

**Prof. A. VALLEJO NAGERA**  
De la Escuela de Sanidad Militar. Director del Hospital Psiquiátrico de San José (Ciempozuelos). Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

**Dr. RAFAEL DEL VALLE Y ALDABALDE**  
De la Beneficencia provincial. Académico de la Nacional de Medicina.

**Dr. J. M.<sup>a</sup> DE VILLAVERDE**  
Psiquiatra del Hospital del Buen Suceso. Neuro-siquiatra de la Beneficencia Provincial de Madrid.

Vocal consultor jurídico: Dr. José M.<sup>a</sup> Cordero y Torres, oficial letrado del Consejo de Estado.

Director: F. JAVIER M.<sup>a</sup> CORTEZO y COLLANTES, oficial facultativo de la Academia Nacional de Medicina.  
Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

Redacción y Administración: Serrano, núm. 58. - Madrid. - Teléfono 52703

### PRECIOS DE SUSCRIPCION

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 contra. — Pago adelantado  
Número atrasado, 2 pesetas.

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



# EL SIGLO MEDICO

Tomo 93

:-:

Sábado 21 de Abril de 1934

:-:

Núm. 4193

## PROGRAMA CIENTÍFICO

### LEMA: PROGRESSI SUMUS PROGREDIMUS, 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 estudiantes y su ampliación dentro y fuera de España.*

**SUMARIO:** Sección científica: Ictericia, por el Dr. Heliodoro G. Mogena.—Sobre un caso de encefalitis letárgica, por el Dr. B. Pérez Moreno.—La cantidad, la calidad y el momento de la infección con bacilos de la tuberculosis y su transcendencia para la aparición de esta enfermedad, por el Prof. Bruno Lange.—Sesiones clínicas: Clínica médica del Dr. Fidel Fernández (Granada).—Bibliografía.—Periódicos médicos.

## I C T E R I C I A <sup>(1)</sup>

POR EL

Dr. HELIODORO G. MOGENA

Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina

El aumento de pigmentos biliares en la sangre, cuando llegan a un cierto límite, da lugar a la coloración amarillenta de los tegumentos que conocemos con el nombre de ictericia.

No basta para que digamos hay ictericia que la piel o mucosa estén amarillas, ya que puede esta coloración ser debida a otros pigmentos de origen vegetal pertenecientes al grupo de los carotinoides.

La carotina, el más frecuente de ellos, se encuentra en la zanahoria, naranjas, coles, espinacas, etc., siendo frecuente su hallazgo en el suero de los diabéticos, según mostró von Noorden; esta carotinemia, caracterizada por el tinte amarillo canario de la epidermis, sería la causa para Labbe de muchos de los casos incluidos en el cuadro de la colemia familiar. La diferenciación con la ictericia es fácil examinando el suero sanguíneo.

Otros pigmentos también pueden dar lugar al tinte amarillento cuando se encuentran en exceso, como es la luteína que existe en el cuerpo amarillo de ovario y la santofilia en la yema de huevo, manteca y leche.

Estos pigmentos vegetales son objeto en la actualidad de estudios interesantes, demostrando existe una estrecha relación entre la carotina y la vitamina A.

Para mejor estudiar el mecanismo patológico de la ictericia es necesario diferenciemos ésta de la formación de pigmentos biliares que, si bien están íntimamente relacionados, sólo así nos será más fácil llegar a formarnos un concepto claro de un tema tan interesante y del cual hay todavía bastante de hipotético, como veremos. Resumamos cómo está hoy planteado el sitio de formación de los pigmentos biliares.

(1) Conferencia dada en el Instituto Madinaveitia, marzo 1934.

Por las clásicas experiencias de Maunyn y Miakowsky, viendo no se producía ictericia en las aves envenenadas con hidrógeno arsenical, cuando se extirpaba previamente el hígado, se creyó que en este órgano asentaba el lugar de formación del pigmento biliar. Sin embargo, la formación local de bilirrubina sin participación del hígado es bien conocida desde Virchow, viéndose en focos hemorrágicos antiguos, se forman cristales de un pigmento que al principio se llamó hematoïdina, y luego Fischer y Reindel comprobaron eran semejantes a la bilirrubina.

Allí donde la sangre se desborde de los vasos puede formarse bilirrubina independientemente del hígado y sin su ayuda.

Son posteriormente numerosos los autores (Van den Bergh, Macnee, Makino, etc.), que han comprobado la formación de bilirrubina a partir de sangre extravasada, habiendo visto también Leschke que la inyección de glóbulos rojos en el canal lumbar daba lugar a bilirrubina.

La formación normal del pigmento biliar es para Aschoff, Macnee y Lepehne el sistema retículo endotelial, del cual forman parte principal las células estrelladas de Kupffer, que se encuentran en el hígado, interviniendo la célula hepática solamente en la eliminación de estos pigmentos ya formados.

No solamente admite Aschoff a este sistema R. E. como única localización de formación de bilirrubina, sino que cree puede hacerse en todo el organismo, siendo capaces casi todas las células por acción germentativa de transformar el pigmento hemático en biliar. En el tejido alveolar del pulmón puede formarse bilirrubina después de inyecciones repetidas de sangre o en casos de infarto hemorrágico; mientras en las células muertas la bilirrubina formada por acción fermentativa queda cristalizada en el tejido es-



facelado, en la célula viva el pigmento que allí se forma permanece libre, y en aquéllas se ven depósitos de hierro.

Parece, según los conocimientos actuales, que la bilirrubina puede formarse a expensas de fermentos celulares fuera del hígado, en todo el organismo, aun cuando el sitio principal de transformación del pigmento hemático en biliar parece sea el S. R. E. La célula hepática tendría por misión eliminar el pigmento ya formado.

Ahora bien: no sabemos la proporción del pigmento que fuera del hígado puede producirse y, por consiguiente, la importancia que tendrá en la aparición de ictericia. Según Tannhauser, no se ha logrado producir ésta a expensas de una bilirrubina extrahepática, aun ofrecida en gran cantidad, si las células del hígado estaban sanas e intactos los canalículos biliares; por consiguiente, aun admitiendo la formación extrahepática de la bilirrubina, parece ser necesaria la existencia de una lesión de la célula hepática para que la ictericia se produzca en el hombre.

En el estudio de la bilirrubina, Aschoff distingue dos tipos: bilirrubina 1 y bilirrubina 2, según el modo de reaccionar con el reactivo de Ehrlich, y que corresponden a las reacciones indirecta y directa de Hymans Van den Berg.

Este actor llama reacción directa cuando, con la solución diazoica de Ehrlich se fija directamente la bilirrubina del suero, e indirecta, si es necesario precipitar previamente las albúminas con alcohol V. D. Berg considera a la r. directa como reveladora de una ictericia obstructiva, mecánica, mientras la r. indirecta expresaría una ictericia del tipo hemolítico o familiar. Son diversas las teorías propuestas para explicar estas dos reacciones, pensándose tenga distinto origen el pigmento biliar.

En un trabajo publicado hace unos años (1) expresábamos nuestra experiencia, después de numerosas determinaciones, siguiendo la técnica de H. V. d. Berg, según la cual, siempre que había bilirrubinemia alta, la reacción era directa, no encontrando la reacción indirecta más que con valores bajos de colemia.

En enfermos a los cuales hemos podido seguir la evolución de una ictericia obstructiva hemos encontrado reacción indirecta o directa tardía al principio (o final de ésta), mientras que, cuando

la ictericia era más intensa, la r. fué siempre directa pronta.

Posteriormente hemos estudiado el comportamiento de esta reacción en algunos sujetos a los cuales inyectábamos por vía intravenosa cinco centigramos de bilirrubina para la prueba de Bergmann-Eilbott, y sus resultados los creemos interesantes.

Antes de inyectar el pigmento, la reacción era indirecta, en la fase de colemia más alta era directa y precoz, para convertirse en indirecta cuando la bilirrubinemia volvía a su cifra primitiva.

Lo cual, sin negar la existencia de diferentes clases de bilirrubina, creemos depende el comportamiento del reactivo diazoico frente al pigmento biliar de la cantidad de éste en el suero.

Para Aschoff, la bilirrubina 1, que piensa tenga un origen extrahepático, sería transformada en bilirrubina 2 a su paso por la célula hepática; por eso en las ictericias por éstasis la bilirrubina 2 se encuentra en la sangre y en los casos de ic-

tericia emolítica, en que el pigmento biliar no sufre alteración por la célula hepática de la r. indirecta.

Para Adler y Strauss, este distinto comportamiento del reactivo diazoico se debería al contenido de globulinas en el suero, habiendo visto que en todos los procesos hepáticos destructivos con ictericia, así como en las ictericias por retención con r. directa, la cantidad de globulinas del suero era pequeña, siendo normal en la ictericia hemolítica, en donde la r. bilirrubina era indirecta. También Rosenthal ve la causa de ambas reacciones en diferentes estados coloidales del plasma.

No cree Tannhauser pueda juzgarse del origen hepatógeno o anhepatógeno de la bilirrubina, según la r. sea directa o indirecta, ya que factores del mismo suero pueden modificar el resultado de la reacción.

Más bien piensa pueda tratarse de dos cuerpos distintos con pequeñas alteraciones en la composición química de su molécula, según lo cual el tipo 1 podría transformarse en 2, o al contrario, por diferentes cambios químicos, siendo tal vez uno de estos las modificaciones que experimenta la bilirrubina a su paso por la célula hepática.

Según los trabajos de Fischer, existen diferentes pigmentos bilirrubinoides que se diferencian por la distinta manera de estar agrupadas las cadenas laterales; así, el pigmento que se encuen-

### Avance de sumario para el número siguiente

(28 de abril de 1934)

- PROF. M. MÁRQUEZ: Deontología oftalmológica.
- DR. EUGENIO PERALTA ALFÉREZ: Algunas consideraciones sobre la influencia de los ejercicios físicos en la prevención de las enfermedades respiratorias de la infancia.
- DR. JAVIER M. TOMÉ BONA: Estado actual del tratamiento del pénfigo.
- MAX DE CRINIS: La encefalitis gripal.
- Sesiones clínicas.
- Bibliografía.
- Periódicos médicos.
- Sección profesional.

(1) H. G. MOGENA: *The Lancet*, 8 junio 1929.



tra en los perros hepatectomizados y con ictericia no parece sea la bilirrubina, sino un cuerpo pirrólico derivado de la transformación de la hemoglobina, al cual Tannhauser llama xantorrubina, habiendo Jenke encontrado otro cuerpo pirrólico en la orina de un enfermo con ictericia hemolítica que denomina hemorrubina.

\* \* \*

En el mecanismo de producción de la ictericia, tres tipos diferentes debemos considerar:

Primero. Ictericia obstructiva, mecánica.

Segundo. Pleocrómica o por hiperhemolisis.

Tercero. Por lesión de la célula hepática.

Estas tres formas de ictericias corresponden, según la denominación de Brugsch, a las ictericias verdínica, flavínica y rubínica. Para este autor se pueden diferenciar las distintas formas de ictericia valiéndose de la inyección intradérmica de una solución de ferricianuro potásico al 1 por 100; en los casos de grave lesión de la célula hepática se produce una intensa reacción azul de la piel, debida a la gran cantidad de hierro bivalente desprendido y a la oxidación de la bilirrubina. Los fundamentos de la r. de Brugsch han sido combatidos, sin que haya llegado a considerarse como de valor clínico.

**Ictericia por obstrucción.**—En tres sitios diferentes puede existir obstrucción que impida el libre paso de la bilis al intestino: en el conducto colédoco o hepático, a nivel de los espacios porta del hígado o en el interior de los lóbulos hepáticos.

La obstrucción de las vías biliares mayores puede ser: por compresión externa, debida a cáncer de la cabeza del páncreas o, menos frecuentemente, de las vías biliares, estómago o duodeno, compresiones por ganglios que normalmente se encuentran en el ílio hepático y que pueden aumentar de volumen en caso de tumores abdominales, leucemia, sífilis o tuberculosis. La existencia de bridas que cojan el colédoco, como sucede en la pericolecistitis o periduodenitis, y en algunos casos de pancreatitis crónica.

La obstrucción interna más frecuente es por un cálculo en colédoco o hepático o, según la antigua concepción de la ictericia catarral, la existencia de un tapón de moco, y rara vez se obstruyen el hepático o colédoco por hidátides o áscaris.

La patogenia de la ictericia por obstrucción pareció explicarse fácilmente: la bilis retenida en los conductillos biliares por imposibilidad de verse en el intestino, se reabsorbería y pasaría a la sangre. Para Eppinger, el acúmulo de bilis en los finos conductillos biliares daría lugar a dilatación de éstos con formación de pequeños focos de apoplejía biliar; la rotura de estos conductillos ocasionaría la salida de bilis, que pasaría a la circulación general.

Los interesantes trabajos de Hiyeda, haciendo ligaduras de colédoco en diversos animales, han probado la existencia de una lesión en los capilares biliares antes que aparezca aumento de bilirrubina en sangre, habiendo demostrado existe una zona del capilar biliar muy sensible a cualquier éstasis; también demostró Hiyeda la aparición de focos necróticos alrededor de los acini, al mismo tiempo que hiperbilirrubinemia. No es necesario se rompa la pared de los capilares biliares, sino que por diapedesis también puede salir la bilis, que se reabsorbería por la linfa, y luego, por el conducto torácico, pasaría a la sangre. Aschoff denomina a este tipo de ictericia por "reabsorción".

También se ha visto después de la ligadura del colédoco una clarificación de las células hepáticas en un estado de degeneración. Todo lo cual parece indicar que, si en el primer momento la ictericia por obstrucción de las vías biliares sería por reabsorción, luego la salida de la bilis llega a ocasionar una verdadera lesión de la célula hepática.

La patogenia de este tipo de ictericia pareció cambiar totalmente en los últimos años, merced a los trabajos de Haberland. Este autor vió que la ligadura del colédoco en los perros no iba seguida de ictericia cuando se hacía en condiciones completamente asépticas, siendo, por consiguiente, debida la ictericia, no a la obstrucción del colédoco, sino a la infección sobreañadida.

Han sido principalmente los autores franceses los encargados de probar el error de la concepción de Haberland. Ya la clínica había mostrado cómo en todas las obstrucciones del colédoco iban seguidas de ictericia, que tampoco aparece más que muy tardíamente en el gato y en el cobaya.

En un interesante trabajo presentado por Brülé al Congreso Internacional de la Litiasis Ciliar recordaba sus antiguas experiencias, en las cuales la obstrucción completa del colédoco, sin infección, no daba lugar siempre a una ictericia tislular acentuada: en el hombre, el escalón de eliminación de bilirrubina sería alta, siendo necesaria una gran bilirrubina para que apareciese bilirrubinuria; pero no sucede lo mismo en el perro: aquí el escalón de excreción del pigmento biliar es muy bajo; la menor retención de bilis da lugar a la eliminación del pigmento por la orina, con una colemia muy baja y, por consiguiente, pigmentación cutánea escasa.

Que la infección sobreañadida aumenta la ictericia, es natural, ya que entonces podemos tener, además, una ictericia por hepatitis. También es posible que la infección dé lugar a fenómenos de hemolisis, que aumentarían la cantidad de bilirrubina.

A esto se añade, para quitar importancia a la



Al minuto...

actúa en las  
**intoxicaciones**  
y otros estados de  
indicación vital urgente  
**el heroico analéptico**

# Coramina



# TRATAMIENTO DE LAS ANEMIAS

# hepal

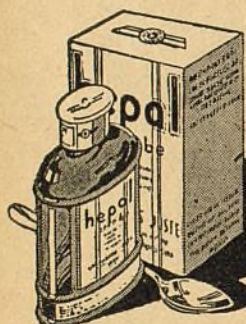
REALIZACIÓN CLÍNICA  
PERFECTA  
DEL  
MÉTODO DE MINOT-MURPHY

principio  
aislado  
con hierro

antianémico  
del hígado  
y cobre.

LA EFICACIA DE  
**600** GR. DE HÍGADO  
EN UNA AMPOLLA DE 2 C. C.

FRASCO DE 100 C. C.  
EQUIVALENTE A  
1 KG. DE HÍGADO  
FRESCO  
ELIMINA EL SA-  
BOR Y LA INTO-  
LERANCIA DEL  
HÍGADO  
TRES A CINCO  
CUCHARADITAS  
DIARIAS



hepal  
JARABE

PRODUCTO NETAMENTE  
ESPAÑOL

LABORATORIOS JUSTE  
APARTADO DE CORREOS, 9.030

F<sup>co</sup> NAVACERRADA, 3



TELÉFONO: 55386

MADRID

CAJAS DE 10 AMP.  
DE 2 C. C. CADA  
AMPOLLA IGUAL A  
600 GR. DE HÍGADO  
FRESCO  
UNA A TRES AMP.  
DIARIAS POR VÍA  
SUBCUTÁNEA O  
INTRAMUSCULAR

INYECCIÓN INDOLO



hepal  
INYECTABLE

**hepal** proporciona las sustancias orgánicas que forman el glóbulo rojo y los elementos inorgánicos que producen la hemoglobina



## ALUCOL

Hidrato de aluminio coloidal  
reduce la hiperclorhídria por  
fijación y eliminación de Hcl.

Suprime las manifestaciones  
dolorosas de los estados hi-  
perclorhídricos; acidez, ardo-  
res, etc.

Indicado en el tratamiento de  
la úlcera, de los espasmos y  
vértigos dispépsicos.

En tabletas y en polvo.

Dr. A. WANDER S. A., Berna (Suiza)

# ALUCOL WANDER

Muestras y literatura: José Balari Marco, Bailén, 95-97.—Barcelona.

Ayuntamiento de Madrid



concepción de Haberland, que este autor no excluye en sus experimentos la vesícula, siendo bien conocido cómo entonces la bilis se va estancando allí, estando muy retardada la reabsorción sanguínea, ya que, según Franck, Mann, Gesse y Bolmann, el grado de ictericia estaría atenuado según el poder de concentración de la vesícula.

En la ictericia por obstrucción calculosa del colédoco, de las más frecuentes en clínica, interviene, a más del impedimento a la salida de la bilis al intestino, una lesión de la célula hepática. En un trabajo anterior (1) nos hemos ocupado de las hepatitis que acompañan a la litiasis vesicular, demostrada por pruebas histológicas, funcionales y clínicas. Si la hepatitis es consecutiva a la infección vesicular o, por el contrario, el primer trastorno es el de la célula hepática, es un asunto aún debatido.

Vemos, por consiguiente, que la ictericia obstructiva por cálculo es siempre mixta, ya se sobreañada a la hiperbilirrubinemia de origen hepático la debida a interrupción del paso biliar, o al contrario.

La ictericia catarral, primeramente considerada por Virchow como una ictericia obstructiva, en la cual el moco segregado por el catarro de las vías biliares impedía el paso de la bilis al intestino, es hoy, para la mayoría de los autores, un proceso hepático de origen infeccioso y, en ocasiones, epidémico.

Para Aschoff se trata de una enfermedad del parénquima hepático, degenerativa e inflamatoria (hepatosis o hepatitis), en la cual el proceso infeccioso sigue la vía hematógena descendente. Umber admite la existencia de una infección colángica que da lugar a colostasis. La infección de las vías biliares puede ser enterógena, producida por el grupo coli o enterococo, o hematógena, por estrepto, estafilo, neumococo o Friedlander, conduciendo luego a la ictericia por propagación al hígado de la infección, admitiendo tres estadios: en el primero se trata de una colangia, siendo muy difícil de diferenciar si la infección es hematógena o enterógena; en el segundo estadio se produce una hepatosis colángica, que puede llegar por destrucción del parénquima hepático hasta la atrofia amarilla aguda del hígado; como tercer estadio existe una hepatitis colángica con paso a la cirrosis biliar. La ictericia catarral se asemeja, en la mayoría de los casos, con el segundo estadio.

Eppinger ve como primer proceso de la ictericia simple un proceso degenerativo difuso de las células del parénquima hepático, que unas veces da lugar a formas puras de ictericia catarral, o ya rápidamente, en pocas semanas, pasa a la atrofia amarilla aguda.

En nuestro concepto, admitiendo el paso de una ictericia catarral a un proceso hepático más o menos grave, creemos se han mezclado dos afecciones distintas: la ictericia catarral simple, es decir, el catarro de las vías biliares, con sintomatología principalmente gástrica en el primer momento, apirética la mayoría de las veces, y en donde la repercusión sobre el parénquima hepático es escasa, como nos lo demuestra el resultado de las numerosas pruebas funcionales que llevamos hechas, añadiéndose a esto cómo se acorta el tiempo de duración de la ictericia cuando se trata a estos enfermos con sondajes duodenales e inyección de sulfato de magnesia. Este proceso es diferente en su evolución y pronóstico de la hepatosis o hepatitis, de comienzo brusco, y que tan bien han estudiado los autores alemanes, englobando allí todos los casos de ictericia catarral.

Cuando hemos probado la función hepática en los primeros días de la ictericia catarral, vimos en la mayoría de los casos que las pruebas eran negativas; si la obstrucción persistía, el examen funcional nos demostraba la lesión hepática.

No queremos decir con esto que desde que la obstrucción del colédoco se establece no exista un trastorno del parénquima hepático, pero, tan insignificante, que no podemos apreciarle por medio de las pruebas clínicas y que, por el contrario, se acentuara cuando la obstrucción persista.

Pero, si se tratase de una hepatitis primitiva, la lesión de la célula hepática es anterior a la aparición de la ictericia, es decir, ésta es consecutiva a aquélla y, por consiguiente, desde el momento que se presenta la ictericia, las pruebas clínicas nos demuestran el trastorno de la función hepática, sin esperar a una ictericia prolongada.

Así como en la ictericia simple, parenquimatosas, no existe obstrucción de colédoco, en la ictericia catarral hemos podido comprobar en muchos casos, por medio de la sonda duodenal, había una "obstrucción total del colédoco", y un argumento más lo tenemos viendo cómo en algunos de estos casos la inyección de sulfato de magnesia a través de la sonda duodenal, siguiendo la técnica de Meltzer Lyon, daba lugar a desobstrucción del colédoco, restableciéndose el paso de la bilis al intestino, y desde aquel momento se presentaba una rápida curación del enfermo.

El catarro agudo de las vías biliares principales, con obstrucción parcial o total de colédoco y hepatitis secundaria más o menos acentuada, tienen una realidad clínica, siendo necesario diferenciarles de la ictericia simple por hepatosis o hepatitis, que luego estudiaremos.

**Ictericia pleocrónica.**—La hiperformación de pigmentos biliares se venía creyendo era causa suficiente para la aparición de ictericia, siendo el grupo más importante dentro de este tipo la ictericia hemolítica, en sus dos formas, congénita,

(1) H. G. MOGENA: Conferencia dada en la "Semana Médica Montañesa", Santander, septiembre 1932.



hereditaria o familiar (Minkowski) y adquirida (Hayem). No todos los autores consideran distintas a estas dos formas de ictericia, ya que muchos pacientes pueden participar de las dos; así, la condición puede ser congénita, pero no hereditaria, aun cuando la ictericia no aparezca mucho tiempo después del nacimiento.

Sin conocerse la causa verdadera de ella existe, desde luego, una menor resistencia de los glóbulos rojos con hiperhemolitis. Se ha hecho intervenir al bazo y, en general, al sistema retículo endotelial como causa de este trastorno, fundándose en la esplenomegalia, aparición de reticulocitos en la sangre y en la mejoría que los enfermos experimentan con la extirpación del bazo, en donde se pensaba destruirían los hematíes.

Ahora bien: ¿es suficiente esta destrucción de glóbulos rojos para que aparezca ictericia?

Ya al hablar del lugar de formación de la bilirrubina decíamos cómo está demostrado puede hacerlo fuera del hígado; lo que no se ha probado es que un aporte exagerado de pigmento biliar dé lugar a ictericia, ya que no se comprende cómo la célula hepática sana no pueda eliminar la bilirrubina porque llegue en cantidad algo mayor de lo normal.

Como tipo de ictericia pleocrómica se consideraba la producida experimentalmente por medio de la toluilendiamina y fenilhidracina, sustancias que ocasionan una fuerte destrucción de glóbulos rojos. Los trabajos recientes de la Escuela de Ohno confirman la nueva interpretación dada a este interesante grupo de ictericias.

Hiyeda demostró que la toluilendiamina ataca a los capilares biliares, pasando la bilis por diapedesis a los espacios linfáticos, y luego siguiendo el conducto torácico a la circulación general. Como contraprueba ligaba el conducto torácico, viendo entonces que la ictericia no se presentaba, lo que, naturalmente, no pasaría si se debiese solamente a la hiperproducción de bilirrubina.

Para que la toluilendiamina desarrolle esta acción tóxica, cree Hiyeda es necesario pase por el bazo, explicándose así la participación de este órgano en la forma de ictericia que estudiamos, y no haciendo intervenir al S. R. E. Según esto, la ictericia hemolítica así producida entraría en el grupo de las ictericias por reabsorción.

La fenilhidracina obra de manera distinta, pero tampoco únicamente por destrucción globular. Esta obstrucción ataca a los conductos biliares y, sobre todo, a la célula hepática, por lo cual la ictericia que produce se considera debida sobre todo a retención y absorción biliar.

Es decir, que la ictericia por hiperhemolisis no es pura, siendo necesario para que aparezca exista una lesión de la célula hepática. Eppinger cree, sin embargo, que en la reabsorción de grandes

hemorragias aparece ictericia ligera, sin que esto quiera decir no se trate también de una ictericia tóxica por reabsorción y retención.

Experimentalmente se ha demostrado que la inyección intravenosa de hemoglobina no daba lugar a ictericia sino cuando previamente se había lesionado la célula hepática. Por otra parte, vemos que procesos hemolíticos intensos, como la anemia perniciosa, paludismo maligno, hemoglobinuria paroxística, etc., evolucionan corrientemente sin ictericia.

Un argumento expresado como debida la ictericia hemolítica a la formación exagerada de bilirrubina fuera del hígado es al comportamiento del pigmento frente al reactivo diazoico de Ehrlich, mientras en la ictericia por reabsorción la reacción es directa y pronta; en las de tipo hemolítico es indirecta o tardía, pero ya antes nos hemos referido al valor patogénico de la reacción de Hymas Van der Berg.

**Ictericia por lesión del parénquima.**—Si seguimos a Minkowski, la ictericia en las enfermedades parenquimatosas del hígado sería por parapedesis o paracolia; la célula hepática es capaz de formar el pigmento, pero no de eliminarle en el capilar biliar, pasando al capilar sanguíneo que la rodea, teoría que, naturalmente, es poco comprensible.

Para Aschoff y su escuela se trata de una ictericia por retención: la bilirrubina formada en el sistema retículo endotelial no puede ser eliminada por la célula hepática enferma, en donde se retiene.

Según esto, habría también una obstrucción, pero, en lugar de ser el obstáculo extrahepático, es intrahepático, interviniendo el factor reabsorción en la ictericia.

En las ictericias primitivamente parenquimatosas, la lesión hepática no sólo dificulta la salida de bilis, sino también su formación; de ahí no sean ictericia muy intensas; lo contrario sucederá cuando, en lugar de ser lo primitivo el trastorno celular, se lesionen los conductillos biliares, que facilitará el paso de los pigmentos a la sangre.

Dentro de este grupo de ictericias incluyen la mayoría de los autores la denominada catarral, que nosotros hemos estudiado como primitivamente obstructivas, y que separamos de la ictericia por hepatitis, la cual puede tener un origen infeccioso o tóxico.

Si bien todas las infecciones pueden ocasionar secundariamente hepatitis y, por consiguiente, ictericia, hay algunas en donde esto sucede con más frecuencia, como son la neumonía, paludismo, infecciones puerperales, etc., entrando, además, en este grupo la fiebre amarilla y la espiroquetosis hemorrágica.

Ya antes hemos hablado de las hepatitis icte-



rógenas que acompañan a la infección de las vías biliares, y en donde juegan un importante papel las alteraciones inflamatorias de las vías biliares más pequeñas. Este origen de ictericia es, por su gran frecuencia, digno de tenerse siempre muy presente.

Dentro de las ictericias tóxicas, las más importantes son las de origen exógeno (cloroformo, arsenicales, alcohol, ciertos medicamentos, etcétera). Mencionemos en especial la ictericia por atofán, de la cual hemos publicado recientemente algunos casos (1).

No es necesario dosis grandes ni repetidas de este medicamento, habiendo sido suficiente en algún caso la administración de un gramo para producir ictericia, por lo cual aconsejamos el manejo del atofán con gran cuidado, suspendiendo su administración al menor signo de alteración hepática, y no creemos deba emplearse nunca como colerético, ya que puede agravar la lesión hepática existente, y menos todavía en el estudio de la función hepática, como en los últimos meses ha propuesto Chiray con Albot, Ribadeau-Dunna y Lelourdy, olvidando son muchos los casos ya publicados de ictericias mortales por atofán.

En cuanto a la manera de actuar de los tóxicos a que anteriormente nos hemos referido como ejemplo, la forma de hacerlo de la fenilhidracina y la tolulendiamina, que si bien antes se creía daban lugar a ictericia por hiperdestrucción de hematíes, hoy sabemos es también por lesión de la célula hepática (colangiocapilar y hepatocelular), tratándose de una ictericia mixta.

Dentro de las ictericias parenquimatosas, tenemos a la cirrosis hepática, consecutiva muchas veces a otras causas de ictericia, antes mencionada. No en todas las cirrosis existe el mismo grado de ictericia, siendo más intensa en las denominadas biliares, y casi imperceptible en las bivenosas.

El mecanismo de la ictericia en las cirrosis sin obstrucción de colédoco parece estar condicionado por el éstasis biliar, que ocasiona un espesamiento pronunciado de la bilis. Según Eppinger, los conductillos biliares se obstruirían por los trombus de bilis; vendría después la rotura de los conductillos, con la consiguiente reabsorción de la bilis vertida, e ictericia. Otros dos factores intervienen también, que son: la lesión de los conductillos y la hiperhemolisis.

Hemos visto que en cada uno de los tres tipos de ictericia estudiados, el mecanismo de producción no es único, ni la simple obstrucción en la salida de bilis al intestino, ni la exagerada producción de bilirrubina eran causa suficiente para dar lugar a ictericia. A ella tenía que añadirse una lesión más o menos manifiesta de la célula hepática.

(1) H. G. MOGENA: *Revue Méd.-Chir des Mal. du Foie*, número 3, 1933.

## Sobre un caso de encefalitis letárgica

POR EL

Dr. B. PÉREZ MORENO

Asistente al servicio de Puericultura del Dispensario Central de la Cruz Roja

El concepto antiguo de la encefalitis era puramente anatómico, y comprendía afecciones de distinta naturaleza, tanto agudas como crónicas, de las que más tarde se desglosaron el absceso y la sífilis cerebrales, la meningo-encefalitis, etc., dedicándose entonces principalmente los autores al estudio de las localizaciones anatómicas de las lesiones en las formas que observaban, y haciendo distintas clasificaciones, según el lugar ocupado por estas lesiones, moviéndose en medio de un gran confusio-nismo debido al polimorfismo de los cuadros clínicos, y atribuyendo sus causas a otros procesos, siendo Oppenheim en 1905 quien primero sospechó que podía tratarse de una infección independiente, por lo menos en una parte de los casos.

Así continuaron las cosas hasta que Economo de Viena publicó en 1917 su primera comunicación sobre la encefalitis letárgica. Esta comunicación marca el principio de una nueva era en el estudio de esta afección, sobre la cual se ha venido tratando extensamente en estos últimos años, y más especialmente a partir del empleo de las neurovacunas que, entre otras cosas, han provocado interesantes discusiones sobre la unidad o pluralidad de esta afección, siendo Economo uno de los más entusiastas sustentadores de la diferenciación de varias clases de encefalitis, pareciendo hoy que se tiende a admitir las siguientes: encefalitis epidémica, encefalitis post o para-infecciosas (entre las que se incluye la postvacinal) y encefalitis esporádica.

La actualidad del tema y el haberse presentado en la misma localidad y casi simultáneamente varios casos es lo que nos impulsa a dar a la publicidad el nuestro, apuntando de paso los comentarios que nos sugiere.

Se trata de M. U. del P., de cincuenta y nueve años de edad, casada, dedicada a las labores de la casa y a lavar ropa, de Fuenlabrada.

*Datos familiares.*—Su padre padeció bocio exoftálmico; hace el número seis de sus hermanos, uno de los cuales es también belissonian, habiendo muerto los demás: uno, cardíaco; otro, de pulmonía, y los demás, desconoce la causa. Ha tenido siete hijos, de los cuales dos nacieron muertos, otro murió de sarampión, y de los vivos, una padece disfunción ovárica y crisis hepáticas.

*Antecedentes personales.*—Ha tenido hemoptisis hace más de veinte años. Litiasis urinaria. Tenía solium. Crisis o cólicos hepáticos. Erisipela.

*Enfermedad actual.*—Después de estar unos días con coriza y faringitis ligeras, el 12 de diciembre de 1933 se queda en cama con intensa cefalea, principalmente frontal, que desaparece con un comprimido de aspirina.

Al día siguiente se encuentra bien y hace su vida ordinaria, pero habla sin cesar, siempre sobre el mismo tema y con el mismo comentario, en un corto monólogo continuamente repetido. Por la tarde tiene cefalea y malestar general que la obligan a acostarse.

El día 14 sigue la cefalea y el malestar, el delirio se ha hecho más intenso. Hay hipertonía muscular y ligera exaltación de reflejos tendinosos. No hay Babinski. Temperatura, 37,8° C.

La circunstancia de haber visto en el mismo pueblo



en días próximos pasados un convaleciente de gripe evidente con fenómenos meningoencefálicos, y que tenía relaciones con la enferma, unida al cuadro clínico que presentaba, me hicieron sospechar que se tratara de un caso de encefalitis y, en consecuencia, me impulsaron a practicarle una inyección de 2 cc. de esencia de trementina en la cara externa del muslo para provocar la formación de un absceso de fijación de Fochier, tan recomendado por Netter, Bourges, Mercandier, O. Moog, Cuatrecasas, etc.

Al día siguiente delira mucho, ha aumentado la hipertonia muscular y hay bradicardia (65 pulsaciones por minuto). Propongo una punción lumbar, que es rechazada.

A medida que transcurre el día, aumenta el delirio, y aparece somnolencia en algunos momentos, la cual se acentúa rápidamente, entrando en profundo coma, con hipotermia, palidez y convulsiones en los miembros del lado derecho. Por la noche la encuentro en profundo coma; no parece darse cuenta de lo que la rodea ni de lo que se le hace. Tiene rigidez de nuca. Kernig positivo. Patellares exaltados. Babinski iniciado. El miembro superior derecho con movimientos amplios, coreicos. Temblor de párpados. Bradicardia (50 pulsaciones por minuto).

Practico una punción lumbar, saliendo a presión líquido cefalorraquídeo completamente limpio, sin alteración apreciable. Obtengo unos 25 cc.

A las dos horas de la punción, el coma ha disminuído, contestando cuando se la llama, después de algunos momentos, y haciéndolo lentamente y con monosílabos. La bradicardia se ha atenuado.

Al día siguiente continúan todos los síntomas del día anterior. Practico otra punción lumbar, obteniendo líquido cefalorraquídeo con iguales caracteres que la primera vez. Suavemente va atenuándose el coma, hasta la desaparición, volviendo el delirio con intervalos de somnolencia hasta que, al final del día, predomina ésta última, que se acentúa con bastante rapidez. Se repite la punción lumbar, sin que hayan variado los caracteres del líquido cefalorraquídeo.

El día 17 se encuentra casi en coma, practicándole otra punción lumbar con el mismo resultado que las anteriores. Poco a poco se va despejando y entra en franco delirio, durante el cual se queja de dolor en el punto del absceso, que está bien formado, y sólo algunos ratos tiene somnolencia. Por la noche, en un nuevo intento de punción lumbar, fracaso, por los continuos movimientos de la enferma, que me hicieron desistir pronto de practicársela.

En los días siguientes van desapareciendo todos los síntomas, incluso el delirio, que seguramente no existe muchas veces, ya que la enferma razona, al parecer, normalmente.

Aunque en algunas ocasiones la enferma no se acordaba de algún nombre o decía cosas irrazonables y, animado por sus peticiones, el día 20 le incidí el absceso de fijación, obteniendo enorme cantidad de pus.

La enferma sigue cada vez mejor, solamente algunos ratos delira; los movimientos del miembro superior derecho han desaparecido por completo y, después de varios tanteos de sentarse en la cama, llega a abandonarla algunos ratos.

El 26 por la noche reaparece el delirio, que se intensifica con rapidez.

El 27 el delirio se ha exacerbadado mucho, y alternaba

con intervalos de somnolencia; ésta se hace cada vez más profunda y duradera.

El absceso de fijación está *completamente curado*, no quedando de él más que la herida de la incisión, que está completamente limpia de pus.

Al siguiente día por la mañana eran más cortos los intervalos de delirio, y cada vez mayores los de somnolencia, la cual fué aumentando poco a poco, hasta convertirse en coma.

Había rigidez de nuca y bradicardia.

A mediodía se le hizo una punción lumbar que obtuvo líquido cefalorraquídeo de los mismos caracteres que en las anteriores. Para provocar otro absceso de fijación se le inyecta superficialmente en una nalga un cc. de esencia de trementina. Por la tarde se despejó la somnolencia, dando paso al delirio que, poco a poco, fué sustituido otra vez por la somnolencia, cada vez más profunda. Por la noche, y por llevar unos días sin hacer de vientre, se le da un purgante.

El 29 la encuentro en coma profundo; no parece darse cuenta de las preguntas que se le hacen ni de los movimientos que se la imprimen. Tiene rigidez de nuca. Kernig y ligero opistótonos. Temblor de los párpados, más acentuado en el lado izquierdo. La bradicardia es muy intensa (45 pulsaciones por minuto). El lugar de la inyección de esencia de trementina está ocupado por un hematoma.

Se le hace una punción lumbar, que va seguida de alguna mejoría; pero una hora después el coma vuelve a profundizarse y aumentan todos los síntomas. Por la tarde la encuentro con los síntomas anteriores acentuados y, además, intensa palidez de tegumentos, que en algunos sitios tienen un tinte terroso.

Repito la punción lumbar, obteniendo a presión (en chorro rápido) unos 50 cc. de líquido cefalorraquídeo cristalino, sin alteración aparente, y a continuación inyectó intrarraquídeo diluido en líquido cefalorraquídeo, uno medio cc. de un preparado de caseína, con el fin de provocar una reacción inflamatoria de las meninges que rompa la barrera hematoencefálica. Como la sintomatología seguía intensa, por la noche vuelvo a repetir la punción, con igual resultado que las veces anteriores. La enferma parece despejarse y mejorar; la bradicardia disminuye (58 pulsaciones por minuto), la rigidez de nuca y el Kernig casi desaparecen; cuando se toca al sitio del nuevo absceso de fijación se provoca dolor, que lo manifiesta con ligeras quejas. Durante la noche se queja alguna vez y se echa mano al absceso.

Al día siguiente sigue en coma, con rigidez de nuca y bradicardia. Tiene ptosis del párpado superior izquierdo e hipercinesia del miembro superior del mismo lado. A las llamadas contesta después de un rato con monosílabos. Orina mucho y de un olor intenso.

Se repite la punción lumbar, con el mismo resultado que las veces anteriores.

Hace ... días que no ha defecado, por lo cual le prescribo aceite de ricino.

A mediodía va depejándose la somnolencia, teniendo intervalos de delirio y de tranquilidad. Al atardecer la somnolencia ha desaparecido, y todos los síntomas se han atenuado; delira de cuando en vez y tiene dolor espontáneo en el punto del absceso, el cual está muy tumefacto, pero no se percibe fluctuación. Al principio de la noche delira, pero luego duerme, al parecer, normalmente.

El día 31 despierta temprano, encontrándose comple-





# PIPERAZINA MIDY

**GRANULADA EFERVESCENTE**

**EL MÁS  
PODEROSO  
DISOLVENTE  
DEL ÁCIDO ÚRICO**

ESTIMULANTE DE LA  
ACTIVIDAD HEPÁTICA

LA  
PIPERAZINA  
es  
el único  
nuevo  
anti-úrico  
inscrito  
en el  
CODEX FRANCÉS

**ARTRITIS,  
GOTA, CÁLCULOS,  
REUMATISMO,  
LITIASIS RENAL,  
LITIASIS BILIAR**

2 a 4 cucharadas de las de cafe diarias.

LABORATORIOS DE LA PIPERAZINA MIDY - Aragon 228 - BARCELONA

**ESPECIFICAR BIEN EL NOMBRE "MIDY"**



# AZUFRE SIN ORO

## No es el Oro, sinó el Azufre

afirman ya eminentísimos profesores, hasta  
ahora paladines de la crisoterapia.

Use sin excepción, Doctor, en todos sus tu-  
berculosos el nuevo producto **NEOFIMINA**,  
inyección intramuscular indolora

Sin oro.  
De potencia antibacilar máxima.  
Sin ninguna contraindicación nunca.  
Sin peligro jamás de ningún trastorno  
secundario

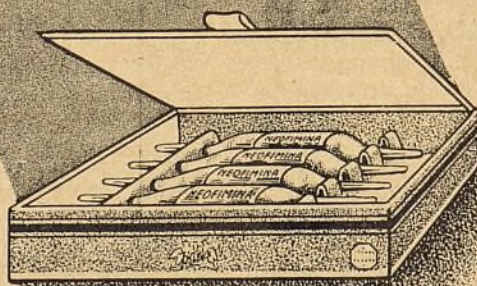
**La terapéutica Antituberculosa más activa  
al alcance de todos los médicos y para  
uso de todos los enfermos.**

Literatura y Muestras a disposición de los Sres. Médicos:

**LABORATORIOS CERA, S. A.**

Avda. de Copérnico, 18 y Copérnico, 35 - 39

**BARCELONA**



# NEOFIMINA



tamente bien; sólo la molesta el absceso de fijación. Pide alimentos con insistencia y come con verdadera glotonería. Algunos ratos delira. El temblor de los párpados y la ptosis del izquierdo han desaparecido, igualmente que la hipercinesia del miembro superior izquierdo. Aún existe alguna rigidez de nuca. Kernig atenuado y bradicardia.

Repito la punción lumbar y obtengo líquido cefalorraquídeo, al principio hemorrágico; pero después, una vez que hube retirado un poco la aguja, limpio como "agua de roca", lo que demuestra que la sangre procedía de los vasos sanguíneos que yo había puncionado.

Como, a pesar de la purga de ayer, sigue sin hacer de vientre, prescribo una irrigación glicerínada.

La mejoría seguía con bastante rapidez, delirando sólo a ratos, teniendo ligera amnesia, sobre todo para los nombres.

Al día siguiente sigue la mejoría y tiene mucha poliuria.

En los días siguientes la mejoría se acentúa; tiene muy pocos momentos de delirio que, además, son fugaces, y la amnesia casi ha desaparecido. Su estado subjetivo es completamente satisfactorio. Se mueve con alguna torpeza, que persiste en los días siguientes.

El día 7 de enero de 1934 se incide el absceso de fijación, obteniendo gran cantidad de pus.

La mejoría continúa, delirando muy rara vez; pesadez de movimientos y mucho apetito. El día 14 del mismo mes y año está completamente curado el absceso de fijación, sin que se interrumpa la mejoría. Observo una fuerte melanodermia en las palmas de las manos.

El 27 me dicen que desde hace tres o cuatro días tiene cefaleas, que se le calman con aspirina, y que en algunos momentos le han observado estrabismo de los globos oculares hacia la izquierda y ptosis de párpado superior derecho. Anoche la cefalea se acentuó mucho y apareció somnolencia y delirio alternando. Algún momento se quejaba de que no veía.

A la exploración presenta rigidez de nuca. Kernig. Reflejos patelares exaltados, principalmente el derecho; Babinski positivo, más acentuado en el pie derecho; coma profundo; respiración regular; bradicardia (50 pulsaciones por minuto); la mano izquierda se la lleva a la frente; en el labio inferior una mancha oscura, que no presentaba en anteriores exploraciones; en las palmas de las manos, melanodermia.

Se le pone una inyección intramuscular de lactoproteína y se le hace una punción lumbar, obteniendo 30 centímetros cúbicos de líquido cefalorraquídeo transparente sin alteración aparente, y que sale a chorro rápido. A los diez minutos de la punción tan sólo había disminuido la rigidez de nuca.

A los cuarenta y cinco minutos la bradicardia había disminuido (62 pulsaciones por minuto). Se le inyecta intramuscularmente un miligramo de adrenalina.

Tres horas más tarde me llaman y me dicen que desde hacía un rato se había puesto sonrosada, y que respiraba con dificultad, y que creían sería por un esputo que tenía en el istmo de las fauces. Cuando llegué a verla, era cadáver.

**Comentarios.**—Epidemiológicamente, es de resaltar la aparición de la enfermedad cuando el intenso frío de este invierno se recrudeció, así como las recaídas que aparecieron coincidiendo con el recrudecimiento del tiempo.

Además, tenemos que hacer observar el hecho de que la enferma estaba con frecuencia en contacto con un enfermo que, durante la convalecencia de una casi segura infección gripal, presentaba fenómenos de exaltación psíquica (de tipo delirante e insomnio), que yo identifiqué con probable reacción encefalítica, y que tenía herpes labial, siendo este caso el que, unido al cuadro clínico, me hizo pensar en la encefalitis en los primeros días de la enfermedad.

Según la mayoría de los autores (Neal, Goldflam, Gottstein, Zappert y otros) esta enfermedad ataca preferentemente a los jóvenes, cosa que no se da en este caso ni en el otro mencionado, así como tampoco en aquellos de los que tenemos noticia (excepto en uno) de los presentados en la localidad.

Respecto a las aseveraciones de Mettenheim, Gtern y otros, que se da con más frecuencia en el sexo masculino, tampoco lo confirma nuestro caso ni aquellos de los que tenemos noticia, ya que, de cuatro casos, hay tres de sexo femenino (entre ellos, dos adultos) y sólo un varón, adulto.

Etiológicamente, es interesante que el convaleciente de gripe, que nosotros sospechamos fué la fuente de contagio, presentaba herpes labial, hecho que indicamos incitados por los trabajos de Levaditi, Doerr, Flexner y Amors, Lepine y otros, que nuestro caso parece confirmar.

El catarro de las vías respiratorias superiores que padeció nuestra enferma al principio de la enfermedad está de acuerdo con la opinión casi unánime de que estas rinitis, que en este caso no podemos decir a qué germen se debe, pero que Lowudes, Yates, Ltanley Barnés, etcétera, opinan que son debidas a estreptococos o neumococos, son las que ocasionan la entrada del virus desconocido, que penetraría hasta el cerebro por las vainas linfáticas perinerviosas y, de un modo especial, por las ramas del trigémino, lo cual explicaría su localización preferente en el mesocéfalo, cosa que se observa en el presente caso, como veremos más adelante.

Nada podemos decir de la anatomía patológica del presente caso, ya que, aunque acaeció la muerte, no pudimos verificar la autopsia.

Clínicamente, esta enferma presenta muchos síntomas comunes al lado de particularidades y síntomas peculiares de la individualidad orgánica, independientes de los debidos a la encefalitis.

Las frecuentes relaciones de la enferma con el que consideramos fuente del contagio nos imposibilita fijar el tiempo de incubación, siquiera sea aproximado, limitándonos a citar que, para Klink y Stiefler, sería de seis a diez días, y para Netter, unas tres semanas, habiendo publicado Cruzón y Horowitz un caso de probable contagio en una enfermera que, quince días después de empezar a asistir a una parkinsoniana postencefalítica, cayó enferma de encefalitis.

Empieza esta enferma con fenómenos catarrales, que son seguidos de intensas cefaleas, apareciendo enseguida el delirio, sobre el que tanto insiste Gottstein, y que a nosotros, unidos al dato epidemiológico, nos hicieron pensar en el diagnóstico que más tarde confirmó el curso de la enfermedad. Poco después, y casi repentinamente, aparece la somnolencia intensa, convulsiones y palidez intensa, coincidiendo con las observaciones de Rund y Glaser. Las temperaturas fueron siempre subfebriles. Desde el momento que se exacerbó el cuadro



se presentó temblor de los párpados, que Manthos considera como patognomónico de la encefalitis letárgica.

Pero al lado de síntomas que encuadran en un grupo uniforme, presenta otros que la hacen de difícil encajamiento en alguno de los grupos de las distintas clasificaciones que se han hecho de los cuadros clínicos de la encefalitis letárgica (de Economo, de Dreyfuss, de Eckstein y Stern, de Ibraim, de Hoptadt, etc.).

De un lado le incluiríamos en la forma *hipersomnico-oftalmopléjica* de Economo, que, cuando se acentuaba (llegando en ocasiones al coma profundísimo), se acompañaba de temblor clónico de los párpados, que presentaba la característica de no ser simétrico; la ptosis unilateral del párpado superior, estrabismo en una ocasión y, en otra, ausencia de la visión, debida probablemente a trastornos de la acomodación.

Pero, de otra parte, en los períodos de agravación de la enfermedad presentaba síntomas indudables de la forma *meningítica* de los distintos autores (rigidez de nuca, Kernig positivo, hipertensión cefalorraquídea, bradicardia, respiración regular, cefalea, etc.), y además podría incluirse en el grupo *coreico* por los movimientos de esta naturaleza que presentaba en algunos períodos; pero en los intervalos de mejoría, junto al delirio y la amnesia, el síntoma predominante era la torpeza y pesadez de movimientos, unidos a la hipertonía muscular, que permitirían incluirla en la forma *amiostática* de Economo.

Es decir, que, en rigor, este caso particular es tan polimorfo, que no puede incluirse en ninguno de los cuadros fijados por los autores, y que seguramente encajaría mejor en aquellas clasificaciones anatómicas de los antiguos, principalmente en la denominada por Wernicke polioencefalitis superior, ya que los síntomas muestran la alteración de los centros que asientan en el mesocéfalo.

Presenta esta enferma otros síntomas particulares, como son la paresia intestinal, que dos veces pudo observarse precediendo a la acentuación de los otros síntomas, y que tardó más en desaparecer, y la paresia vesical, causa de la poliuria que seguía a los períodos de agravación. Al lado de éstos es de notar la unilateralidad y asimetría de los fenómenos del aparato de locomoción.

Pero además de estas particularidades de la enfermedad, en este caso existen otras, debidas exclusivamente al factor personal orgánico, tal vez influido por la infección.

En los antecedentes de esta enferma existe una fuerte carga endocrinopática (que, de paso, apuntamos que es casi la regla en este pueblo). Su padre era basedowiano típico, y una hermana es insuficiente suprarrenal acentuada.

En el presente caso aparecieron síntomas claros de insuficiencia suprarrenal que, seguramente, no fué ajena a que acaeciera el éxito letal.

Finalmente, sólo queremos insistir en la litiasis urinaria y en el accidente hepático que padeció, y ello por la importancia que tiene para la orientación del tratamiento. Conocidas son las relaciones entre las afecciones hepáticas y las urinarias, y sabido la poca resistencia de aquellos a toda intoxicación, siquiera sea pequeña. Por otra parte, el haber tenido ocasión de observar en este pueblo que individuos con un solo accidente hepático en la vida, a veces lejano (cuarenta y cuatro años en una ocasión), que con ocasión de cualquier enferme-

dad se establece, hasta aparecer en primer plano una acentuada insuficiencia hepática, da más importancia a la indicación de ahorrar fármacos, mucho más cuando, como en esta afección, su eficacia es discutida, y poseemos otros medios terapéuticos unánimemente reputados como buenos.

Respecto al pronóstico, aunque lo que lo decidió fué probablemente la insuficiencia suprarrenal, son de señalar dos hechos contradictorios: de un lado, la somnolencia acentuada hasta llegar al coma, que todos consideran como un indicio amenazador, y de otro, la formación del absceso de fijación de tan excelente pronóstico, según Cuatrecasas, J. Espejo Solá, Aquino, etc. Estos dos indicios de significación contradictoria me hicieron reservar el pronóstico, aunque sí pude asegurar en la primera agravación que, si no se formaba el absceso, la muerte era fatal.

De todas maneras, y aunque las alteraciones endocrinas de esta enferma le resten algún valor, es preciso resaltar el hecho de que murió a pesar de haberse formado el absceso de fijación en dos ocasiones, lo que, si no quita valor a la formación del absceso de fijación como pronóstico, por lo menos establece que el factor personal es de importancia primordial en el curso y terminación de la enfermedad.

Respecto al tratamiento, hemos de insistir en que las opiniones contradictorias de los autores sobre la eficacia de los fármacos, las cuales parecen ser más favorables para los preparados arsenicales, sobre todo para el arsieno (Valois, Meynadier, etc.), y el tratarse de una enferma hepática, por tanto, sin grandes garantías de inocuidad de aquéllos a dosis terapéuticas suficientes, y guiados por la máxima de moral médica *primum non nocere*, decidimos prescindir de ellos, máxime teniendo a mano el tan reputado absceso de Fochier, y como sintomático, y aun curativo, las punciones lumbares, de verdadera eficacia.

De todos es sabido el mecanismo de acción que hoy se atribuye al absceso de Fochier como de naturaleza proteínoterápica ergotrópica, y no voy a insistir sobre ello. Pero no puedo dejar pasar su acción sobre la marcha de la encefalitis.

Todos los autores que lo han empleado siguiendo a Netter, que fué el iniciador, señalan maravillosos efectos; en los casos que se forma provoca una reacción febril, con exacerbación de los fenómenos nerviosos, y una vez que se incide se presenta un alivio rápido del enfermo y, en los casos favorables, mejoría de todos los síntomas.

En nuestro caso se ha observado esa agravación del cuadro morbozo, seguidamente a la formación del absceso, teniendo lugar la primera a las veinticuatro horas, y la segunda, a las doce horas de haber inyectado la esencia de trementina. Pero la mejoría, las dos veces que lo hemos empleado, se ha iniciado antes de incindirle, y una vez incindido, lo único que ha hecho ha sido continuar, tal vez con más rapidez.

A pesar de haberse formado el absceso, la enferma recae por dos veces, sin que podamos fijar la causa, aunque estamos obligados a citar que en los días que precedieron a las recaídas fueron los que la enferma decidió levantarse, y que reinaba una temperatura crudísima.

Sobre las punciones lumbares, es insuficiente un caso para valorar su influencia sobre la marcha de la encefalitis, tan alabada por Roch, pero sí podemos citar su



claramente beneficiosa influencia como remedio sintomático: después de las punciones lumbares la enferma presentaba una gran mejoría, que solía mantenerse un buen rato, el cual aumentaba en las sucesivas punciones.

**Conclusiones.**—Es evidente que un solo caso no puede ser base firme para sentar ninguna conclusión, y las que se saquen de él han de tener necesariamente un valor muy relativo, y solamente como comprobación o no de las sacadas en otros trabajos.

Así, pues, con las reservas consiguientes apuntamos las siguientes:

1.<sup>a</sup> Que se observa una relación evidente entre la aparición de la enfermedad y el estado del tiempo, pareciendo que las temperaturas frías favorecen la aparición de la enfermedad y su agravación.

2.<sup>a</sup> Que la influencia del sexo es dudosa.

3.<sup>a</sup> Que, según opina Levaditi y otros, el agente de la encefalitis tiene relación, si no es el mismo, con el del herpes labial.

4.<sup>a</sup> Que la puerta de entrada del virus encefalítico son las vías respiratorias superiores, y su asiento preferente el mesocéfalo.

5.<sup>a</sup> Que el cuadro clínico, aun con síntomas comunes, es polimorfo y de difícil encajamiento en las clasificaciones dadas por los autores, que pecan de artificiosas y de difícil adaptación a la realidad, como lo prueba la variedad de clasificaciones que, excepto algunos puntos comunes, presentan grandes diferencias, llegando las de algunos a ser verdaderas agrupaciones de un grupo muy limitado de síntomas que rara vez se presentan aislados.

6.<sup>a</sup> Que para el pronóstico, aparte de lo sombrío de la somnolencia profunda y la bondad de la formación del absceso de fijación, es preciso conceder primordial importancia al factor personal, que es el que, en definitiva, inclina la marcha de la enfermedad hacia una u otra terminación.

7.<sup>a</sup> Que en absceso de Fochier influye en el curso de la enfermedad, agravando sus síntomas mientras está formándose, y mejorándolos una vez formado.

8.<sup>a</sup> Que la curación de este absceso, una vez incindido, puede acompañarse de una recaída o agravación y, por tanto, debe llamar nuestra atención para estar prevenidos ante cualquier contingencia.

9.<sup>a</sup> Que las punciones lumbares ejercen una indudable beneficiosa influencia en el alivio sintomático y, probablemente, curativo.

#### BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- BRUGSCH: *Manual de Medicina Interna*.  
 CROUZON y HOROWITZ: *Monde Médical* (resumen), 1925.  
 CUATRECASAS: *Revista Española de Medicina y Cirugía*, 1929, pág. 329.  
 DOMARUS: *Manual de Medicina Interna*.  
 DOPTER: *Enfermedades Infecciosas*.  
 DOPTER y JAUSIÓN: *Revista Española de Medicina y Cirugía*, 1926, pág. 107.  
 ECONOMO: *Revista Española de Medicina y Cirugía*, 1926, pág. 34.  
 LEVADITI y LEPINE: *Monde Médical* (resumen), 1929.  
 LOWNDES, YATES, etc.: *Monde Médical* (resumen), 1925.  
 MANTHOS: *Monde Médical*, núm. 815, pág. 816.

MEYNADIER: *Revista Española de Medicina y Cirugía*, 1928, pág. 212.

SACAZE: *Revista Española de Medicina y Cirugía*, 1928, pág. 292.

TAPIA: *Revista Española de Medicina y Cirugía*, 1930, página 612.

ZAPPERT: *Tratado Enciclopédico de las Enfermedades de la Infancia*. Pfaundler y Schlossmann.

#### Información científica del Extranjero

### La cantidad, la calidad y el momento de la infección con bacilos de la tuberculosis y su transcendencia para la aparición de esta enfermedad

POR EL

Prof. BRUNO LANGE

Del Instituto Roberto Koch, de Berlín.

(Traducido y adaptado al español por el Dr. Federico González Deleito.)

Gran parte de los progresos realizados últimamente en lo relativo a la aparición de la tuberculosis se deben a que la investigación experimental se acomoda cada vez de un modo más perfecto a las condiciones de la vida corriente, simulándola en todo lo posible. Algunas de las últimas investigaciones y bastantes resultados de las mismas no han traspasado todavía los linderos de la práctica corriente, y no se tienen en cuenta por los médicos generales, ni aun siquiera por los especialistas. El autor dedica este trabajo a vulgarizar los datos y resultados obtenidos por las últimas y más delicadas investigaciones de laboratorio y de la clínica.

La antigua disputa de si la tuberculosis se propaga preferentemente por vía aérea o por vía digestiva, parece estar resuelta de un modo definitivo. La infección a través del pulmón es la más importante para la propagación de esta enfermedad, y puede evaluarse que en Alemania el 90 por 100 de los tuberculosos se infectaron indudablemente por vía aérea, y apenas un 10 por 100 por vía digestiva. La objeción de que los bacilos podían atravesar la mucosa intestinal y llegar por vía linfática hasta el pulmón, sin dejar huella de su paso, está rechazada de plano. Todos los complejos primarios que se encuentran en el pulmón se deben a infecciones aéreas por aspiración, y jamás se ha conseguido provocar un complejo primario en casos de infección oral.

En general, el pronóstico de las infecciones digestivas es más favorable que el de las infecciones pulmonares, mas, no obstante, son muchas las tuberculosis de origen intestinal que tienen un curso agudo y grave.

Hasta hace poco se creía que las bacilosis debidas al germen de la vaca eran más leves que las provocadas por el bacilo de la tuberculosis del hombre, pero esto es falso; el bacilo de la tuberculosis de los bóvidos provoca formas tan graves como el de la tuberculosis humana, si bien la frecuencia con que infecta a este último es muy escasa.

Tiene gran interés práctico el problema de cuál es la forma de propagarse la tuberculosis pulmonar; hasta la fecha hay dos teorías principales: la que supone que la infección se realiza por las gotitas de saliva que el tuberculoso disemina a su alrededor al toser y al hablar, gotitas ricas en bacilos, y la más antigua, que achaca al polvo cargado de gérmenes el papel principal en la transmisión de esta dolencia.



Los últimos estudios se inclinan al papel preferente del polvo. Las gotitas de saliva cargadas de gérmenes son formas frecuentísimas y adecuadas para propagar infecciones que tienen su asiento principal en la nasofaringe, tales como el sarampión, la escarlatina, la difteria, la poliomielitis y, probablemente, la gripe; pero en la tuberculosis este modo de infección tiene un valor muy secundario. Las gotitas bacilíferas inhaladas se filtran a través de todos los medios de defensa que existen en las vías altas respiratorias, y son demasiado gruesas y pesadas para penetrar hasta las últimas ramificaciones bronquiales.

Por el contrario, el polvo fino e invisible que se desprende de los vestidos, pañuelos y ropa de cama de los tuberculosos es rico en gérmenes, sus partículas son menos pesadas, más finas y llegan con más facilidad hasta los mismos alvéolos. No quiero decir con esto que adopte por completo la antigua teoría de Cornet, quien sólo pensaba en el polvo procedente de los esputos desecados; pienso en polvo más fino y no tan cargado de bacilos, pero, desde luego, me parece que la teoría de las gotas bacilíferas es falsa y no merece la atención que se le ha prestado y se le presta todavía por los médicos.

Las finísimas partículas de polvo apenas transportan uno o dos bacilos y, por lo tanto, se precisa que el aire esté muy impurificado para que puedan penetrar hasta el pulmón algunas partículas de polvo; las más de ellas quedan detenidas en las vías respiratorias altas. Cuando los enfermos expectoran pocos bacilos y guardan las precauciones más elementales con los esputos, es difícil que creen a su alrededor una atmósfera rica en gérmenes capaz de tubercular a los que le rodean. Por ello, incluso niños pequeños, pueden convivir con estos tuberculosos meses y años sin que presenten reacción positiva a la tuberculina; mas cuando los enfermos eliminan gran cantidad de gérmenes y no son limpios, los niños se tuberculan en proporción de 100 por 100 en tiempo muy breve.

Muestran también las recientes investigaciones que un bacilo aislado de la tuberculosis basta para provocar la aparición de un complejo primario. Asimismo parece demostrado que el tiempo que transcurre entre aspiración de bacilo y formación de complejo oscila entre tres y cuatro semanas, y que toda nueva infección que se realice en este espacio de tiempo provoca la formación de un nuevo complejo primario. Esto parece indicar que la infección del hombre es casi siempre mínima y muy espaciada, supuesto que son raros los casos de complejos primarios dobles y múltiples, unos 1.490. Por lo tanto, la dosis debe carecer de importancia en las infecciones aerógenas, siempre se trata de dosis mínimas, lo que no ocurre en las infecciones de origen intestinal, en las que el curso de la dolencia está muy influenciado por la cantidad de gérmenes infectantes.

De tener importancia la dosis en las infecciones aerógenas, debía ocurrir que en los casos de complejos primarios dobles o múltiples el curso fuera siempre más rápido y más grave que en los de complejos primarios simples, y éste no es el caso. Si en los niños de pecho la tuberculosis es tan grave, se debe a la menor resistencia y no a la superinfección de los mismos.

Estudia después el autor la influencia de la virulencia del germen en el curso de la infección, afirmando que las modernas investigaciones demuestran que los

gérmenes de la más diversa procedencia son igualmente virulentos y que hasta ahora no ha sido posible encontrar en los esputos bacilos de virulencia atenuada.

Si carecen de valor la dosis infectante y la virulencia del germen, es indudable que la diversidad de curso de la tuberculosis dependerá de las resistencias naturales del individuo. Esta resistencia natural no específica se marca desde el comienzo de la infección, y no se hereda, como ocurre con las inmunidades específicas. La inmunidad específica adquirida por la infección desempeña un papel muy secundario en el curso de ésta.

Enseña la experimentación que al curar los focos primitivos la inmunidad específica contra las superinfecciones declina hasta desaparecer casi por completo en forma tal, que al reinfectarse el tuberculoso, al cabo de años se comporta exactamente lo mismo que en la primera infección. Cuando las reinfecciones se presentan sin estar curado por completo el foco primario, se habla de superinfecciones. De los síntomas clínicos y del substrato anatomopatológico de las superinfecciones apenas sabemos nada. El hablar de superinfecciones que provocan síntomas sin dejar rastro inicial de su entrada pertenece sencillamente al dominio de la fantasía.

Discútese aún si la tuberculosis de los adultos se debe a una superinfección o a la exacerbación de focos tuberculosis adquiridos en la infancia. Afirmábase hasta hace poco que en esta edad casi todos los individuos se habían tuberculizado. Hoy sabemos que si en los niños pobres de las grandes ciudades y centros industriales la tuberculosis alcanza una extensión del 70 y 80 por 100 a los diez o doce años, en los niños de clases bien acomodadas y en los que viven en el campo apenas hay un 40 por 100 infectados antes de los quince años. La idea de una tuberculosis del adulto desarrollada sobre una infección primitiva de la infancia y condicionada en su evolución por la inmunidad adquirida a expensas de esa infección antigua ha dominado hasta la fecha en la patología de la tuberculosis, sin fundamento científico alguno. El que los adultos de los países civilizados apenas padezcan tuberculosis generalizadas agudas, y si sólo tuberculosis pulmonares crónicas, depende de muchas causas mal conocidas.

El porvenir de un infectado de tuberculosis no depende de la inmunidad adquirida que le haya proporcionado infecciones anteriores, sino simplemente de su capacidad de resistencia orgánica general y no específica. Esta resistencia natural es la que determina el que el bacilo provoque de primera intención una tuberculosis generalizada o quede limitado en el sitio de entrada, dando lugar a la formación de un complejo primario.

Sabemos que esta resistencia general orgánica sufre oscilaciones en relación con edad y otras condiciones del individuo: cuando la infección o la reinfección sobrevienen en estos períodos de resistencia atenuada, el curso de la enfermedad será rápido y grave.

De ahí lo mucho que pesa en el hombre la edad a que se contagie. No hay duda alguna de que las mortalidades altas por tuberculosis se observan especialmente en los niños de pecho y en la época de la pubertad, y esto se debe a que las resistencias generales se encuentran muy disminuidas en estos períodos.

De la frecuencia de la infección tuberculosa en los adultos son buena prueba el gran número de portadores de lesiones que se encuentran entre el personal que sirve



en los sanatorios y dispensarios, la abundancia de lesiones tuberculosas en los matrimonios y el excesivo número de casos de personas infectadas de tisis bovina entre aquellos que por su profesión tienen que convivir con vacas tuberculosas. Recientes investigaciones llevadas a cabo en el Instituto Koch, de Berlín, y en países escandinavos, hablan en pro de la frecuencia de las infecciones primitivas de los adultos, y muchas pleuresías con derrame, infiltraciones pulmonares, etc., serían una manifestación primaria de estas infecciones tardías.

Las dificultades con que tropezamos al querer resolver estos problemas dependen, en primer término, del curso crónico y discontinuo de la tuberculosis; la tisis pulmonar que observamos es la última fase de la infección cuyo comienzo data de años, y casi nunca ha sido visto por el médico ni sospechado por el enfermo. Tampoco los anatomopatólogos pueden afirmar la fecha en que apareció el complejo primario que encuentran. El descubrimiento del infiltrado precoz pareció facilitar la resolución de este problema, pero este infiltrado tampoco es manifestación reciente de la enfermedad ni sirve para juzgar cuál va a ser el porvenir de aquel tuberculoso. Las modernas investigaciones anatomopatológicas nos ponen en evidencia un número cada vez mayor de lesiones antiguas y escondidas de las que pueden haber partido las que aparecen como recientes y modernas.

Precisan aún nuevas investigaciones para determinar con exactitud cuánto pesan en el porvenir del tuberculoso la clase, la dosis y el tiempo de la infección, pero es seguro, y debemos tener siempre presente, que del curso y evolución de la enfermedad no es la infección la única responsable; la resistencia general del individuo, su constitución y todo lo que el mundo exterior pone de su parte para aumentar o disminuir su resistencia natural es lo que tiene una importancia decisiva y máxima.

## SESIONES CLÍNICAS

### Clínica Médica del Dr. Fidel Fernández

(Hospital de San Lázaro, Granada)

(Sesión científica del jueves, 8 de febrero de 1934.)

#### CONSIDERACIONES SOBRE ANÁLISIS DE ORINA EN LOS LEPROSOS

*Dr. M. Herrera Reyes.*—La extraordinaria frecuencia de la muerte por causa renal en los enfermos de lepra nos ha hecho dirigir nuestras investigaciones sobre la origina de estos enfermos, buscando con todo cuidado la anormalidad de sus componentes. Tal labor la hemos realizado en el Sanatorio-Leprosaría Nacional de Pontiles bajo la dirección del Dr. P. Montañés.

En toda la bibliografía de lepra que hemos podido encontrar no hemos hallado ningún detalle interesante, cosa que achacábamos a la relativa normalidad de la orina. Sin embargo, existe una tesis doctoral sobre este tema del Dr. Pérez Montaut, de Málaga, hecha en 1911, en la que dedica su mayor atención a la investigación del indóxico, ácido úrico y bacilos de Hansen en los sedimentos, extrañándonos que en el escaso número de casos por él analizados haya encontrado con relativa fre-

cuencia estos bacilos, pues nosotros, en más de 200, aún no hemos hallado ningún sedimento que los contenga.

Nosotros hacemos sistemáticamente en todos los enfermos, tanto a su ingreso como periódicamente después, un análisis de orina de los denominados corrientemente "completos", aunque en realidad no lo sean.

Las cifras obtenidas las hemos relacionado con las distintas formas clínicas, presencia o ausencia de leproreacciones, influencia del tratamiento, diversos regímenes, etc., y por si pudiera resultar algo interesante, la traemos a estas sesiones científicas de la clínica de don Fidel Fernández, junto a las consideraciones que deducimos de nuestros casos.

La *densidad* está aumentada o se aproxima a lo normal en los casos nerviosos o con predominio de síntomas nerviosos.

Las cifras de *cloruros* suelen ser bajas, aunque en el grupo N-2 hay una subida inexplicable.

Lo mismo podemos decir de la *urea*.

De *ácido úrico* se encuentran cifras altas en los enfermos con predominio nervioso.

La cifra de *fosfatos* se aproxima mucho a la normal, aunque en el grupo N-2 también se encuentra alta.

La frecuencia de nefritis en estos enfermos hace que sea frecuente la *albúmina* en su orina. Casi todos los casos corresponden a tipos cutáneos.

Es curioso que entre tanto enfermo, y a pesar de las lesiones viscerales (más frecuentes de lo que suelen decir los libros), son negativos todos nuestros análisis en lo que se refiere a *glucosa*.

En casi todas las formas clínicas se encuentran *pigmentos biliares*. Corresponden a casos alcanzados, en los que seguramente habrá trastornos hepáticos.

Con la *urobilina* ocurre igual que con los pigmentos.

El *indol* se encuentra en algunos casos, y falta su presencia en los casos nerviosos.

*Escatol* es raro encontrarlo en las orinas. Alguna vez hemos encontrado ligerísimos indicios.

La *reacción* es ácida en la mayoría de los casos, como en los individuos normales.

*Acetona* no hemos encontrado.

Tanto en fresco como teñido por los métodos usuales y por el Ziehl, el *sedimento* es igual al de individuos normales, excepto en algunos casos de nefritis o lesiones avanzadas, en que se encuentran abundantes leucocitos, células epiteliales, etc. En cuanto a la presencia de bacilos de Hansen, que algunos autores, entre ellos el Dr. Montaut, han señalado como frecuentes, aun manejando pequeñas casuísticas, podemos decir casi con seguridad de no equivocarnos que no se encuentran, y nosotros en ningún caso los hemos encontrado. De otros elementos hemos hallado cristales de oxalato cálcico, ácido úrico, uratos y fosfatos amorfos, etc., que también se hallan con alguna frecuencia en individuos sanos. Y de flora bacteriana, rara vez hemos hallado estrepto y estafilococos.

Hemos estudiado hasta ahora las cifras medias de los componentes de la orina en relación con la forma clínica de la lepra en 104 enfermos, que se dividen del modo siguiente:

- Cr-N1, 4 casos.
- Cr-N2, 4 ídem.
- Cr-N3, 5 ídem.
- C2-N1, 15 ídem.
- C2-N2, 22 ídem.



N<sub>3</sub>, 4 ídem.  
 N<sub>2</sub>, 3 ídem.  
 C<sub>3</sub>-N<sub>2</sub>, 39 ídem.  
 C<sub>3</sub>-N<sub>1</sub>, 4 ídem.  
 C<sub>2</sub>-N<sub>3</sub>, 4 ídem.

Por otra parte, hemos estudiado las cifras medias de la composición urinaria en los casos con leproreacción y fuera de ella: 13 casos con leproreacción y 88 sin ella.

La *densidad* ha sido idéntica en ambos casos. En los *cloruros*, la diferencia es tan pequeña, que puede despreciarse. La *urea* está un poco más aumentada en la leproreacción. El *ácido úrico*, sensiblemente igual. Los *fosfatos*, claramente aumentados en la leproreacción. La *albúmina*, lo mismo existe en uno que en otro caso. La *glucosa* falta en la leproreacción y fuera de ella. Los *pigmentos biliares* se encuentran con más frecuencia en la leproreacción. El *indol* abunda más en la leproreacción. El *escatol* es negativo en las dos circunstancias. Los *sedimentos* son iguales a los del cuadro anterior, sin diferencia digna de anotarse entre los que tienen y los que no tienen leproreacción. La *reacción* es ácida en todos.

Doce casos estaban en tratamiento, y 80 no lo estaban. Este detalle no influye en la composición de la orina, excepto para lo que se refiere a la albúmina.

Treinta casos estaban sometidos a régimen, y 70 no lo estaban. La *densidad* es más baja en los sometidos a régimen; lo mismo los *cloruros*, la *urea* y el *ácido úrico*. Los *fosfatos* son iguales en ambos casos. La *glucosa* y el *escatol*, negativos en ambos. La *albúmina*, más aumentada en los sometidos a régimen y a pesar de él. *Pigmentos biliares*, *urobilina* e *indol* aumentados con el régimen. *Sedimento* como lo ya indicado.

La orina de los leprosos es casi normal en los que llevan la enfermedad sin trastornos ni molestias y hacen vida ordinaria, y en los que padecen lesiones viscerales está de acuerdo con ellas (lesiones renales, hepáticas, etcétera).

También puede decirse en general que la orina de los enfermos de lepra es más bien pobre en elementos minerales, y esta pobreza se acusa en los casos más avanzados. Esto se explica porque la ingesta es menor por las lesiones bucofaríngeas que, además de dificultar la alimentación, producen anorexia, y por el estado moral del enfermo, que se desespera al presumir su triste fin.

El sedimento de la orina de los hansenianos, tanto en fresco como teñido, es completamente normal, y cuando es anormal corresponde a casos de nefritis, como en enfermos de otra dolencia cualquiera. Nunca hemos encontrado bacilos en ninguno de los casos estudiados, así como en ninguno de los 250 enfermos del Sanatorio de Fontilles, por lo que manifestamos nuestra envidia hacia los que han tenido la suerte de encontrarlos, a pesar de disponer de tan poco material.

No podemos por menos de manifestar nuestro desagrado por no haber encontrado datos especiales de interés en nuestras investigaciones, pero la sinceridad ha de ser obligada al dar cuenta de esta clase de trabajos científicos.

Esta casi normalidad de la orina de los leprosos es la que ha desanimado a los que la han estudiado anteriormente, y justifica que nadie haya hecho publicaciones sobre el asunto.

## BIBLIOGRAFIA

VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE: LEUR GUERISON, MEME DANS LES FORMES PLUS GRAVES. *Leven Roland*. Editions Norbert Maloiné, 27, rue de L'Ecole de Médecine. Un volumen de 155 páginas y 27 grabados. París, 1932. Sin precio.

Sobre este tema que tan alto interés ha alcanzado en la patología de las embarazadas, realiza el Dr. Leven, en las escasas páginas de su obra, un muy acabado y perfecto estudio del mismo. Tras unas generalidades llenas de claridad, pasa detenida revista a las diversas teorías de los vómitos y hace un amplio estudio de los mismos y de cada una de sus diversas formas, interpretando—en el cuarto capítulo—los síntomas que en el curso de ellos se sobreañaden; acto seguido, y de una manera llena de claridad, realiza el estudio de las concepciones patológicas, que resume en cuatro de carácter esencial, y termina marcando el tratamiento, tanto general como complementario—aerofagias y dilataciones—. A éste pone como colofón, o más bien complemento, una serie de 25 dibujos perfectamente realizados, indicando la manera de efectuar los vendajes por él preconizados en el tratamiento.

Cierran el volumen una serie de historias resumidas y una muy moderna y abundante bibliografía.

Prologan el volumen, en sendos prólogos, los Dres. Gabriel Leven y R. Ruraux. La edición, si bien sencilla, revela el esmero que de siempre pone.

J. H. SAMPELAYO

J. LANGE.—*Die Folgen der Entmannung Erwachsener* (Consecuencias de la castración de los varones adultos). Cuaderno 24 de la colección "Trabajo y Salud", publicados por el Ministerio de Trabajo del Estado alemán y editados por G. Thieme (Leipzig), 1934. Un tomo de 180 páginas. Coste, cinco marcos.

Este trabajo está basado en los expedientes de un gran número de castrados por consecuencia de heridas sufridas en la gran guerra, y de otro número bastante considerable de castrados adultos por padecer tuberculosis del aparato genital. Muchos de ellos han sido examinados directamente por el autor, que enjuicia muy acertadamente los resultados y datos recogidos, sacando enseñanzas muy valiosas. Estudia primeramente las alteraciones que como consecuencia de la castración aparecen en los restantes órganos genitales—miembro viril y próstata—y en las mamas y vello; pasa después a estudiar las de la voz y piel, la talla y peso (aumento de talla aun en individuos de más de veinticuatro años), las alteraciones que sufren los restantes órganos de secreción interna, las de la sangre, las enfermedades de los castrados, su apatía por alcohol y morfina y su muerte. En un tercer capítulo se ocupa de las consecuencias psicosomáticas de la castración, fijándose en su influencia en la aparición o agravación de epilepsia, histerismo, neurastenia, depresión, etc.; pasa después a señalar el cómo se comportan los castrados frente a las enfermedades mentales, estudia las relaciones entre climaterio viril y secuelas de la castración, se fija en las consecuencias sociales de ésta y termina estudiando los intentos—hasta ahora infructuosos—de tratamiento por hormonas, injertos, trasplantaciones, etc.

La obra es interesantísima, rica en enseñanzas y más



# 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 ex-  
tractos 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.

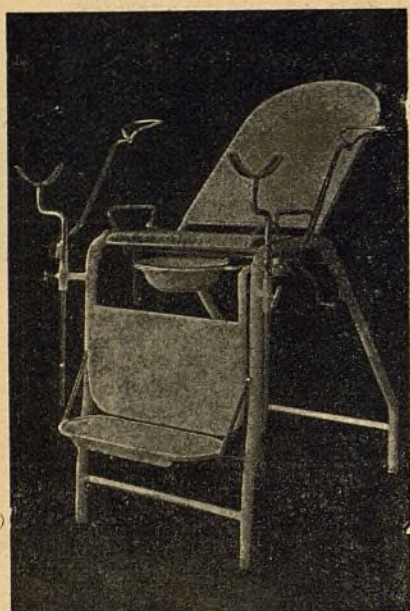
*Eficaz en el  
tratamiento de las* Adenopatías  
Linfatismo  
Escrofulismo  
Raquitismo  
Diabetes  
Heredosifilis  
Ameno y Dismenorrea  
Convalecencias  
*Estados llamados Pretuberculosos*



**LABORATORIO MIRABENT BARCELONA**

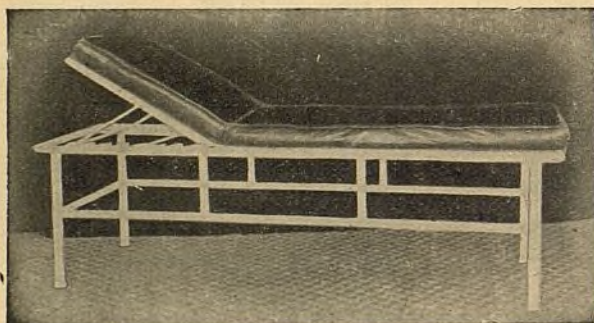
**ESPECIALIDAD NACIONAL**





Modelo 99.

Mesa especial para ginecología, modelo doctor Velasco, muy práctica y sólida. Pintada al duco, pesetas 175.



Modelo 7.

Cama de reconocimiento y manejo, en tubo de hierro, esmaltada en blanco con almohadas de gutapercha. Ptas. 225.



Modelo 100.

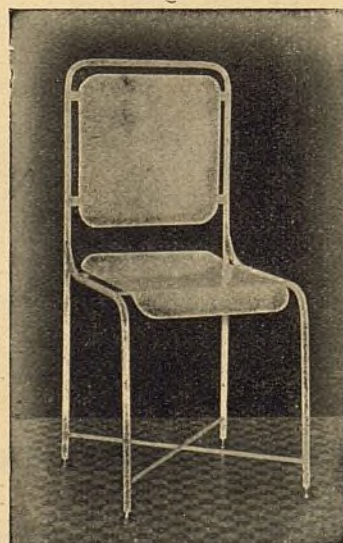
Mesita de niño, construida en tubo, esmaltada en blanco con almohadones de gutapercha del mismo color. Pesetas 150.

SOLICITEN  
NUESTROS  
CATÁLOGOS  
GENERALES

de Mobiliario  
e Instrumental



Para la adquisición de nuestros muebles e instrumental de cirugía, concedemos el pago en cinco y diez plazos mensuales.



Modelo 64.

Silla para clínica, esmaltada en blanco. Ptas. 40.

# INDUSTRIAL MEDICA DORIA, S. A.

EXPOSICIÓN Y OFICINAS

Calle de Raimundo F. Villaverde, número 1

(Glorieta C. Caminos)

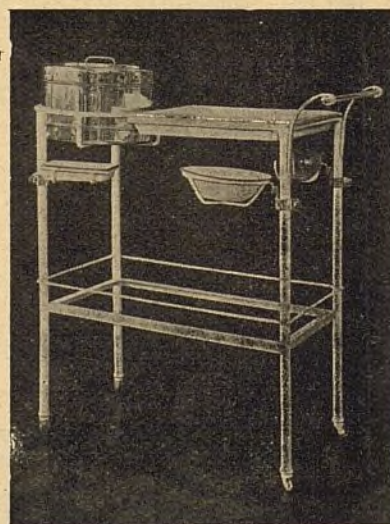
Teléfono 40699.- MADRID

~~~~~ Apartado 3031 ~~~~~



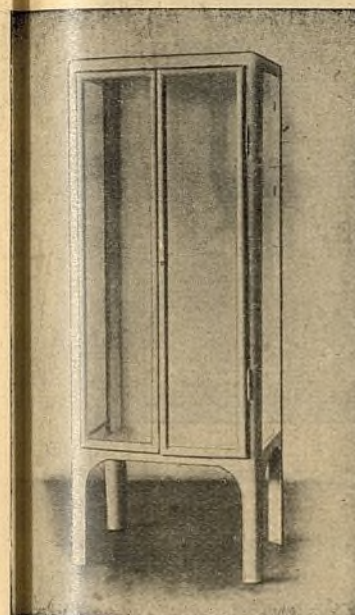
Modelo 101.

Vitrina fichero, modelo adoptado por el Instituto de Puericultura de Madrid. Se construye para los diferentes tamaños de fichas y con los departamentos que se deseen. Dimensiones: alto, 150 cm.; ancho, 110; fondo, 35 cm. Ptas. 650.



Modelo 109.

Carrito porta-curas completo con un bote de 30 X 18 o dos de 20 por 14. Entrepañeo de luna. Ptas. 175.



Modelo 102.

Vitrina chapa ángulos redondos. Pintada al duco. Tres entrepaños de luna con canto pulido. Dimensiones: ancho, 55 cm.; fondo, 35 centímetros. Ptas. 290.

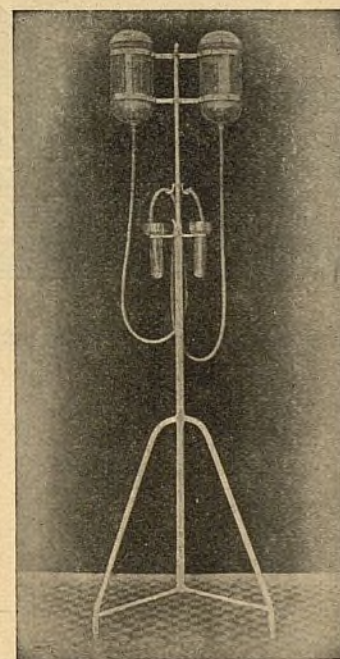


Modelos 70 y 71.

Porta palanganas pie fundido. Modelo 70. — Sin palanganas. Pesetas 38. Modelo 71. — Con palangana de 32 cm. Ptas. 45.

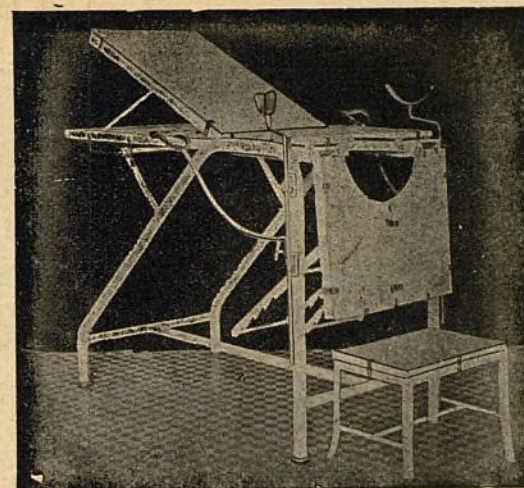


Modelo 114. Luceta de techo propia para clínica, luz clara e igual. Pesetas 50.



Modelo 56.

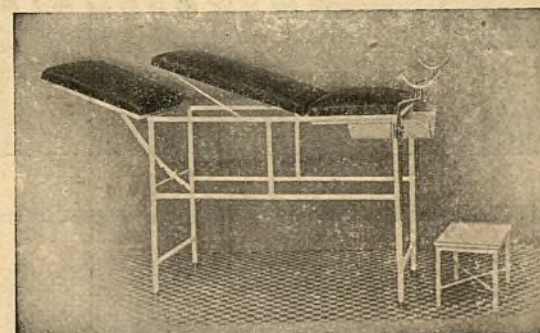
Porta-irrigador pie de tubo de hierro esmaltado en blanco parte superior niquelada, completo. Ptas. 55.



Modelos 14 y 15.

Modelo 14.—Mesa de operaciones Eureka, construida en sólido tubo de hierro acerado con planos de luna. Grueso del asiento, 15 milímetros. Con juego de horquillas y pedales. Lunas enteras. Ptas. 320.

Modelo 15.—La misma, con lunas partidas. Pesetas 350.



Modelos 5 y 6.

Modelo 5.—Mesa de reconocimiento y curación, toda en tubo de hierro esmaltado en blanco con horquillas o pedales niquelados y almohadones de gutapercha. Ptas. 140.

Modelo 6.—La misma, con escotadura para lavados. Ptas. 155.



Modelo 111.

Palanganero, con dos palanganas de hierro esmaltado y entrepañeo de cristal esmerado. Ptas. 50.

Nuestros muebles son  
insustituibles  
por su construcción esmerada,  
su solidez y su precio.

Ayuntamiento de Madrid



# Schering



## Urotropina Schering

El producto original de pureza absoluta

PROFILAXIA y TRATAMIENTO  
"PER OS"  
DE TODAS LAS

**ESPIROQUETOSIS  
DISENTERÍA  
AMIBICA  
PALUDISMO**

POR EL

# stovarsol

**TRATAMIENTO ARSENICAL  
DE LOS ESTADOS DE  
ANEMIA Y DE ASTENIA**

PRESENTACIÓN

FRASCOS de 28 COMPRIMIDOS a 0.25  
FRASCOS de 70 COMPRIMIDOS a 0.05  
FRASCOS de 200 COMPRIMIDOS a 0.01

**EL EMPLEO DEL STOVARSOL  
DEBE EFECTUARSE BAJO LA  
VIGILANCIA DEL MÉDICO**

**SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE**  
—Specia—

MARQUES **POULENC Frères & "USINES du RHONE"**  
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3<sup>e</sup>



aún en sugerencias. En toda ella se advierte la mano de psiquiatra tan inteligente y cauto cual Lange, y además su edición es digna de la casa Thieme, que tanto hace por la propaganda y difusión de la cultura médica alemana.—F. G. D.

## PERIODICOS MEDICOS

### Extranjeros

H. RAU.—*La insulina en las enfermedades no diabéticas de los niños mayores.*

La insulina es indispensable para la síntesis del glucógeno y su almacenamiento en el hígado, así como para regular el metabolismo de los hidrocarbonados en los tejidos periféricos. En el hombre sano, la glucemia se mantiene constante por el juego combinado de diversas secreciones internas, que se modifican e influyen entre sí, regulando también el metabolismo del azúcar. Estudios modernos han demostrado que la insulina no se limita a regular el metabolismo y consumo del azúcar por el organismo: modifica el metabolismo total, aumenta el apetito, acelera la digestión gastrointestinal y hace más permeables las membranas celulares, con lo que facilita los cambios de toda índole entre células y líquidos que las rodean. Por todas estas razones se ha utilizado la insulina en el tratamiento de todas las enfermedades generales de los niños, que determinan un descenso de su nutrición en general: en los trastornos alimenticios agudos (toxicosis) o crónicos, y sólo fracasa en aquellos en los que la desnutrición es muy antigua y acentuada. Se hacen dos inyecciones diarias de dos a tres unidades por kilogramo de peso del niño, con un máximo de 8 a 16 unidades por día, teniendo cuidado de que las inyecciones tengan entre sí un intervalo de once a doce horas. Rara vez es preciso dar a los niños azúcar para combatir hipoglucemias consecutivas, pero si se presentara algún signo de éstas, 10 a 20 gr. de azúcar en una taza de té bastan para volver el niño a la normalidad. Los resultados que se obtienen son muy buenos de ordinario, en ocasiones verdaderamente salvadores: desaparece la sed, las heces vuelven a ser normales y el peso del niño aumenta. Refiere el autor, además, cinco casos de infantilismo intestinal con insuficiencia digestiva, curados brillantemente con la insulina; en todos ellos habían fracasado los tratamientos dietéticos puros. Como es natural, con la insulina sólo se consiguen curaciones de los estados agudos, que requieren ser consolidados con el tratamiento dietético farmacológico consecutivo. (*Zeitschr. f. Kinderheilk*, tomo 55, f. 2 y 3.)—F. G. D.

H. STEFAN.—*Las neuralgias y su tratamiento.*

Limita el autor el nombre de neuralgias a los dolores que aparecen accasionalmente en el territorio de un tronco o rama nerviosa periférica. Desconocemos casi siempre la causa material que engendra este síntoma, y las observaciones microscópicas de los nervios atacados casi nunca revelan lesiones visibles. Oppenheim presumía que las neuralgias eran debidas a trastornos nutritivos de los nervios, trastornos que podían ser de naturaleza mecánica (éstasis), pero que casi siempre tienen un origen tóxico, ya se trate de toxinas vivas (infecciones), ya de

substancias tóxicas del metabolismo (gota y diabetes), o de venenos exógenos (alcohol). Nerviosos, histéricos y anémicos son más propensos a las neuralgias, y no puede negarse la influencia decisiva del frío en la aparición de algunas de ellas, especialmente de la ciática y de la neuralgia del trigémino. Los accesos aparecen bruscamente o de un modo paulatino, acentuándose el dolor por los movimientos bruscos, corrientes de aire, cambios atmosféricos e irritaciones psíquicas. La duración de los accesos es muy variable, oscilando entre minutos y horas. En los casos leves se limita el dolor al territorio del nervio afecto, pero en los graves se extiende a las ramas vecinas. Hay signos objetivos, aunque no constantes, siendo los principales la rubicundez de la piel y la tonicidad exagerada de los músculos de aquella región, que a veces presenta sacudidas tónicas.

Como de ordinario el médico se ve imposibilitado de encontrar la causa y de suprimirla de un modo rápido, ha de conformarse con el tratamiento sintomático del dolor, y entre los remedios de que dispone concede el autor un papel preponderante al acónito y sus derivados. Hay diversas clases de acónitos y, asimismo, con el nombre de aconitinas se designan alcaloides diversos. La aconitina procedente del "aconitum Napellus" y la del "aconitum ferox" son las que con más frecuencia se encuentran en el comercio. El médico debe utilizar la aconitina cristalizada, por ser la más pura y constante en su acción, pues todas las restantes que se expenden en el comercio tienen acción muy variable, efecto de su composición, mal definida. También pueden usarse los dializados obtenidos de los bulbos frescos de la planta y dosificados en forma que en un centímetro cúbico vienen a corresponder a 1/2 miligramo de alcaloides. El autor cree que estos dializados son preferibles por su composición constante, lo bien que se conservan y la mayor comodidad para dosificar, pues mientras que es difícil obtener diluciones de 1/10 de miligramo de la aconitina, con el dializado en gotas pueden obtenerse dosificaciones de 1/3 de diezmiligramo (una gota de dializado). Se comienza por dar tres gotas de este medicamento, subiendo como máximo a ocho ó 10 de una vez, repetidas tres veces al día.

El acónito y sus derivados tienen una acción muy eficaz para calmar por el momento las neuralgias del trigémino, las intercostales, las lumbares y las braquiales. Además se consigue que los accesos de dolor aparezcan más de tarde en tarde, y a veces hasta desaparecen por completo.

También pueden prepararse pomadas de acónito que se aplican sobre la piel bien limpia y desengrasada con agua y jabón. Estas pomadas son muy útiles en las artalgias y en casos de dolores reumáticos, pero no pueden utilizarse cuando existen lesiones cutáneas. Conviene vigilar el estado general del enfermo, siendo muy cautos con el empleo del acónito o sus derivados cuando aquéllos están muy desnutridos. (*Ther. d. Gegenwart*, 1933, f., 9.)—F. G. D.

HEALY JAMES.—*Sulphenmoglobina.*

Comienza el autor definiendo la enfermedad—que es harto rara en la literatura médica mundial—; es ésta una substitución parcial de la hemoglobina por la sulfohemoglobina, debida a la absorción de productos sulfúricos a través de la pared intestinal. Por lo que el



Dr. Perrin, comentador de este artículo, cree debiera llamarse esta enfermedad de Van den Bergh, ya que fué este autor quien la descubrió el año 1905 y la dió el nombre de cianosis enterógena.

Señala como etiología de la misma la ingestión de derivados de anilinas y la de nitratos, como la presencia de bacterias nitrificantes en el intestino. Como síntomas da el dolor de cabeza, la constipación, los trastornos nerviosos y la cianosis. Se suele diagnosticar esta afección por el examen espectroscópico de la sangre o *in vitro* a través del lóbulo de la oreja.

El pronóstico suele ser benigno, y como tratamientos señala varios, si bien recomienda con preferencia el suyo, consistente en inhalaciones de oxígeno y bióxido de carbono, dieta de grasas y administración de cloruro amónico—15 gramos cuatro veces al día—. (*The Journal of Laboratory and Clinical Medicine*, enero de 1933, núm. 1.)—H.

G. S. DEMIANOFF.—*Sobre un nuevo signo del lumbago*.

La asociación de múltiples afecciones nerviosas, musculares y óseas de la región lumbar hacen difícil el diagnóstico, no sólo de estas afecciones, sino también de las lesiones de cualquier grupo muscular de esta región; es lo que sucede en las lesiones del psoas.

Estudiamos las lesiones del músculo sacrolumbar, el más externo de los músculos lumbares, cuya función esencial consiste en sostener y extender la columna dorsal; es el más expuesto al frío o lesiones diversas; fácilmente se encuentra englobado en el proceso doloroso. No tiene signo objetivo, y provoca múltiples errores en cuanto a la localización de fenómenos dolorosos de la región lumbar.

Desde 1924 venimos observando un signo característico y constante en estos casos, capaz de fijar fácilmente el diagnóstico del lumbago, sobre todo en las formas agudas.

Se trata de un signo que recuerda el signo de Lasègue, y muy frecuentemente confundido con él. Se puede obtener en los casos de lumbago flexionando sobre pelvis los dos miembros inferiores en extensión, estando el enfermo en decúbito supino dorsal, como se hace para obtener el signo de Lasègue en el caso de ciática. El dolor más o menos intenso que el enfermo con lumbago experimenta en la región lumbar cuando se elevan los miembros inferiores depende de la intensidad del proceso doloroso en el músculo afecto.

La intensidad del dolor se puede medir por el ángulo que se forma cuando se obtiene este signo. El vértice del ángulo está en la articulación coxofemoral; uno de sus lados, el miembro inferior en extensión; el otro lado una línea horizontal. El ángulo de elevación será desigual en los dos miembros inferiores.

Cuanto más doloroso, más intenso es el proceso doloroso en los músculos lumbares, menos abertura tendrán el ángulo formado, como sucede en el signo de Lasègue para la ciática.

En el signo de Lasègue el dolor le experimenta el enfermo en el trayecto del ciático durante la maniobra de flexión de la pierna sobre la pelvis y dependiente de la elongación del nervio.

A primera vista, el signo del lumbago parece ser el de Lasègue, pero no es cierto. La maniobra para rea-

lizar el signo del lumbago es diferente a la que se reurre en caso de ciática. Los dolores acusados por el enfermo en la maniobra del signo del lumbago no son por estiramiento del nervio; éste, en la forma pura de lumbago, está sano; es dolor por estiramiento de los músculos afectados, sobre todo del sacrolumbar. Cuando alternativamente se elevan los miembros inferiores extendidos de un enfermo con lumbago, desciende la mitad correspondiente de la pelvis, y con ella, el músculo sacrolumbar.

Para diferenciar el signo del lumbago del signo de Lasègue, por tanto, para saber si es lumbago o ciática, basta fijar la pelvis para, en caso de lumbago, ser posible aumentar la abertura del ángulo, aumentar la flexión de miembro inferior sobre pelvis sin dolor hasta ángulo de 90°, pues la inmovilización de pelvis inmoviliza e imposibilita el estiramiento del músculo sacrolumbar. Sin esta fijación pélvica, ante enfermo con lumbago, es imposible continuar la elevación de la pierna, por los intensos dolores acusados por el enfermo; el ángulo suele tener sólo de 10 a 15°. Cuando se trata de ciática, el dolor a la extensión del miembro es idéntico con pelvis fija o no; nada se hace en cuanto al nervio ciático.

Puede coexistir lumbago y ciática en el mismo enfermo, pero en lado diferente; los signos serán diferentes en cada lado. También puede pensarse en ciática y lumbago coincidentes en ambos lados de los miembros inferiores; son raros; la diferenciación es imposible. (*La Presse Médicale*, París, 22 noviembre 1933, núm. 83, página 1.883.)—M. A. C.

D. BATEMANN.—*La piroterapia en el tratamiento de la corea*.

El autor ha utilizado en el tratamiento de la corea el nuevo método preconizado recientemente en los Estados Unidos, consistente en la inyección endovenosa de una vacuna mixta que contenga un millón de bacilos tíficos y tres cuartos de millón de cada uno de los gérmenes paratíficos A y B. Alaba el autor los magníficos resultados obtenidos con este tratamiento, aunque insiste en la necesidad de una vigilancia exquisita del paciente, tanto por parte del médico como por la del personal subalterno, por lo que estima preferible utilizarlo sólo en los hospitales y clínicas bien montadas. Se comienza por inyectar 0,1 c. c. y acostar al enfermo, poniéndole botellas calientes y abrigándolo bien para favorecer la hipertermia curadora. La temperatura óptima es la de 40 a 40,8°, sin rebasar nunca la de 41°, y se sostiene esta temperatura durante cuatro horas aproximadamente. Las temperaturas se tomarán con toda escrupulosidad en el recto. Las inyecciones se repiten diariamente, hasta que los movimientos coreicos han cesado, y la dosis se aumenta en un 50 por 100 cada día, hasta duplicar la inicial. Como es lógico, esto sólo es un esquema, pues las reacciones individuales frente a la vacuna son muy distintas, y el médico ha de tenerlas en cuenta y acomodarse a ellas para continuar las inyecciones.

La mayor parte de los enfermitos están muy mejorados al tercer o cuarto día de tratamiento, y curan por completo al final de la primera semana. Para vigilar posibles recaídas tuvo a los pacientes otras u otras dos semanas en el hospital. Como los restantes métodos terapéuticos son más largos—siete semanas como mínimo—, el autor alaba calurosamente el estudiado. (*Brit. Med. Journal*, 1933, pág. 1.003.)—F. G. D.



## 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 en 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 Decio Carlán.—Crónica bibliográfica, por F. González Deleito.—Emil v. Behring, el gran investigador alemán, en el 80 aniversario de su nacimiento.—Confesiones: Apenas si soy medico, por A. Lozano Borroy.—Remitido.—Academias y Sociedades.—La Sanidad en el Parlamento.—¡Compañeros!..., por G. Vicén Trasmontán.—De actualidad: Especialistas en un mes, por J. Doselt Chumilla.—Bodas de plata de la promoción médica de 1909.—Cátedra de Patología general.—Sección oficial.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Tertulia.—Vacantes.

## BOLETIN DE LA SEMANA

## VOZ DE ALARMA

LOS TITULARES SE  
CANSAN DE ESPERAR

Nada más lejos de nuestro ánimo que escribir una crónica derrotista, y menos actuar en sentido de censura sistemática respecto a la política sanitaria del Gobierno. Pero llegan a nosotros informes tan claros y precisos, noticias tan interesantes y tan graves, que, en nuestra obligación de informar semanalmente a la opinión médica sobre la actualidad profesional, tenemos que recogerlas y comentarlas.

Según informes fidedignos, cuya comprobación es irrecusable, existe un terrible malestar, un descontento colectivo entre los médicos del Mediodía de España, principalmente en las regiones andaluza y levantina.

Cada día que pasa sin que se vislumbre la resolución sobre el pago de los titulares por el Estado, encienden las hogueras de la indignación, avivadas en el rescoldo de todas las decepciones.

La clase médica rural vibró de satisfacción y entusiasmo cuando, al implantarse la República, se anunció en los primeros días la creación del Ministerio de Sanidad y la satisfacción de sus antiguas aspiraciones. En lugar de crear el ofrecido Ministerio se organizaron el de Comunicaciones y el de Industria y Comercio. Las promesas de redención se tradujeron en la equivocada gestión de D. Marcelino Pascua.

Don Alejandro Lerroux, desde los campos de la minoría radical, incluyó en su programa la urgencia del anunciado Departamento políticoadministrativo, con objeto de salvar a los médicos pueblerinos del caciquismo y de las persecuciones.

Al fundarse la Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia, llevando para regirla al organizador de la Protección Médica, Dr. Pérez Mateos, nueva-

mente surgió la esperanza, pero a medida que pasan días y meses la situación es más abrumadora e insostenible. Ya todo se vuelven desconfianzas, desilusiones, y piensan si una vez más las ofertas hechas repetidas veces quedarán en el desván de los buenos propósitos.

Mientras tanto, los Ayuntamientos hacen ostentación de su influencia sobre los gobernantes y de su desprecio por las disposiciones que les obligan en la letra de las leyes. Ponen y quitan médicos según su antojo, proveen las plazas en quien les parece oportuno, y las deudas suman ya cantidades considerables. Triste y doloroso es decirlo, pero en estos tres últimos años ha experimentado un retroceso la causa de la medicina rural. Si añadimos la grave crisis por que atraviesa el agro, que hace difícil la recaudación de igualas y de minutas, se comprenderá que los colegas que ejercen lejos de las grandes urbes vayan agotando su paciencia.

Como consecuencia ha surgido la idea de declararse en huelga colectiva y hacer una campaña de descrédito contra la Sanidad de la República. Son muchos los médicos simpatizantes, y están realizando labor de propaganda activa.

Esto envuelve una situación de extrema gravedad, que puede acarrear serios trastornos al país. Si en plazo breve no se da la sensación de hacer algo serio en pro de los titulares, éstos, cansados de burlas y dilaciones, seguirán el ejemplo que les han ofrecido otros sectores sociales de menos importancia y trascendencia en la vida ciudadana.

Con toda lealtad advertimos a los Sres. Estadella, Pérez Mateos y Verdes Montenegro del peligro que se avecina, y que estallará inevitablemente si no se pone urgente remedio.

La catástrofe de Alcontar ha colmado la medida, y son muchos los que prevén que algún día pueden encontrarse en situaciones análogas a la del Dr. Antonio Rivera. Ante este temor, los ánimos se enardecen, y todos coinciden en que son necesarias actitudes energéticas.



Mala cosa es que vaya tomando cuerpo la idea de huelga, pues aun contando con todas sus dificultades, su solo anuncio significaría una pública censura a la actuación lenta y dilatoria con que se viene entreteniendo al digno Cuerpo de Inspectores municipales de Sanidad.

Ha llegado la hora en que tienen por únicos consejeros a la desesperación y a la falta de fe en las promesas oficiales. En tal situación de espíritu, sólo pueden esperarse actitudes violentas, y estamos por decir que justificadísimas.

DECIO CARLÁN.

## CRONICON BIBLIOGRAFICO

*Einführung in Geist und Studium der Medizin.*  
(Introducción al espíritu y estudio de la Medicina.)  
Doce lecciones profesadas en la Universidad de Göttingen, por el Dr. Georg B. Gruber. Editadas por G. Thieme. Leipzig, 1934.

Merece este libro algo más que una breve nota bibliográfica. Carece de similar en nuestra bibliografía y lo integran doce lecciones dadas por el profesor Gruber en la Universidad de Göttingen. Las preparó y pronunció para los alumnos que se iniciaban en el estudio de la Medicina, y en ellas trató de infiltrarles el espíritu científico que debía informar sus estudios ulteriores. Para ello, les expone una serie de cuadros en los que sintetiza la evolución de las diversas ramas de la Medicina, algo así como una historia abreviada de la misma.

Los que, mal que bien, seguimos la literatura médica alemana desde hace mucho tiempo, hemos podido observar que en los últimos lustros, y más especialmente después de la guerra, se ha impuesto allí cada vez con más fuerza lo que Letamendi llamaba la doctrina individualista, es decir, la concepción integral del hombre: lo enfermo es un individuo en toda su integridad, y no un estómago, un hígado o una medula espinal. Cuando Letamendi difundió esta verdad en España, se le hizo poco caso, por varias razones, y especialmente por dos: primera, porque en España todos los clínicos eran individualistas, sabiéndolo o sin saberlo, y, por ello, no comprendían el alcance y el significado de aquella descomunal batalla por defender lo que nadie atacaba, y segunda, por haberla expuesto en los términos más enrevesados que supo y pudo, por lo que muchos le dieron de lado sin oírle ni entenderle. Fué más tarde, y no precisamente por criterio científico, sino por razones crematísticas harto vulgares, cuando los médicos españoles procedieron a desagregar y atomizar el individuo, y precisamente por esa falta de razones científicas se anda tan reacio en incorporarse al movimiento individualista que anima hoy día la Medicina mundial. Cada médico, en su gabinete de archi-especialista, y el enfermo, como Dios, en el de todos los especialistas posibles.

Otro rasgo de la literatura alemana moderna es la claridad y diafanidad de sus escritos, desde luego, que no de todos, que contrasta con la bien ganada fama de oscuros y confusos de los antiguos, aunque preciso es reconocer que más confusas y más oscuras eran de ordinario sus versiones al español.

Las doce lecciones de Gruber se leen de un tirón y sin

fatiga. Trata en las dos primeras del desarrollo de la anatomía, deteniéndose mucho en la figura de Vesalio, y se esfuerza en demostrar a sus jóvenes "comilitones" lo imprescindible de su estudio, pero asimismo la necesidad de pensar siempre en que lo que se diseña es un cadáver y de lo que vamos a ocuparnos en nuestra profesión es de un vivo. Dedicla la lección tercera a la historia y mecánica del desarrollo, reivindicando para un yerno de Hipócrates, para Polybos, el haber lanzado la teoría de la semejanza en las fases iniciales del desarrollo de todos los animales, creando así la embriología comparada. Pero sólo después de los estudios de F. Graaf y, sobre todo, de los de Carlos Ernesto von Baer, se tuvieron las pruebas científicas de ello.

Pasa en la lección cuarta al estudio de la biología general—botánica y zoología—, y plantea el problema del origen de la vida, de la preformación, de la postformación y de la fuerza vital. Cita la hipótesis de Lamarck y de Darwin, expone en breves rasgos la obra de Mendel y termina con palabras breves y discretas sobre la eugenesia y la higiene de la raza. Todos sabemos cuán difícil es ser discreto en estas materias, sobre todo en la Alemania actual.

El movimiento y cambio incesante de materia y fuerza en los organismos vivos inicia la lección quinta, en la que pone de manifiesto la interesante figura de Sonctorius de Capodistria, el primero que quiso precisar las relaciones entre alimentación, secreciones y excreciones, sirviéndose de la balanza y de las pesadas, y enseguida reseña el gran descubrimiento de la circulación de la sangre, señalando la importancia de los estudios y hallazgos de nuestro gran teólogo Servet, quien en 1552 precisó bien las relaciones funcionales entre el corazón y pulmones, descubriendo la circulación menor. Más tarde, en 1628, W. Harvey descubrió la circulación mayor o general de todo el organismo. Termina la lección exponiendo lo referente a descubrimientos de respiración y metabolismo.

Muy interesante, ceñida y clara es la lección dedicada a lo psíquico, en la que inicia a los alumnos en el significado de las palabras instinto, reflejo, percepción, concepto, voluntad, memoria y recuerdo, conciencia, consciente e inconsciente, tonalidades de alegría y dolor, carácter, y de la doctrina actual de Kretschmer sobre los tipos somatopsíquicos de pínicos y leptosómicos.

Termina con esto la primera mitad del libro, tal vez la más interesante, dedicando las otras seis lecciones a estudiar el cuidado de los enfermos en general, a señalar cuál es la esencia de la patología, su desarrollo, las constantes pugnas entre las teorías plásticas y humores, la morfología patológica, general, el concepto de la inflamación, el de las anomalías del desarrollo y la patología constitucional. Páginas muy interesantes son las de "médico y enfermo", "medicina popular", "auxilios que prestan los profanos", "informes médicos" y el capítulo último de "medicina y arte médico" y de "actividad profesional y ética".

En todas las lecciones, expuestas en forma clara y concisa, se llama con insistencia la atención sobre la trascendencia de los estudios y descubrimientos médicos, y en toda la obra se da una sensación precisa y completa de la unidad del concepto de la medicina. Con ello sabe el principiante lo que va a estudiar, comprende el plan de la enseñanza y adquiere una noción definida y completa



de las ideas fundamentales que han de ser su guía y norte en los estudios ulteriores.

Mas de poco serviría iniciar de este modo a los alumnos si en la Facultad no imperara la misma unidad de espíritu. Una Facultad de Medicina falta de esto carecerá siempre de fuerza espiritual; podrá ser un conglomerado de sabios, tal vez una Facultad brillante y vistosa, pero nunca podrá aspirar al glorioso y supremo título de "Escuela". Mientras sea problema incluso el acoplar materialmente las disciplinas para que el alumno no se encuentre con que en dos o más cátedras le hablen del mismo asunto y en ninguna le hablen de otros, las Facultades están perdidas. Sus claustros estarán repletos de sabios de todas clases, respetabilísimos en particular; pero en tanto sea difícil o imposible encontrar una íntima trabazón entre ellos, estará ausente el espíritu que todo lo fecunda, y semejarán esas lujosísimas casas de nuevos ricos plagadas de muebles y objetos costosos de épocas y gustos distintos, agrupados al azar y siempre en forma antiestética y detestable.

FEDERICO GONZÁLEZ DELEITO.

## Emil v. Behring, el gran investigador alemán, en el 80 aniversario de su nacimiento

El día 15 de marzo de 1934 se cumplió el 80.º aniversario en que Emil v. Behring, el fundador de la suero-terapia, y, como tal, uno de los más grandes bienhechores de la humanidad, vino al mundo. Si hoy, diecisiete años después de su muerte, trazamos brevemente su biografía y dirigimos una mirada retrospectiva a la vida y la obra de este hombre singular, no hacemos más que cumplir con un deber de gratitud, expresión de agradecimiento nunca suficiente en relación a la obra im- perecedera que a él se debe.

Hijo de un maestro de escuela, nació en Hansdorf, pequeña ciudad de la Prusia occidental, cerca de Deutsch-Eylau. Aprendió las primeras letras en casa de su padre, en la que se crió en compañía de sus diez hermanos, llegando a conocer en temprana edad las necesidades e inquietudes de la vida. Con la ayuda benéfica de personas amigas, conocedoras de la difícil situación económica de sus padres, que le favorecieron con donativos y la concesión de una beca, consiguió ingresar como alumno en la Escuela Superior. A su deseo de llegar a ser médico, propósito que ya desde niño había expresado y sostenido, se opusieron resueltamente sus padres, que preferían siguiese su hijo una carrera similar a la profesión del padre. Los esfuerzos de sus inteligentes profesores, que reconocían el verdadero rumbo que debían tomar las extraordinarias aptitudes de su discípulo, al procurar convencer a los padres lo equivocado de sus proyectos, no fueron estériles; pero al no recibirse la notificación de su admisión en el Instituto Médico-militar Friedrich-Wilhelm, de Berlín, todo hizo pensar que el primitivo anhelo de sus padres se iba por fin a cumplir. Ya estaba el futuro estudiante de Filosofía en la estación de Reidnitz, esperando el tren que había de conducirlo a Königsberg, cuando su hermano, momentos antes de su partida, le llevó una carta lacrada: su ingreso en el Instituto Médico-militar había sido aprobado. Fué de esta manera como a última hora se cambió su destino, y la Medicina, y con ello la huma-

nidad, pudo conservar a uno de sus más grandes hombres, a cuyo espíritu de investigador infatigable y aplicación constante se debió uno de los descubrimientos más revolucionarios en el campo de la Medicina. Desde este momento emprende su vida una marcha muy pocas veces igualada. Unicamente mencionaremos los detalles más salientes: en 1878 se doctoró, y en 1880 es destinado a Posen como médico militar; siete años después fué médico mayor en Bonn, apareciendo en ese año sus primeras publicaciones sobre el suero de las ratas. Después de trabajar como asistente en el Instituto de Higiene de Berlín, puesto que ocupó en 1889, y donde Roberto Koch fué su consejero, pasó en 1891 a desempeñar igual cargo en el Instituto de Enfermedades Infecciosas, de Berlín. Tres años después se traslada a Halle como catedrático de Higiene y Bacteriología. Al año siguiente fué llamado a Marburgo a desempeñar igual cátedra y la dirección del Instituto de Higiene de esta ciudad y, finalmente, director de los Laboratorios Behring hasta el fin de sus días (1917). Hecho el relato breve de su vida, pasaremos a hablar de su obra, si es que se puede permitir esta separación. El camino de su realización va tan estrechamente unido a su vida, que la idea y su portador se fusionan íntimamente y forman una unidad. Ya desde un principio se ve obsesionado por la solución de un problema, idea que no abandona hasta que consigue su objeto, a pesar de todas las resistencias encontradas, incluso con vejámenes para su persona. En su época de médico militar ya tuvo ocasión de ocuparse en trabajos experimentales propios y preparar el camino para sus futuros descubrimientos de la suero-terapia. En 1882 produjo la admiración del mundo científico con la teoría fundamental y completamente nueva acerca de la acción de los antisépticos, al demostrar que el efecto antiséptico del yodoformo se producía por destrucción de las toxinas de los gérmenes piógenos. De este modo sentó Behring los cimientos de su gran descubrimiento de la acción terapéutica de los sueros sanguíneos. Ocho años después (en 1890) dió a conocer su idea precursora de las antitoxinas, basada en el siguiente principio fundamental: el suero sanguíneo de animales que han resistido una enfermedad es capaz de curar esta misma enfermedad en otros animales. La aplicación de estos conocimientos, plenamente comprobados en animales, al hombre enfermo de difteria, fué seguida del éxito más rotundo y convincente. A pesar de los sinsabores y enemistades, nobles e innobles, que por todas partes le acarrearó su trascendental descubrimiento; y a pesar de la controversia que le opuso un hombre como Virchow, estrella cuyo esplendor lo deslumbraba todo por aquel entonces. Behring lo venció todo, y nadie pudo discutirle su victoria cuando ya un año después logró salvar con su suero antidiftérico curativo los primeros niños, gravemente enfermos de difteria, hospitalizados en la Clínica Bergmann, de Berlín. La difteria, que antes invadía a la humanidad como un verdadero azote en forma de epidemias mortíferas, muy temida por los padres como "la estranguladora de los niños", y que era la causante de un dolor inenarrable en incontable número de hogares, había sido ya vencida. Las cifras de mortalidad fueron disminuyendo de año en año, bajando del 76 por 100 al 6-10 por 100. El mismo año en que quedó definitivamente confirmada la seguridad del tratamiento de la difteria con el suero de Behring, el infa-



tigable investigador, asistido por el sabio japonés Kitasato, consiguió obtener el suero antidiftérico, que especialmente durante la Gran Guerra, donde se demostró su verdadero valor, resistió brillantemente su bautismo de fuego. ¿Quién es capaz de contar los soldados que deben su vida a este suero? También otras enfermedades graves pudieron ser combatidas con éxito por recursos basados en los principios de Behring. A pesar de los innumerables y altos honores y títulos con que le dignificaron todos los países del mundo, no obstante haber sido reconocido públicamente como el investigador más portentoso del mundo, lo que le valió ser distinguido, en el año 1901, con el premio Nobel en su primera concesión, continuó Behring incansablemente sus trabajos de investigación, ya que entonces bullía en su mente otra grande y genial idea, no cejando, indomable, en su empeño hasta que la vió realizada: "la inmunización activa". Si el enfermo se salvaba con la "inmunización pasiva", el sano podía ser protegido contra la enfermedad por medio de la "inmunización activa". También este pensamiento se plasmó en hechos que demostraron ser llevaderos a la práctica, aunque la muerte implacable, que le sorprendió en Marburgo en 1917, alejó bruscamente de sus trabajos al insigne sabio, y antes de que sus investigaciones fueran definitivamente terminadas. Su cuerpo ha muerto, pero su obra y sus ideas se han immortalizado, en tanto sigan sucediéndose en la tierra los hombres con sus dolencias. Al cumplirse el 80.º aniversario del nacimiento de este espíritu prodigioso cumplesen unirnos a los millones de hombres a quienes su gran descubrimiento salvó la vida y devolvió la salud, para rendirle el homenaje de nuestro sincero agradecimiento.

## CONFESIONES

### APENAS SI SOY MÉDICO

Creo inútil advertir que este mal pergeñado artículo no está dedicado a los Titulares que ganaron honradamente su plaza. Para ellos mi admiración y respeto.

A. L. B.

Yo, señor..., casi me avergüenzo de decirlo..., soy médico. Sí. Un buen día del año 30 obtuve el título. Nunca había visto tantas pesetas juntas como aquellas que me dió mi padre para pagarlo. Mi padre regañó. Eran trece años de sacrificio económico, y ahora venía aquella bomba final en la traca de pesetas. Yo casi no hice caso al mal genio paterno. ¡Era tan grande mi alegría al verme con el título en la mano!

Trece años de estudios. Trece años consecutivos aguantando las caras serias de aquellos catedráticos muy siglo XIX, y pasando el miedo de aquellos absurdos exámenes en que los profesores, con deleite morboso, buscaban mi tendón vulnerable para sacrificarme. Algunas jugarretas les hice, es cierto. Dígalos si no el profesor de Medicina legal, que, con su cara de ave, me miraba siempre con gran antipatía, y se vió obligado a aprobarme contra su voluntad. Pero ya ¿qué más daba? He aquí mi título. He aquí el sésamo de mi vida que me abriría las puertas de la gloria, la fama y el dinero. Ya era un hombre.

Y ahora, ¿qué hacer? Mis circunstancias económicas

me obligaron a buscar enseguida la manera de sacar provecho a aquel flamante título.

De pensar en realizar unas oposiciones, ¡ni hablar! Requerían una lenta preparación, y a mí me urgía el dinero para mi sustento. Además, ¡bastante hacía yo, si las ganaba, con 200 pesetas mensuales!

Yo..., con mi título..., no podía hacer nada. Necesitaba, cuando menos, hacerme inspector municipal de Sanidad. No tardé mucho en serlo. Los maternales Institutos provinciales de Higiene están en todo, y organizan con frecuencia cursillos en donde por muy poco dinero le dan a uno dicho título. No se recuerda de ningún alumno que haya sido rechazado. Yo tampoco lo fui.

Ya pertenecía al Cuerpo de Inspectores Municipales de Sanidad. Ya tenía derecho a usar el distinguido uniforme, con espadín y todo.

Había que pensar en ir a un pueblo, al menos por lo pronto. Comencé a solitar titulares. Fué en vano. No se molestaban ni en contestarme.

"Eres un ignorante—me dijeron—si piensas que van a venir a buscarte a tu casa. Es preciso ir a los pueblos para que te conozcan antes de solicitar." Yo creí que esa exhibición privada al empresario sólo era necesaria a las *vedettes* de revista. Pero aconsejado por quien tenía más experiencia que yo, no quise, ni me convenía, dárme las de innovador, y obedecí. La primera vacante de que tuve noticia fué la de Villademonios de los Grullos... Y allí me fui. Pero había llegado tarde. "Precisamente ayer—me dijo un concejal—vino ya otro médico, que nos fué muy simpático. Si no fuera por eso, la plaza suya."

Luego me enteré confidencialmente de que mi nariz había sido la culpable. Es deforme, casi grotesca, y, por lo visto, les fué desagradable. Volví a los concejales, les expliqué la necesidad que yo tenía de aquella titular. Les prometí incluso que con parte de mi sueldo acudiría alguna temporada a un Instituto de Cirugía Estética para arreglar mi rostro. "Además—añadí—sé hacer muchas cosas: bailo el *fox*..., imito a Chevalier..." Fué en vano. Me ganó aquel compañero de nariz afilada y tipo apolíneo.

¡Cuántas titulares perdí por mi nariz!

En aquellos días paseé por la capital mi hambre y mi miseria, aliviada esporádicamente con las migajas de alguna substitución a compañeros más afortunados y más guapos que yo, y con una colocación de destajista en el Ayuntamiento de la capital, siendo por esto muy criticado por algunos compañeros que, incluso, me negaron el saludo. En aquellos días..., sí..., me hice comunista.

Fué más tarde cuando comenzó a regir un reglamento de provisión de vacantes. ¡Al fin los Poderes echaban un cable a mi cocido! Otra vez comencé a solicitar plazas. Desde entonces tuve siquiera el consuelo de que contestaran a mis solicitudes.

Después me enteré de que para 8.000 partidos estábamos 18.000 inspectores. Pensé en el suicidio, y me marché al río. Fué allí en donde encontré a mi salvador. Era un hombre fuerte..., no recuerdo muchos más detalles, porque la desnutrición de aquellos días me había producido una amnesia profunda. Sólo sé que me ofreció 5.000 pesetas (¡más de lo que me había costado mi título!) por ir a ejercer mi profesión en Villapuzuelo del Infame, un pueblecito en donde no residía ningún médico, y era uno de un pueblo a tres horas de dis-



# NEYOL

AUTOR DOCTOR R. FERRIS MEDICO  
MEDICACION BALSAMICA INTENSIVA

INYECCION INDOLORA

TRATAMIENTO  
MODERNO DE LAS  
ENFERMEDADES DEL  
APARATO RESPIRA-  
TORIO



LABORATORIOS-FEDE S.A.

DIRECTOR DR. A. LOPEZ CIUDAD-FARMACEUTICO  
MARQUES DE CUBAS 9. TELEFONO 19147 MADRID

Neyol n.º

Procesos crónicos del  
aparato respiratorio

1

Se emplea en las bronquitis crónicas simples y en las secundarias, rápidamente modifica la secreción bronquial, facilita la expectoración, calma la tos, cede la disnea y facilita el sueño.

COMPOSICION POR 100 C. C. = Para-iso-propilmetacresol, 1,50 g.; Metanol-3, 5,00 g.; Gomenol, 7,90 g.; Anhidroterpina, 10,15 g.; Alcanfor, 2,00 g.; Trioleinas esterificadas, c. s.

Neyol n.º

Antifímico

2

Sin necesidad de emplear el opio ni ninguno de sus derivados, corrige la tos emetizante de los tuberculosos, curando y evitando las agudizaciones catarrales.

COMPOSICION POR 100 C. C. = Guayacol, 0,10 g.; Timol, 1,00 g.; Estearopteno de menta, 1,59 g.; Esencia de Niaulí, 20,00 g.; Cineol, 10,00 g.; Sulfuro de Alilo, 0,005 g.; Trioleinas esterificadas, c. s.

Neyol n.º

Niños

3

En los procesos broncopulmonares infecciosos, se consigue realizar una antiseptia rápida y enérgica, obteniendo la curación en corto plazo.

COMPOSICION POR 100 C. C. = Para-iso-propilmetacresol, 1,50 g.; Anhidroterpina, 10,00 g.; Esencia de Niaulí, 20,00 g.; Alcanfor, 2,00 g.; Trioleinas esterificadas, c. s.

Neyol n.º

Procesos agudos

4

En estos procesos la remisión de los síntomas es inmediata a la aplicación del medicamento.

COMPOSICION POR 100 C. C. = Lecitina, 0,25 g.; Colesterina, 0,30 g.; Estricnina, 0,01 g.; Timol, 2,50 g.; Gomenol, 7,45 g.; Eucallptol, 7,55 g.; Mentol, 5,00 g.; Alcanfor, 2,00 g.; Guayacol, 5,00 g.; Aceite de olivas esterilizado, c. s.

Neyol n.º

Antiasmático

5

Se llena la doble indicación de yugular el acceso de asma con la adrenalina y atropina y actuar sobre los procesos catarrales por la acción antiséptica de los balsámicos, llenando ambas indicaciones con una sola inyección.

COMPOSICION POR 100 C. C. = Atropina, 0,0025 g.; Adrenalina, 0,005 g.; Guayacol, 5,00 g.; Timol, 5,50 g.; Mentol, 4,50 g.; Gomenol, 10,00 g.; Alcanfor, 2,00 g.; Aceite esterilizado, c. s.

Todos los números tienen una indicación especial en los procesos gripales del aparato respiratorio

De los números 1, 2, 4 y 5 se preparan cajas de ampollas de 5 y 10 c. c. y del número 3 cajas de ampollas de 2 y medio y 5 c. c.

SOLICITEN MUESTRAS Y LITERATURAS





**ANUSOL-**  
*Goedecke*

## A N U S O L

disminuye el catarro de la mucosa inflamada y ejerce una acción astringente sobre la superficie secretante, por su gran poder antiséptico impide la infección de los nódulos hemorroidales y la formación de abscesos perirrectales,

provoca la granulación y estimula la reparación epitelial,

determina la resolución de los procesos flebíticos agudos, sub-agudos y crónicos del ano,

hace que la evacuación de las materias fecales no sea dolorosa, gracias al reblandecimiento que sufren las heces duras.

No mortifica los tejidos. No es tóxico.

GOEDECKE & CO., LEIPZIG, ALEMANIA

Para literatura y muestras gratuitas dirigirse a.

LABORATORIO Y COMERCIO SUBSTANCIA, S. A.  
Apartado 410 Barcelona

## ANTALGOL DALLOZ

**Granulado**

**Neuralgias - Jaquecas - Gripe - Lumbago - Ciática  
Gota - Reumatismo agudo o crónico**

J. DALLOZ, 13, Boulevard de la Chapelle, PARIS



tancia el que les visitaba una vez por semana. Acepté..., y me llamaron mal compañero todos aquellos médicos que eran más guapos que yo. Era verdad que ellos tenían 20.000 pesetas a puro de visitar 10 pueblos cada uno. Verdad también que ellos no podían atender a su clientela, y que no habían hecho nada para remediar el hambre y la miseria de todos los compañeros que, como yo, llevábamos cuatro años sin trabajo...; pero siempre sería yo el mal compañero. Ellos, realmente, no tenían la culpa de mi desgracia ni de mi fealdad.

Seguí en el pueblo, amenazado de muerte, pero recordando aquella frase del "Espartero", que se ha hecho célebre. "Aquí—me dije—tengo mejor espera." Y recordaba aquellos horripilantes tiempos en que se llevaban las substituciones que yo buscaba afanoso todos aquellos compañeros que habían dado una buena propina al oficial del Colegio de Médicos para que se las proporcionase todas. Yo no le podía ofrecer otro tanto: mi aspecto de hambre no le garantizaba una buena propina.

"Ahora—pensaba—, ya que existe un reglamento de provisión de vacantes, ya mi nariz no puede ser una dificultad para mi vida." Y la acaricé cariñoso, arrepentido de todas las maldiciones que antes le echara. Y me hice republicano.

Poco duró mi felicidad. Me puse a leer detenidamente el reglamento, y vi con horror que todas las prerrogativas se las llevaban los que ya poseían una titular, que fueron, sin duda, de quienes se aconsejaron para redactar el reglamento. Los demás éramos tratados como inferiores. Realmente, lo éramos, siguiendo el principio de la selección natural y al estar agotados por la falta de alimento. Solamente, pues, siendo guapos se podían alcanzar antigüedad y méritos. Era en el tiempo de las "mises" y los concursos de belleza, y España entera estaba pendiente de los ojos de Teresita Daniel. Valeriano León y yo éramos unos fracasados.

Pero todavía vino otro reglamento—que las desgracias nunca vienen solas—, y éste ya daba un pequeño margen a los feos. Pero les ponía la condición de que fueran ricos. Se anunciaron un sinfín de cursillos sanitarios. Pronto se agotaron las localidades. En los primeros, tan sólo tuvieron asiento los amigos de los "empresarios". Más cursillos. ¡Y pensar que en un mes se dieron en Zaragoza 960 puntos! Ford dice que lo difícil es lograr el primer millón, los demás ya vienen solos. No estoy muy seguro de que esta cita tenga relación con lo que escribo, pero se me ha atravesado en la imaginación y he tenido que soltarla.

Tampoco, pues, pude obtener méritos. Eran precisas muchas pesetas, de las que yo no disponía. Y miraba con pena a todos aquellos compañeros que marchaban afanosos a la capital para realizar aquel célebre cursillo sobre "Higiene del recto".

Así fué como ya decididamente abandoné el deseo de hacer uso de aquel título de inspector municipal de Sanidad que un buen día del año 30 me regalaron (mienta, me vendieron) en el Instituto provincial de Sanidad. Pensé con gusto en librarme para siempre del pueblo. Pensé en hacerme inspector médico de escuelas. ¡Qué iluso! Los médicos-maestros me demostraron con sus asambleas que jamás podría yo aspirar a ese cargo con mi supina ignorancia. Reconozco que yo de Pestalozzi, Iturzaeta y otros apellidos con muchas zetas había oído hablar muy poco.

Los forenses interinos me demostraron también que solamente ellos podían aspirar a una forensía, y a ser titulares y forenses a la vez. ¿Qué me había yo creído? Confieso también que nada valgo como forense, puesto que las veces que actué como tal nadie reconoció el valor de mis servicios. Y los oficiales sanitarios me concedieron el honor de mirarme de arriba abajo (¡qué vergüenza pasé cuando fijaron su mirada en mi nariz!), y después de escupir levemente por aquel portillo de su dentadura de oro de 30.000 pesetas me indicaron que me afiliara a los socialistas..., y se rieron de mí.

Yo los miraba atónito. No sé qué nube cegó mi vista. De repente sentí un zumbido extraño en mis oídos. "Yo sólo soy médico—decía—. Apenas si soy médico. ¡Es tan difícil a veces diagnosticar una tifoidea!... ¡Apenas si soy médico!... ¡Sí..., yo... soy Napoleón..., soy Napoleón..., Napoleón Bonaparte!..."

Desde aquel día estoy dedicándome afanosamente a reclutar locos. Médicos locos. ¿Dónde está el Cid Campeador?... ¿Y el Cardenal Cisneros?... ¿Lo eres tú, lector? ¿Sí?... ¡Qué alegría! Escribeme, escribeme enseguida.

A. LOZANO BORROY.

Valderrobres (Teruel), abril 1934.

## REMITIDO

La Permanente del Comité ejecutivo de la Asociación Oficial de Médicos titulares Inspectores municipales de Sanidad visita en la cárcel de Purchena al Médico titular de Alcontar (Almería), D. Antonio Rivera Fernández.

El día 7, los Sres. D. Antonio Ossorio, D. Francisco Ayuso y D. Joaquín Ruiz Heras, acompañados de una representación del Colegio de Médicos de Murcia y de otra numerosísima del Colegio y la Asociación de Almería, con su presidente a la cabeza, D. Miguel García Algarra, visitaron en la cárcel de Purchena al señor Rivera Fernández, a su anciana madre y a su hermano Francisco, titular de Almuñécar (Granada).

Cuando esta desgraciada familia vió entrar en el viejo caserón de la cárcel de partido de Purchena un centenar de compañeros, muchos, amigos y conocidos que ejercen en el distrito y, otros, desconocidos que viven en lejanas tierras, la emoción, poniendo lágrimas en sus ojos y un nudo en su garganta, hizo que los primeros saludos fueran unos abrazos y apretones de manos tan silenciosos como cordiales.

Los compañeros que presenciaban la escena hacían inútiles esfuerzos por disimular el sentimiento que les embargaba, aparentando una entereza que estaban muy lejos de sentir.

Pasados los primeros embarazosos minutos se cruzaron unas palabras entre los representantes de la Asociación y los Colegios citados, dándose lectura por el señor García Algarra a un comunicado oficial de la Previsión Médica, del que era portador el Sr. Ossorio, dando traslado al Colegio de Almería del acuerdo del Consejo de la Previsión de entregar a la madre del infortunado compañero una cantidad inicial, en tanto se fijaba en la próxima reunión del Consejo la pensión mensual que la Previsión Médica señalaba a dicha señora para atender a su situación mientras duren las circunstancias presentes. El Sr. Ossorio saludó en nom-



bre de todos los titulares de España al compañero detenido, haciéndole saber que la Asociación se haría cargo de su defensa y de los gastos que origine la misma, así como los de su manutención mientras esté encarcelado.

A la puerta de la prisión se hicieron algunas fotografías, en las que aparece el médico titular de Alcon- tar rodeado de sus compañeros de Almería y de los directivos de la Asociación.

Al día siguiente se celebró en el Colegio de Médicos de Almería una asamblea en la que se tomaron acuerdos concretos, que serán traídos a la asamblea de representantes del mes de mayo, celebrándose a continuación un almuerzo íntimo organizado por los médicos de Almería en honor de la permanente del Comité Ejecutivo y los representantes del Colegio de Murcia.

A los postres, el Sr. García Algarra propuso que el Colegio de Almería y la Asociación ofrezcan a los familiares del Alcalde muerto su propósito de costear la educación de las dos niñas huérfanas del citado Alcalde. Tan delicada idea fué aprobada por aclamación, probándose con ella la nobleza de sentimientos de la clase médica.

\* \* \*

El día 11 fueron recibidos por el señor Presidente de la República los Sres. D. Antonio Ossorio, D. José Aguila Collantes y D. Joaquín Ruiz Heras, como miembros del Comité Ejecutivo de la Asociación, y D. Julio González, que se agregó en representación de la Junta provincial de Madrid.

Los visitantes dieron lectura al escrito que copiamos a continuación, por considerarlo de gran interés, que fué atentamente escuchado por S. E. Este manifestó a los representantes de los médicos titulares que sabía que el Gobierno, y especialmente los Sres. Estadella y Lerroux, se ocupaban con todo cariño del problema.

El escrito dirigido por la Asociación al Jefe del Estado dice así:

"Excmo. Sr. Presidente de la República española:

Al comparecer ante V. E. como miembros del Comité Ejecutivo de la Asociación oficial de Médicos titulares, inspectores municipales de Sanidad, organización que comprende a todos los médicos titulares españoles —con la sola excepción de los que pertenecen a la región autónoma de Cataluña—, nos complacemos y honramos en tributar a V. E. el sentido homenaje de respeto, adhesión y cariño que nos merece el Jefe del Estado, y que por nuestra modesta mediación, como legítimos representantes de la clase, le ofrecen los médicos titulares de España.

Motiva esta audiencia, que ha tenido V. E. la bondad de concedernos, la trágica situación de los médicos titulares. Nuestro Cuerpo es hoy la Cenicienta de los Cuerpos de funcionarios públicos y de la Sanidad española. Cargados de obligaciones y responsabilidades, con un título facultativo adquirido tras una preparación larga, difícil y costosa, debiendo realizar estudios especiales para la adquisición del título de inspectores municipales de Sanidad, y teniendo que realizar actualmente reñidas oposiciones para conseguir una modesta titular, llegamos a la posesión de nuestras plazas después de esfuerzos penosos y a costa de grandes sacrificios. Las dotaciones de los médicos titulares son, Excelentísimo Señor, de 1.250, 2.000, 2.500 y 3.000 pesetas anuales, más el 10 por 100 como gratificación por la inspección

municipal de sanidad. Son bien modestas estas retribuciones, inferiores a las señaladas para cargos de más fácil desempeño, que no exigen una preparación especial, y mucho menos un título universitario. Ordenanzas, mecanógrafas, porteros y otros muchos empleados de cometido más fácil y de menor responsabilidad tienen dotaciones superiores a las dotaciones oficiales de los médicos titulares. Pues bien, Excelentísimo Señor, estos sueldos mezquinos, que no corresponden a nuestra noble misión, no se cobran en millares de Ayuntamientos.

Los Municipios rurales se burlan cruelmente de sus médicos. Los destituyen y nombran a su capricho, y dejan de pagarles sus dotaciones sin justificación alguna. En Ayuntamientos donde cobran puntualmente los demás funcionarios, al médico titular no se le paga. Y son inútiles las reclamaciones y vanos los esfuerzos que realizan los perjudicados con el apoyo de la Asociación y de los Colegios Médicos. En la mayoría de los casos, pese a las órdenes de gobernadores y ministros, la arbitrariedad continúa, cuando no se aumenta, convirtiendo el abuso en atropello, y el atropello en bárbara persecución.

Hace algunos años la persecución se esquivaba, renunciando la víctima a tan desigual lucha y trasladándose a otro pueblo. En la actualidad no queda siquiera el sagrado recurso de la huida, porque la plétora médica es tan exuberante, que todos los puestos, aun los peores, están ocupados, y todas las vacantes solicitadas por centenares de candidatos que se disputan, a veces en reñidas y brillantes oposiciones, plazas de 5 ó 6.000 reales anuales.

La plétora médica ha agravado el problema en términos pavorosos. Los caciques lugareños, seguros de encontrar fácilmente médicos parados que se presten a ocupar las plazas de los despedidos o maltratados, aprietan el cerco en torno al titular que no les es grato, llevando la hostilidad a extremos inconcebibles en un país civilizado. La Prensa diaria se ha hecho eco de esta situación aflictiva y trágica de los médicos titulares, acogiendo en sus páginas las quejas y clamores de estos compañeros. Los Gobiernos han procurado aliviar tanta injusticia, y las Cortes Constituyentes de la República aprobaron una ley que V. E. sancionó el 8 de septiembre de 1932. Pero aquella ley, que intentó regularizar los nombramientos y estableció recursos ministeriales contra las destituciones injustas y contra los Ayuntamientos morosos, ha resultado totalmente ineficaz. El reglamento de su aplicación, torpe y estrechamente desarrollado, la esterilizó por completo. Las esperanzas concebidas por los médicos se desvanecieron bien pronto, y los abusos y las persecuciones se multiplicaron escandalosamente.

Cálculos prudentes hacen ascender a más de 50 millones la suma de las innumerables cantidades dejadas de pagar a los médicos en lo que va de siglo. El mal, antes endémico, ha adquirido graves caracteres epidémicos en el momento actual.

Y la tragedia ha surgido al fin. Un médico titular de la provincia de Almería, perseguido, acosado, hambriento, en un momento de legítima defensa ha dado muerte a su alcalde. Se le adeudaban dos años de su modesto sueldo de 2.000 pesetas. Agotado el crédito, la vida se le hacía difícil. Reclamó al gobernador de su provincia, éste amonestó al alcalde, y el alcalde, al regresar al pue-



blo, aseguró que no le pagaría así lo mandase—esta fué su frase audaz—el propio Presidente de la República. No hemos de relatar el triste suceso, recogido por un grupo de diputados que se han dirigido al ministro de Trabajo y Sanidad solicitando una medida urgente de Gobierno que ponga fin a tanta injusticia.

El señor ministro, en su contestación, anunció su propósito de acabar el mal en sus raíces.

Y nosotros suplicamos rendidamente a V. E. que apadrine nuestra justa causa y estimule al Gobierno a reanudar urgentemente la redención de los médicos titulares.

Es indispensable, es justo elevar nuestras pobres condiciones y encargar al Estado de su pago. Para que el médico o titular pueda rendir un servicio sanitario eficaz es necesario independizarle del Municipio.

Si para servir la cultura nacional fué preciso independizar y dignificar al maestro elemental, para prestigiar y dar eficacia a la Sanidad española es indispensable redimir al médico titular.

En todas las villas, pueblos y aldeas de nuestra patria ejercen su noble y penosa profesión estos millares de proletarios de la Medicina, que hicieron seis años de bachillerato y siete de Facultad para obtener un título que la República tiene el deber de amparar y dignificar. Imploramos la alta intervención de V. E. para que no se demore la realización de esta obra de justicia, evitando con ella la posibilidad de tragedias análogas a la del pueblo de Alcontar, que, además de originar la desgracia de dos familias, son signo evidente de una desorganización que empaña el prestigio de nuestra patria.

Señor: La Asociación Oficial de Médicos titulares, Inspectores municipales de Sanidad, al reiterar a V. E. la expresión de su respeto más profundo y su más cordial adhesión, espera obtener su alta intervención en pro de la justa causa de los médicos titulares españoles.

Viva V. E. muchos años. Madrid, 11 de abril de 1934. El secretario, *J. Luis Heras*.—V.º B.º: El presidente, *Antonio Ossorio*.

\* \* \*

Nos informan que la asamblea de la Asociación Oficial de Médicos titulares, convocada para los días 3, 4 y 5 de mayo, se retrasa un poco, convocándose para los días 7, 8 y 9, con el propósito de coincidir con una reunión de presidentes de Colegios de Médicos que se celebrará este último día en Madrid para conmemorar la fundación de la Previsión Médica Nacional.

## ACADEMIAS Y SOCIEDADES

### SOCIEDAD ESPAÑOLA DE TISIOLOGIA

Presidencia: Dr. Ubeda Sarachaga

(Sesión del día 8 febrero 1934.)

#### LA PATOGENIA DE LA TOS EN TUBERCULOSIS PULMONAR

*Dr. García Romero*.—Comienza haciendo algunas consideraciones preliminares sobre la patología general de la tos, recordando que el centro tusígeno se encuentra en el bulbo, un poco por encima del centro inspiratorio, y que en sus cercanías se encuentran también el vomitatorio y el glucogénico. La excitación capaz de producir la tos parte casi siempre de una irritación de los órganos innervados por el neumogástrico; las alteraciones de los

órganos abdominales, las excitaciones producidas en estos órganos por la palpación, la irritación auricular y otras muchas más causas de excitación vagal, pueden provocar la tos; pero la excitación parte con la máxima frecuencia del aparato respiratorio. Desde el punto excitado, el estímulo se transmite por el neumogástrico hasta el bulbo, y de allí vuelve a las fibras que innervan los músculos espiratorios. Para que la excitación sea eficaz, tratándose del aparato respiratorio, debe ser producida por debajo de la glotis; las zonas más sensibles al reflejo tusígeno son la región interarritenoidea y el espolón de la tráquea, admitiéndose como regla general que la excitabilidad disminuye de arriba abajo. Se ha afirmado que la frecuencia de la tos puede ser síntoma de excitabilidad vagal, y cabe pensar si será más frecuente en los tuberculosos vagotónicos que en los simpaticotónicos. También depende en gran parte su frecuencia y su energía del estado de las vías y centros nerviosos que intervienen en el reflejo, y bien conocido es el hecho que se da en los neurópatas de acusar violentos accesos de tos con un pequeño estímulo. Por el contrario, cuando la excitabilidad nerviosa está disminuida o el individuo ha perdido el sensorio, la tos será escasa o nula aunque actúen sobre las zonas tusígenas los excitantes patológicos. Otro tanto ocurrirá cuando la musculatura espiratoria se encuentre en mal estado.

Por lo que respecta a la tuberculosis pulmonar, la tos es el síntoma más frecuente, estando condicionada su producción no sólo por la presencia de exudados que es necesario eliminar, sino también por la excitación que el tejido parenquimatoso experimenta por la acción traumatizante del bacilo, que ejerce sobre él una serie de complicados fenómenos histológicos.

Analiza a continuación los últimos trabajos llevados a cabo para la determinación de la vía que sigue el bacilo para llegar al pulmón, las reacciones que éste provoca en el parénquima pulmonar y su influencia en la producción de la tos, y la producción de material que ha de ser eliminado por las vías bronquiales.

Admitiéndose que el comienzo de la tuberculosis pulmonar es una alveolitis exudativa seguida a continuación de manifestaciones productivas, que constituirán la llamada inflamación perifocal, se explica que la compresión que este proceso inflamatorio produce en los alvéolos vecinos, que se encuentran atelectásicos o enfisematosos, o bien alguna metástasis linfógena, sea capaz de producir el reflejo tusígeno. Llegado el proceso a la fase bipolar, el ganglio puede infartarse extraordinariamente, a pesar de que el foco sea pequeño, y entonces los alrededores del ganglio y también los bronquios participan en el proceso, habiéndose denominado esto por Ranke catarro hiliar consecutivo a la periadenitis callosa.

En las formas gangliobronquiales no tumorales, la tos puede faltar en absoluto; no así en las tumorales, en que la tráquea se deja comprimir, presentándose la tos de timbre metálico. Según Garrel, la excitación del recurrente produciría la tos de excitación o coqueluchoide, que no es más que una tos quintosa, pero sin el llamado canto del gallo. La tos descrita por Garrel como de compresión es conocida también como tos perruna o ladadora; es fuerte, ruidosa, profunda, de timbre cavernoso, y proviene de la compresión de los bronquios por los ganglios intumescientes. La tos bitonal es más rara, tiene significación más grave y, según Marfan, sería ocasionada por la compresión del neumogástrico.



En las infiltraciones secundarias, en las que el foco principal está formado por un ganglio, la tos tendrá los mismos caracteres que en las enfermedades anteriormente descritas. El reflejo puede también producirse sin presión tumoral, mediante excitaciones de zonas tusígenas, por la inflamación perifocal. En estos casos puede ocurrir también, aunque más raramente, que se presente tos catarral húmeda.

En las diseminaciones hematógenas producidas por perforación de un bronquio, cesa la tos de excitación, persistiendo en ocasiones una tos seca acompañada de intensa disnea por disminución de la hematosis. En otros casos falta totalmente.

En las formas de comienzo de la tuberculosis del adulto puede ocurrir que la tos falte en absoluto; en otras ocasiones su presencia es de escaso relieve, lo que induce al práctico a pensar en un proceso gripal y frecuentemente también en el conocido recurso de la infección intestinal. En los cavitarios recientes aumenta la tos, y con ello la expectoración; con frecuencia la mala disposición del bronquio de drenaje hace los esfuerzos penosos, originando una congestión laringotraqueal, y por ende, produciendo más tos. Se refiere a continuación a la influencia de los cambios de posición en la producción de la tos. En las cavernas cirróticas o en las estacionarias hay mucha expectoración pobre en bacilos y rica en bacterias de asociación, pero la tos no suele molestar mucho.

Se han hecho infinidad de hipótesis para explicar la producción de la tos emética. Es cierto que se presenta en un tanto por ciento considerable de tuberculosos evolutivos, pero no lo es menos que también es frecuente en enfermos afectados de otras afecciones tuberculosas, en rinitis posteriores, bronquitis crónicas, bronquiectasias, gastritis crónicas de los bebedores, etc.

En los fibrocaseosos la tos no tiene nada de característico, variando según diversos factores.

Otro problema de gran importancia para el tisiólogo es la llamada *tusícula*. Podemos encontrarnos enfermos con tosecilla, en los que una cuidadosa investigación de sus órganos intratorácicos no pone de manifiesto la menor lesión parenquimatosa ni aneja. Todos los recursos modernos se estrellan sin descubrir alteración en el resto del organismo, y descartada la posibilidad de diagnosticar una tos refleja, no nos queda otro recurso que hacer el diagnóstico de tos nerviosa o el más vago aún de *tusícula*. En nuestra época se va viendo cómo cada vez va decreciendo más este diagnóstico.

Hace referencia a continuación a varios casos clínicos, terminando su comunicación con las siguientes afirmaciones:

Que la tos, en tuberculosis pulmonar, es la resultante de procesos histológicos encaminados a la eliminación de los cuerpos extraños, en este caso bacilos de Koch.

Que está en ocasiones producida también por compresiones nerviosas debidas al proceso de enquistamiento con que el pulmón intenta aislar la parte infectada.

Que está mantenida y aumentada en los enfermos crónicos por la congestión laringotraqueal, que ocasiona un verdadero círculo vicioso, por la producción de exudados y por los gérmenes de asociación, que producen supuraciones secundarias que el organismo intenta eliminar con la tos.

Que se pueden presentar casos de tuberculosos pulmonares que no tosan o lo hagan poco. En ellos la secreción

va ascendiendo por el movimiento de las pestañas vibrátiles hasta las cuerdas vocales y de allí es expulsada por simple espiración o pasa a la faringe para ser deglutida.

Es evidente que no podemos hoy hablar de que la etiología de la tos sea exclusivamente inhalatoria, ya que la llegada al parénquima pulmonar de los gérmenes se verifica principalmente por vía sanguínea y linfática.

Podemos afirmar también que se puede presentar tos en enfermos no afectados de afecciones intratorácicas, como en una enferma vista por mí, en que la tos cesó después de ser operada una ovaritis escleroquistica.

Y que su intensidad, forma y tratamiento varía extraordinariamente según la constitución del enfermo, fase de evolución, temperamento, educación, régimen de vida y condiciones en el momento del sistema nervioso vegetativo.

*Dr. García Triviño.*—Señala la existencia de casos de sujetos con lesiones tuberculosas intensas y extensas, a pesar de lo cual nos manifiestan con insistencia que no han tosido nunca y que, observados en distintas ocasiones, siempre encontramos comprobada esta afirmación suya. Por el contrario, lesiones insignificantes determinan en ocasiones una tos verdaderamente intolerable que agota al enfermo. Hace referencia a un tipo de tos descrito recientemente que suele presentarse en niños pequeños, y que se acompaña de un chirrido intenso, de un tono alto que llega a tener caracteres de tono metálico, lo que se atribuye por Freinhunt a la compresión de las paredes traqueales, que antes de los dos años no tienen todavía la consistencia que ya alcanzan más adelante.

Por lo que respecta a esos accesos de tos violenta que se acompañan de vómitos, generalmente se sostiene que el acceso de tos es lo que provoca el vómito; pero hay algunos trabajos que demuestran que, generalmente, no es esto, sino que se trata de una tos de origen gástrico, habiéndose demostrado que la repleción gástrica grande y la elevación del diafragma consiguiente es lo que determina este tipo de tos, y así esta tos la hemos visto combatida por un tratamiento dirigido a estómago.

Habla a continuación de la tos pleural, contenida por el propio enfermo por el dolor que provoca, y que suele ser bastante rebelde al tratamiento.

*Dr. Vallejo de Simón.*—Hace resaltar la importancia de la tos, que puede servir de valioso guía para el médico, a pesar de que hoy se hace poco caso de ella. En cuanto a la existencia de enfermos que no presentan este síntoma, indudablemente hay algunos; pero a este respecto hay que tener en cuenta que en ocasiones el enfermo nos dice reiteradamente que no tose, como un caso que yo tuve, y mientras estaba en la consulta presentaba una tos pequeña y repetida. Considera que son bastante frecuentes los casos de origen gástrico de la tos señalados por el Dr. García Triviño, habiendo tenido ocasión de ver enfermos con tos en relación con fenómenos hiperclohidricos, y que han cedido al ser tratados simplemente con bicarbonato.

*Dr. García Romero.*—Dentro del tema desarrollado caben una serie de problemas que podrían servir de base a ocho o diez comunicaciones. Por lo que se refiere a las variaciones en la acidosis y alcalosis debidas a la aceleración del metabolismo proteico en los tuberculosos, son capaces de hacer oscilar el sistema neurovegetativo, desde el vagotonismo hasta el simpaticotonismo, y hacer va-



# Remineralice con

## JARABE de FELLOWS

HIERRO

SODIO

POTASIO

FOSFORO

MANGANESO

CALCIO

para contrarrestar la merma de minerales tan marcada en tales infecciones agudas como: bronquitis aguda, coriza, la debilidad de la vejez, y las condiciones post-operativas.

El Jarabe de Fellows contiene todos los elementos esenciales en cantidades científicamente proporcionadas. El metabolismo defectuoso de las células ocasionado por la merma de minerales, se contrarresta rápidamente supliendo estos elementos en una forma que el cuerpo pueda asimilar con prontitud.

El Jarabe de Fellows lo hace rápida y eficazmente. Por eso es la preparación de más valor para estas condiciones.

Dosis que se sugiere: Una cucharadita tres veces al día bien diluida en agua.

### MUESTRAS A PETICION

Distribuidores en España:

SOCIEDAD ANONIMA DE DROGUERIA VIDAL-RIBAS,

Cortes, 639 — Barcelona

### ACADEMIA DE MEDICINA DE PARIS

PREMIO ORFILA  
1872



PREMIO DESPORTES  
1904

## DIGITALINE NATIVELLE

### CRISTALIZADA

**Obra más regularmente que todas  
las preparaciones de Digital**

Gránulos al 1/10 de miligramo. — Solución al milésimo.  
Ampollas al 1/4 de miligr. para inyecciones intramusculares.  
Ampollas al 1/5 de miligr. para inyecciones intravenosas.

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession — PARIS (XV<sup>e</sup>)

Drseger.



Asociación  
gitalina - Uab



Reemplaza con ventaja la  
Digital y Digitalina

Pequeñas dosis: 15 gotas diarias.—Dosis mediana: 30 gotas diarias.

LABORATOIRES DEGLAUDE

6, Rue d'Assas  
PARIS VI.<sup>e</sup>

Muestras y  
literaturas:

José M.<sup>a</sup> Balasch Cuyás (Farmacéutico)  
Avenida 14 de Abril, 440.—BARCELONA

## ORIGINALIDAD TERAPEUTICA

**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.

**NUTRIR:** 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, optitis, baños, heridas infectadas, etc., etc. Infalible siempre.

**Laboratorio EGABRO**

**CABRA (Córdoba) España.**

## METODO CITOFILÁCTICO DEL PROFESOR P. DELBET

COMUNICACIONES EN LA ACADEMIA DE MEDICINA  
del 5 de Junio, 10 de Julio, 13 de Noviembre 1928, 18 de Marzo 1930.

# DELBIASE

Comprimidos de Sales halogenas de  
**MAGNESIO**

ESTIMULANTE BIOLÓGICO GENERAL  
POR HYPERMINERALIZACIÓN  
MAGNESIANA DEL ORGANISMO

ÚNICO PRODUCTO PREPARADO SEGUN LA FORMULA  
Y DATOS DEL PROFESOR P. DELBET

PRINCIPALES INDICACIONES :

**TRASTORNOS DIGESTIVOS**  
**INFECCIONES DE LAS VIAS BILIARIAS**  
**PRURITOS Y DERMATOSIS**  
**TRASTORNOS NEURO-MUSCULARES**  
**ASTENIA NERVIOSA**  
**TRASTORNOS CARDIACOS POR HYPERVAGOTONIA**  
**DESORDENES URINARIOS DEBIDOS A LA HYPERTROFIA DE LA**  
**PROSTATA**  
**LESIONES DEL TIPO PRECANCEROSO**  
**PROFILAXIA DEL CÁNCER**

DOSIS . 2 o 4 comprimidos cada mañana en un medio vaso de agua

Laboratoire de Pharmacologie Générale, Dr Ph. CHAPPELLE  
8, rue Vivienne, PARIS

Muestra medical sobre pedido.

Muestra y Literatura : A. SERRA PAMIES S. A., Apartado 28,



# BARACHOL



Antisármico ideal. Obra por absorción medicamentosa y evaporación de gases, curando la sarna sin baños, sin desinfección de ropas y aplicando la pomada únicamente en las manos.

LABORATORIOS FAUS — VILLAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)



riar enormemente el síntoma, que yo llamaría síndrome, de la tos. Hay que señalar también la influencia de la constitución y del ambiente e incluso la psicología del enfermo.

Ya había hecho referencia anteriormente a la existencia de enfermos que no tosían, razonando por qué ocurría así. En cuanto a la tos de origen gástrico, hay que tener en cuenta cómo no se presenta en enfermos frenicectomizados del lado izquierdo. Naturalmente que un tratamiento de estómago disminuye notablemente esta tos, máxime si se emplean opiados, puesto que éstos disminuyen no sólo este reflejo gástrico, sino también todos los demás.

## La Sanidad en el Parlamento

*Continuación del debate sobre convalidación, con fuerza de ley, del Decreto incorporando al Ministerio de Trabajo los Servicios de Sanidad y Beneficencia.*

Nosotros creemos que el sistema que se ha seguido para desglosar los servicios de Sanidad y traspasarlos al Ministerio de Trabajo es perturbador, por lo menos. Nosotros hemos sostenido, en todo momento, que los diferentes servicios de la Administración exigen y requieren una transformación completa, pero siempre nos hemos opuesto a estas modificaciones esporádicas, a estas pequeñas enmiendas que no hacen más que engendrar una perturbación cada vez mayor en los servicios de la Administración pública.

Es funesto, a nuestro juicio, el sistema consistente (y en este caso, lo hecho seguramente obedece a eso en gran parte, no me lo negará el señor Ministro) en llevar de un sitio a otro ciertos sectores de la Administración, según la especial competencia o la especial afición de quien regenta una cartera. No se nos contraarguya que en distintos países de una Administración pública relativamente perfecta es ésta una práctica frecuente y habitual, porque, a pesar de todo, eso constituye (muchos lo han dicho en esos países) un defecto y, además, eso no ofrece serio peligro cuando se trata de ramos o sectores de la Administración que por su propio funcionamiento y por su tradición han llegado a consolidarse. El sistema, por lo tanto, nos parece malo.

No opondríamos, quizá, ningún inconveniente al examen de si procedería (y no es que sobre esto tenga ya nuestra minoría un crédito determinado) crear un Ministerio en el cual se agruparan los servicios relacionados con la Sanidad pública, no todos, sin exagerar; porque, si siguiéramos el camino que el Sr. Ministro iniciaba, llegaríamos al trastorno que, por ejemplo, produciría—y en ello coincidirá conmigo el Sr. Ministro—de incorporar al Ministerio que se creara la Sanidad castrense o la enseñanza de la Sanidad y de la Medicina, pero, en fin, aquellos que pudieran constituir un conjunto administrativo más homogéneo. Mas esto requiere un estudio orgánico, que es lo que no encontramos en este caso.

El Sr. Ministro, en la elocuente exposición que nos ha hecho, decía que no había oído los motivos que tenían para oponerse al proyecto los que lo combatían. Nosotros hemos de argüir que tampoco hemos visto, hasta que el Sr. Ministro habló, las razones y los fundamentos que hubiera para hacer el cambio, y ahora debo añadir que,

después de lo expuesto por el Sr. Ministro, nos reafirmamos y ratificamos en nuestra posición primitiva, que resumo diciendo, en primer término, que este sistema de modificación de servicios de la Administración pública nos parece funesto.

En segundo término, objeciones que nosotros tenemos que hacer al procedimiento. A nadie se le oculta (y en esto yo no veo un propósito deliberado de incurrir en ello) que el decreto incorporando los servicios de Sanidad al Ministerio de Trabajo es anticonstitucional. Seguramente esta medida se ha adoptado por equivocación; pero esto no lo enmienda lo que ayer decía el señor presidente de la Comisión cuando se refería al artículo 80 de la Constitución. Efectivamente, este artículo prevé en qué casos es posible legislar por decreto, pero advierte que en ellos se requiere la unanimidad del Gobierno, se necesitan los dos tercios de los miembros que constituyen la Diputación permanente de Cortes, que estará continuamente en funciones, y, por último, que cuando se reuna el Congreso acuerde la ratificación. En este caso se ha prescindido de todo esto, y con una precipitación que, a nuestro juicio, no está justificada, porque ya hemos visto que ese decreto no ha tenido efectividad hasta que de una manera subrepticia ha sido posible dársela, al aprobarse la prórroga del Presupuesto; de una manera precipitada, digo, se pide esa incorporación por un procedimiento desde luego ilegal, ya que no se han cumplido los preceptos de la Constitución. Con esto no quiero hacer ninguna inculpación; reconozco que seguramente ha sido un olvido, un desconocimiento (por no haber consultado a los organismos correspondientes) de lo que es el artículo 1.º de la ley de Sanidad, que determina que la Dirección general de Sanidad esté adscrita al Ministerio de la Gobernación.

Pero, en lo que respecta al procedimiento, nosotros tenemos que advertir otra cosa, y es que cuando se discutió la Constitución, y después en repetidas ocasiones, nuestra minoría ha insistido siempre que ha podido en lo que considera básico y fundamental para el buen funcionamiento del sistema parlamentario, y es que todos aquellos proyectos o medidas de Gobierno que se condensan en disposiciones de carácter legislativo deben ser estudiados por organismos técnicos. Nosotros llegamos a pedir una especie de Parlamento adjunto, o como queráis llamarlo, que fuera un Consejo o una serie de Consejos técnicos que se encargaran de dictaminar sobre las leyes que habían de venir al Parlamento. Este propósito nuestro no se logró en la Constitución, y entendíamos que era fácil realizarlo creando esos Consejos con representación de los distintos intereses y capacidades, que seguramente harían más fructífera la labor que en el Parlamento se había de desarrollar.

Sin embargo, eso no impide, ni a ello se opone la Constitución, que en los Departamentos ministeriales se utilicen y se amplíen aquellos medios de asesoramiento. En los Gabinetes anteriores, nuestros representantes en los Gobiernos trataron siempre de mejorar estos organismos consultivos, siguiendo esta nuestra política, y nos extraña sobremanera que, cuando en un Ministerio como el de Gobernación, del que depende la que era Dirección de Sanidad, existe un organismo que inspira confianza, desde el punto de vista técnico, al Ministro (y en otro evitado muchos inconvenientes y este marasmo dialéctico caso habría encontrado ocasión de modificarlo o deshacerlo), no haya sido consultado, con lo cual se hubieran



en que nos hallamos por una cosa tan nimia como el traspaso de un servicio ministerial a otro Departamento. Al parecer es nimia, pero en el fondo, no lo es, y voy a exponer por qué razón: por las consecuencias que para la efectividad de estas disposiciones sanitarias va a tener el traspaso de servicios del Ministerio de la Gobernación al de Trabajo.

Yo creo que un servicio, el de Sanidad, u otro cualquiera, puede estar, si tiene autonomía suficiente, como una Subsecretaría o una Dirección general en no importa qué Ministerio; pero es preciso que la legislación correspondiente se halle ajustada y otorgue las facultades necesarias para que la labor de ese servicio sea eficiente, y nos encontramos con que hay una ley del año 1855 que empieza diciendo: "Del Ministerio de la Gobernación depende la Dirección general de Sanidad"; con que todas las funciones de tipo ejecutivo y de Policía sanitaria, unas y otras urgentes, en muchos casos están, en virtud de la estructura misma de la ley, dispuestas de tal manera que, legalmente, los funcionarios que dependen de la Dirección y Subsecretaría de Sanidad no podrán proceder con la urgencia necesaria ni con la eficacia debida, si previamente esa ley no se modifica o se le dan atribuciones al Ministro de Trabajo que, en la actualidad, son de la competencia del de Gobernación.

Uno de los Sres. Diputados que han intervenido—no recuerdo quién—decía: "¡Ah!, pero ¿es que el juez no puede disponer de la Guardia civil? Evidente. En determinados casos, que marca la ley, tiene jurisdicción sobre la Guardia civil, sobre la fuerza pública. ¡Qué duda cabe! Pero nos es preciso tener el instrumento que nos va a faltar tan pronto se realice el traspaso de servicios, si no se hace al mismo tiempo una reforma orgánica total, si no se presenta una ley, que su señoría sabe que, en parte, ha sido dictaminada por el Consejo de Sanidad, que otorgue las funciones ejecutivas y policíacas necesarias al Ministerio a que pasen aquéllos. Pero aun así, nosotros seríamos enemigos de que los servicios de Sanidad pasaran al Ministerio de Trabajo. Pueden encontrarse, evidentemente, en casi todos los Departamentos servicios que guardan cierta analogía con la Sanidad. Hay que hacer una separación que, en todos los casos, es más o menos arbitraria. Depende de la estructura, de la forma que se dé a la organización central del Estado. En principio, bien podría estar, por nuestra parte, en uno o en otro Departamento; pero encontramos un grave inconveniente. El Ministerio de Trabajo, por su acción social, tiene acumulada una labor creciente que requiere una actividad directiva; no es lo mismo que otros Departamentos que tienen su estructura más o menos solidificada, que son Ministerios, por así decirlo, que andan poco más o menos que solos, sino que se trata de un Departamento que está en devenir, que está en formación. Otro tanto sucede con el servicio de Sanidad. Podrá darse la casualidad de que, en un momento determinado, la actividad, capacidad o competencia del Jefe del servicio pueda atender a cosas que, a mi juicio, son bastante dispares y hasta en ocasiones presentan una cierta incompatibilidad; pero esos casos que algunos Sres. Diputados han mostrado como puntos de contacto, muchas veces, enfocados desde un sitio o desde otro, presentan soluciones contradictorias que es muy difícil que la misma persona pueda hermanar, como sucede, desde luego, con todos los servicios ministeriales.

De manera que aun en el caso de que nosotros dispu-

siéramos una legislación que hiciera posible este paso sin cercenar la eficacia de los servicios sanitarios, por razones en que no entro ahora, pero que quizá en la discusión de las sucesivas enmiendas haya ocasión de exponer con más detalle, nosotros seríamos opuestos también a ello. Condensando diré que, lo mismo por el sistema equivocado, que por el procedimiento que se ha seguido y que, a nuestro juicio, no es el verdaderamente constitucional—aunque no hacemos hincapié en ello—que por las consecuencias que, dada la estructura de nuestra legislación sanitaria en la actualidad, eso, indefectiblemente, habría de acarrear, combatiremos el proyecto de ley presentado por el Sr. Ministro de Trabajo. (*Los señores Palanca y Armasa piden la palabra.*)

El Sr. VICEPRESIDENTE (Casanueva): La Comisión tiene la palabra.

El Sr. ARMASA: La Comisión no admite la enmienda del Sr. Negrín.

El Sr. VICEPRESIDENTE (Casanueva): Estamos en la totalidad.

El Sr. ARMASA: Pero iba a razonar algún punto muy interesante de lo dicho por el Sr. Negrín, y muchos correligionarios de S. S. han acogido este propósito y pre-disposición de la Comisión con extrañeza.

(Continuará.)

## ¡COMPAÑEROS!...

La clase médica atraviesa momentos de angustia, y en el horizonte próximo se ve una mayor cerrazón, presagadora de embates y dolores amargos. Nuestros organismos oficiales se mueven pesadamente, y por ello, sin ir contra nadie, una verdadera legión de médicos jóvenes se ha lanzado con una elasticidad nueva, con un empuje magnífico, sobre la resolución de los graves problemas de la clase. Nada se os exige. En esta organización no hay jerarquías ni prebendas. Todos somos iguales. Todos reciben orientaciones y todos pueden darlas. Un intercambio frecuente de ideas, una comunión de propósitos y aspiraciones, una solidaridad en la actuación es lo que nos dará el triunfo, es lo que nos evitará tanto daño. Si eres de Cataluña, colabora lo mismo, porque son también los mismos problemas que gravitan sobre los médicos.

Es un índice muy extenso el de los asuntos tratados en la prensa, y que requieren por parte de los médicos una actuación enérgica: son los cursillos de captación de falsos méritos, es la centralización de concursos y oposiciones para la provisión de plazas; es la defensa rápida y enérgica del médico titular y del percibo de sus honorarios; es su manumisión de los caciques rurales; es la defensa de los médicos libres, y es también la creación de una ética, de una moral y de un compañerismo nuevos; es la sanción y el "no olvido" del compañero malo, indisciplinado, Judas o esquírol; es la creación de nuevas titulares y de reglamentación de iguala y su consecuencia ineludible de recaudación corporativa; es creación de nuevas plazas así revalorizadas; es hacer el censo de médicos en paro forzoso y de los de percepciones exigüas; es la ayuda contra el paro; es la lucha tenaz contra la plétora médica, contra los cargos oficiales sin retribución, por la incompatibilidad de cargos, contra las consultas gratuitas, contra las sociedades de seguros. Sobre todo esto hemos escrito en la prensa los que actua-



mos. Es la hora ya de ir logrando desde lo de mayor a menor importancia, con una actitud enérgica y sin desfallecimientos. Proponed ideas, métodos; los recibiréis periódicamente. Mandad las adhesiones al Dr. Lozano Borroy, Valderrobres (Teruel).

Un saludo cordial.

G. VICÉN TRASMONTÁN.

Torre del Español (Tarragona), abril 1934.

## DE ACTUALIDAD

### Especialistas en un mes

A partir del artículo publicado por el compañero Lozano Borroy en las columnas de *La Voz Médica*, titulado " $4 \times 6 = 24$  (Pitágoras)", han sido varios los que han tratado del mismo asunto de los cursillos.

Conforme con todos ellos en que esto es un abuso que conviene cortar radicalmente, ya que en la inmensa mayoría de dichos cursillos no se aprende nada, absolutamente nada, en unos por su brevedad y en todos porque la mayoría de los asistentes no van más que por... los cuatro puntos.

Mas yo no culpo a los compañeros y estudiantes que asisten a ellos, sino a los organizadores. La verdad es que la mayoría de estos compañeros, mirando por el bienestar y la "cultura" de la clase, se sacrifican por ella, poniendo sus grandes conocimientos a disposición de sus compañeros. A estos "altruistas" seguramente se les acabaría todo su entusiasmo si los cursillos fuesen gratuitos. Esto de los cursillos no tiene, a mi juicio, más que una solución, cual es la de pedir no se computen en la ficha de méritos; si consiguiéramos esto, veríamos qué pronto se acababan, porque como entonces serían muy pocos los que asistiesen a ellos, sus organizadores, al ver la "escasa" concurrencia, desistirían de ellos.

De los compañeros ninguno ha tratado de unos cursillos cuya "exclusiva"—como si se tratara de un artículo—radica en una determinada ciudad: la capital de la República. Y estos cursillos son, a mi juicio, de tanta o más importancia que los demás a que se han referido, puesto que no sólo les sirve para computar unos puntos más, si que también para darles el pomposo título de médico-tocólogo.

Creo que con la sola enumeración de ello se habrán dado cuenta que me refiero a los cursillos que periódicamente (como las epidemias, cosa que no me extraña, porque para mí se trata de una nueva enfermedad profesional: la "tocologistis") se organizan en Madrid, y en los que en un mes, y mediante el pago de 175 pesetas, se capacita uno para médico tocólogo.

Y esto me parece francamente una inmoralidad. Bien está que a los legos en la materia se les haga creer que en un mes puede uno especializarse en obstetricia, pero a los profesionales no está bien que nos quieran hacer tragar ese paquete, ya que todos sabemos que por muy grande que sea la suficiencia de los profesores encargados de su enseñanza—y, desde luego, que para mí son personas de alta solvencia profesional, honrándome en reconocerlo públicamente—, en un mes no puede nadie especializarse en esa disciplina. Esto por un lado. De otra parte, es también una inmoralidad porque, sentado

de antemano que no se puede adquirir la especialización en ese tiempo, no hay derecho a enviar a un pueblo un especialista de 175 pesetas, fabricado en serie, como los automóviles, para que sea el árbitro de dos vidas. Reconozco que algunos de los que asisten a dichos cursillos lo hacen porque les es preciso para adquirir el título que los faculta para concursar las plazas de médico-tocólogo, pues sus conocimientos son amplios y están verdaderamente enterados de la especialidad.

Mas, por desgracia, son los menos los que se encuentran en dichas condiciones, y la mayoría salen del cursillo tan "limpios"—dicho sea en términos estudiantiles—como antes.

Siempre he pensado que dichos cursillos no servían prácticamente para nada, y, por lo tanto, opino que deben tomarse dos caminos: o pedir la supresión de dicho requisito para tomar parte en estos concursos, o bien que las plazas se provean por oposición, con arreglo a un programa más amplio de la especialidad.

Lo ideal sería enviar a los pueblos verdaderos especialistas, que harían un brillante papel y no sucedería lo que está pasando: que mientras las cosas van bien, las resuelven—como hemos hecho siempre los médicos titulares, sin necesidad de cursillo—; pero al menor inconveniente, ya están pidiendo la ambulancia de la Brigada Sanitaria, porque "la escasez de medios disponibles en el pueblo le impide hacer lo necesario".

Quiero hacer presente que con esto no trato de censurar a mis compañeros los tocólogos municipales, ya que la culpa de esta falta de capacidad especialista no es de ellos, sino de quienes les han querido hacer ver que con un cursillo de un mes se especializaban. Seguramente que si para concursar esas plazas les exigieran más, habrían adquirido más conocimientos en la especialidad; pero como no les piden otra cosa, hacen bien en atenerse a ello solamente.

La culpa no es toda tampoco de los organizadores, puesto que lo hacen porque una disposición oficial les facultó para ello. El—o los—verdaderamente culpables es—o son—los que aconsejaron a quien dictó esa disposición, pues como médico debía saber que en un mes no se puede especializar nadie y, por lo tanto, que lo mismo sabríamos de partos antes que después de dicho cursillo. Y así no se engañaba a nadie, puesto que no hay derecho a hacerles creer a los pueblos que tienen un especialista, cuando en realidad lo que tienen es un médico general más.

Váyase, pues, a la supresión del requisito de dichos cursillos, y mientras se estudia otro modo de provisión, autorícese a que dichas plazas se provean únicamente por médicos I. M. de S., sin que sea preciso el poseer el título (?) de médico-tocólogo.

O lo que sería mejor: suprimir dichas plazas, pues el tiempo ha hecho que cada día me afirme más en la opinión que formé cuando se crearon: que en el medio rural—por sus características y falta de ambiente—no resolverían nada. Todos sabemos, efectivamente, que la inmensa mayoría de los médicos-tocólogos—por no decir la totalidad—viven de la medicina general. Es más: conozco un caso de una ciudad levantina en la que el médico-tocólogo desempeña la plaza de médico de un distrito, y así no hay que proveerla, con lo cual el Ayuntamiento se ahorra un sueldo y los compañeros otro más que les haga competencia.



Mi opinión concreta en este asunto es que se suprimieran las plazas de médicos-tocólogos, y donde existen, pasasen a desempeñar una titular más. Volviendo la asistencia a los partos donde no debió jamás de separarse: a los médicos titulares.

JOSÉ DOLSET CHUMILLA.

### Bodas de plata de la promoción médica de 1909

En el próximo mes de mayo, la promoción del año 1909 celebrará sus bodas de plata con la profesión. El Comité organizador está formado por los Sres. Maraño, Salvador Pascual, Ruiz Falcó, López Durán, Coca y Fernández Criado.

Se ruega a los compañeros de ella que envíen su adhesión al domicilio del Sr. Fernández Criado, calle de Alcalá-Zamora, 24, Madrid.

### Cátedra de Patología general

CURSO (B) DE INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA PARA MÉDICOS

Constará este curso, que comenzará el día 30 de abril, de 20 lecciones teorico-prácticas, a cargo del Dr. José Miñana Hernández, jefe del Servicio de Radiodiagnóstico de la citada cátedra. El número de alumnos se limita a 15. Podrán obtener certificado de aptitud los alumnos que al final del mismo demuestren tener los conocimientos suficientes.

#### Programa.

Tórax normal (una conferencia).—Técnica de exploración (una).—Control anatómico (una).—Bronquiectasias (una).—Lesiones no tuberculosas del pulmón (una).—Estudio del vértice (una).—Tuberculosis del niño y del adulto (seis).—Radiografías estereoscópicas y de diagnóstico diferencial de las sombras redondeadas del hilio (dos).—Radioscopias y calcos radiográficos (tres).—Radiodiagnóstico de las enfermedades del esófago, estómago e intestino (tres).

Precio de la inscripción, 125 pesetas.

## SECCION OFICIAL

Gaceta del 14 de abril de 1934:

Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión. Subsecretaría.—Disposición ampliando hasta el 31 de mayo próximo el plazo para presentar las instancias para aspirar a las plazas de enfermero y enfermera psiquiátricos del Dispensario de Higiene Mental.

Nombramiento del tribunal que ha de juzgar los ejercicios del concurso-oposición a la plaza de médico encargado del Dispensario de Higiene Mental: Presidente, don Gonzalo R. Lafora; vocales: D. Enrique Fernández Sanz, D. César Juarros, D. Miguel Prados Such y don José Germás Cebrián. Asimismo se abre un nuevo plazo de presentación de instancias, que durará quince días, a contar desde el siguiente a la publicación del anuncio.

Disposición de que se celebren inmediatamente las oposiciones para cubrir una plaza de jefe de Sección de Medicina en el Instituto Nacional del Cáncer.

Anuncio convocando concurso-oposición para proveer una plaza de odontólogo de los establecimientos de la Beneficencia general.

Gaceta del 17 de abril de 1934:

Ministerio de Instrucción Pública.—Anunciando, para su provisión por oposición, turno libre, la cátedra de Anatomía topográfica y su técnica, vacante en la Universidad de Santiago de Compostela.

## GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 709,2; ídem mínima, 696,1; temperatura máxima, 25,8°; ídem mínima, 5,2°; vientos dominantes, SO.

Tras de las lluvias abundantes, subida rápida, pero no brusca, del barómetro y buen tiempo, si bien no muy seguro. En la salud se ha traducido esta transformación en un alivio, rápido también, de los procesos reumáticos y de los catarros crónicos; pero el intenso calor, especialmente el del día 16, trajo como consecuencia nuevos enfriamientos ligeros, cuya nota más característica ha sido la afonía.

En los niños disminuye el sarampión; pero en algunos de los que lo padecieron hace pocas semanas han reaparecido exantemas, que se han interpretado de manera diferente. Muchas veces se ha hecho el diagnóstico de escarlatina; sin embargo, los caracteres del nuevo brote, y especialmente su rápida desaparición, obligan a algún escepticismo antes de aceptar como seguro ese diagnóstico.

## CRONICAS

Médico sustituto se ofrece a compañero o pueblo donde no haya médico. Dirigirse a D. Manuel Martínez. Santo Domingo de la Calzada (Logroño).

Indicaciones del forceps y técnica operatoria del mismo, por el Dr. D. A. Paulino Pons. Prólogo del Dr. R. Ramón y Cajal. Un tomito con numerosos grabados, 4 pesetas.

Tratado práctico de Etiqueta y distinción social, quinta edición. Distribución esmerada por asuntos. 4 pesetas ejemplar.

La úlcera gástrica.—Con el presente número adjuntamos prospecto de los Laboratorios Juste, en el que se recuerda a nuestros lectores el empleo de "Pepsin" para el tratamiento de la úlcera gástrica.

Veán nuestros suscriptores en la página XXI de anuncios la lista de libros que tiene a la venta EL SIGLO MEDICO.

### SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados)

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Unico preparador en España: DOCTOR GIRAL, catedrático y Académico.—Atocha, 35.—Teléf. 10028.—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.

**Sil - Al** Silicato de aluminio, fisiológicamente puro  
Laboratorio Gámir, VALENCIA - J. Gayoso, MADRID

Bolaños y Aguilar (S. L.). Talleres gráficos. Altamirano, 50, Madrid.



# 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  
Antrax. Escarlatina. Gripe.*

## NO PRESENTA CONTRAINDICACIONES

USO. - Casos agudos: una cucharada grande, diluído en agua, cada dos horas.

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

DEPOSITO GENERAL

VENTA EN FARMACIAS

**LABORATORIO  
QUÍMICO - FARMACEUTICO  
DEL DR. B. OLIVER Y RODES**

CONSEJO CIENTO 308 · BARCELONA

# Lipiodol

## Radiológico

Acelte 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<sup>o</sup>**,  
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

## DOS NUEVAS MONOGRAFIAS

### Las helmintiasis intestinales más frecuentes en patología humana

Por el Dr. **Santiago Larregla**

Y

### MANUAL DE SIFIOLOGRAFÍA

Por el Dr. **Javier María Tomé Bona**

Dos nuevas monografías que vienen a completar esta colección de libros PRACTICOS,  
UTILES, NECESARIOS y ECONOMICOS



Haga los pedidos a **EL SIGLO MÉDICO** de las Monografías

- XI.—Las helmintiasis intestinales más frecuentes en patología humana, por el Dr. Larregla. . . . . **1,75** ptas; para los suscriptores, **1,50**
- XII.—Manual de Sifiografía, por el Dr. Tomé y Bona. . . . . **2,50** ptas; — — **2,00**



# IODASA BELLOT

## Solución titulada de IODO PEPTONA - BELLOT SIN IODISMO

Cada V gotas contienen un centigramo de iodo combinado con la peptona. XX gotas obran como un gramo de ioduro alcalino.

Dosis media: Niños, de V a XX gotas. Adultos, de X a L gotas. Escrófula, raquitismo, artritis, reumatismo, arterioesclerosis, enfermedades del corazón y de los vasos, asma, enfisema, linfatismo, bocio, infartos glandulares, obesidad, sífilis.

L IODASA se prepara en España desde el año 1907  
F. BELLOT. - Antonio Lopez, 163. - MADRID

## Correspondencia administrativa

Sólo la correspondencia que venga acompañada del franqueo correspondiente será contestada por carta directa.

Cuando nos remita un giro postal y nos comunique el envío, no olvide indicar el número del giro.

Don Pascual Alonso, pagado fin diciembre 1934.

Don Fermín Hervelle, ídem íd.

Don Pedro Parreño, ídem íd.

Don Luis Tovar, ídem íd.

## ESTAFETA DE PARTIDOS

Se advierte a los compañeros que piensen solicitar la titular de Tribaldos (Cuenca) que el médico que la desempeña interinamente tiene contratado el igualatorio, solicitando también dicha plaza. Pidan informes al Ayuntamiento.

—Se permuta partido médico de cuarta categoría; asciendo el igualatorio a 6.000 pesetas, más 1.650 de titular. Lugar a 90 kilómetros de Madrid, buenas vías de comunicación, por otro de igual categoría en las provincias de Madrid o Guadalajara. Para más detalles dirigirse a don Lorenzo Agudo, Auñón (Guadalajara).

## Indicaciones del FORCEPS y técnica operatoria del mismo

Primeros párrafos del Prólogo de D. P. RAMON Y CAJAL

«Incompetente para hacer del libro meritisimo del Dr. Pons, titulado «Indicaciones del forceps y técnica operatoria del mismo», una crítica circunstanciada y digna, me contraeré a manifestar que, sin hipérbole alguna, reputo dicha obra como la más sencilla, completa y práctica que se ha publicado hasta ahora sobre tan interesante argumento.

Aunque el autor anuncia en el corto proemio que precede a su disertación que su propósito se reduce a realizar una labor meramente recopiladora, el lector se convencerá pronto de que el Dr. Pons ha logrado realizar más altos objetivos, puesto que, en bastantes ocasiones, su obra aparece realizada por conceptos originales y oxornada también con atinados juicios y felices comentarios.»

## ¿Viene usted a Madrid?

Hospédese

## Hotel Los Leones de Oro

(entre Puerta de Sol y Gran Vía)  
Calefacción :: Baños

Precios económicos : Muchas atenciones para los medicos  
Hotel Los Leones de Oro.-Carmen, 30.-Madrid

Don Arturo González, ídem íd.  
Don Emilio Marín, ídem íd.  
Don Jaime Alvarez, ídem íd.  
Don Manuel Bernal, ídem íd.  
Don Bonifacio Menéndez, ídem íd.  
Don Abelardo Lorenzo, ídem íd.  
Don Esteban Alberca, ídem íd.  
Don Luis Coderque, ídem íd.  
Don Antonio Cerrato, ídem íd.  
Don Arturo Belmonte, ídem íd.  
Don Jesús López, ídem íd.  
Don Francisco Alonso, ídem íd.  
Don Julio Pascual, ídem íd.

## JARABE

CLOOFOSFATO  
CALCICO GELATINOSO

## ALMERA

es el preparado de fosfato de cal de más fácil ABSORCION y el más ASIMILABLE

Superior a todos sus similares, siendo el más activo de todos los reconstituyentes



Más de 37 años de éxito creciente

De venta en: Xuclá, 21, Barcelona, en la Farmacia Almera y Laboratorio, P.<sup>a</sup> de Guimerá, 14, Vilasar de Mar y en las principales Farmacias y Droguerías

## Sanatorio Psiquiátrico ESQUERDO. Carabanchel Alto

DIRECTOR: DR. JAIME ESQUERDO SAEZ



Informes y correspondencia

AL DIRECTOR

MADRID. — Alfonso XI, 7.—Teléfono 16962. —Carabanchel Alto. Sanatorio. Teléfono 20.

Don Segundo Velasco, ídem íd.  
Don Serafín Bohorque, ídem junio de 1935.  
Don José González, ídem diciembre de 1934.  
Don Miguel Maseras, ídem octubre de 1934.  
Don José Soler, ídem diciembre de 1934.  
Don Romualdo Villarroya, ídem íd.  
Don Joaquín López, ídem íd.  
Don Martín Aramburu, ídem íd.  
Don Federico Cuadrado, ídem íd.  
Don Julián Cortés, ídem íd.

(Continúa en la página XXII.)



cas. He aquí dos ejemplos que lo demuestran:

"Si la cabeza de un hombre está cubierta de costras que le causan desazón, se la fricionará con azufre mezclado a aceite de cedro."

Y como contraste:

"Un hilo de torzal lo doblarás dos

**BENZOFORMINA**  
PRODUCE FORMOL  
Y DESINFECTA ORGANISMO

veces, lo anudarás siete, y en tanto que lo anudes recitarás el canto, y el enfermo curará."

#### Los judíos.

Nuestro conocimiento de la medicina judía antigua no deriva de ningún tratado médico, sino únicamente del Antiguo Testamento y del Talmud, de tal manera que, por la naturaleza misma de nuestras fuentes, poseemos muy escasos detalles para formarnos una idea correcta del nivel de la ciencia médica de este pueblo. En el Antiguo Testamento se encuentran muy escasas indicaciones sobre los procedimientos médicos: tan sólo uno o dos para el tratamiento de las heridas (Isaías, I. 6.º, Ezequiel XXX, 21), y todavía menos sobre las enfermedades. El interés principal de los libros de Moisés nace de la preeminencia de los judíos sobre todos los demás pueblos de la antigüedad en el dominio de la higiene pública y social. Como sobre este punto ha escrito el inglés J. H. Bass en su "Outlines of the History of Medicine": "Como hombre de Estado, Moisés no consideraba la medicina más que desde un punto de vis-

ron atacados de lepra. Hace falta tener en cuenta que estas reglas de higiene, con objeto de cultivar el vigor de la raza, se fundaban en la convicción que tenían los israelitas de representar al pueblo elegido.

La hospitalidad fué siempre considerada por ellos—dice Jewish—como un deber, y la caridad sistemática formaba un trazo dominante de su vida religiosa. Estaba organizada en todas sus comunidades; las visitas a los enfermos figuraban entre sus deberes prescritos. Instituyeron "casas para los extranjeros", si bien no sabemos si éstos disponían de algún beneficio en caso de enfermedad. Estas casas, que servían tanto para los extranjeros como para los enfermos, aparecen a nuestros ojos como el prototipo de los hospitales de la actualidad.

#### La India.

La literatura hindú más antigua la encontramos en los Vedas, o libros sagrados, escritos en lengua sánscrita (de la raíz sánscrita "vid"—ciencia o conocimiento), y considerados algu-

**Jarabe Bebé.-Tetradinamo.-Septicemiol.-Purgantil (Jarabe de Frutas)**  
(Véase anuncio, página IV.)

nas veces como los más antiguos que existen escritos ("Bhagavat Sinhaji", página 20). La cronología hindú es bastante oscura, pero la fecha más a menudo asignada a los Vedas es la de 1600 años antes de J. C. (Cordier, pág. 21). Su interés, para nosotros, se halla en que es en estos libros donde la medicina está mirada como un don de Dios y ocupa ya un lugar importante. En el "Rig Veda" (ya se sabe que los cuatro principales Vedas son: el "Rig Veda", el "Yajur Veda", el "Sama Veda" y el "Atharva Veda", la enfermedad es considerada todavía como un resultado de la cólera divina, y en contramos en él numerosos himnos y suplicas a los Ashvini-Kumans, los "hermanos gemelos del sol" o médicos divinos, para implorar el socorro en las enfermedades. Encontramos en el "Atharva Veda" un gran número de cantos y encantamientos contra la enfermedad. (Cordier.)

"En la India, al igual que todos los demás países, se han propuesto cantos y rezos para guardar la salud con mucha antelación a la medicina. Fué en ésta el primer médico un sacerdote, un "Bhisag-Atharvan" (es decir, doctor mágico), que en la sociedad de aquella época ocupaba una posición superior a la de un cirujano." ("Sushruta-Samhita", introducción, página 15.)

Aparte de los cuatro libros principales ya citados, existían también Vedas suplementarios (Upavedas), entre los cuales el que más nos interesa es el "Ayur Veda" o "Ciencia de la Vida", desgraciadamente perdido; se cree por muchos que éste fué inspirado por el mismo Brehma ("Bhagavat Simhaji", pág. 24). Comprendía ocho

**GOTAS SANGUINEAS**  
**ROYEN**

partes, en las que se trataban la medicina, la cirugía, la medicina de los niños y otras partes de la primera de idéntico interés; de este libro y de otros, al igual que éste también perdidos, es donde varios autores han podido sacar los Samhitas (Ibid., página 33), o trozos de origen, para ellos, divino.

En los dos más célebres Samhitas, el uno quirúrgico y el otro médico, el interés esencial reside, para nosotros, en los detalles sobre los hospitales y sus asistentes (enfermos).

El tratado quirúrgico ("Sushruta-Samhita") es probablemente el más antiguo, bien que algunos críticos (Garrison, Briau, Lietard) hayan asignado a las dos obras la misma época: el siglo IV antes de J. C. Según las fechas que se hayan adoptado, se sacará la conclusión de que el sistema médico hindú es primitivo y enteramente indígena.

En todo caso, y cuales sean las fechas o las fuentes, el "Sushruta-Samhita" no puede dejar de llamar la atención del lector por el estado de avance de la cirugía que descubre, especialmente en lo referente a las operaciones de rinoplastia y de

**ALMORRANAS las cura la**  
**Morroidina - Monturiol**  
Pida muestras a San Bernardo, 60, farmacia

ta puramente político." La clasificación de los alimentos, la higiene de las mujeres después del parto y la eliminación de las impurezas estaban reglamentadas muy minuciosamente. Los capítulos sobre la lepra (Levy, XIII y XIV), de su diagnóstico de la cuarentena y de la purificación después de la cura son del más grande interés. Asistimos probablemente aquí, dice Pagel, a la primera tentativa realizada para hallar y diagnosticar los síntomas precursores de una enfermedad. Se cuenta también la separación de los reyes Azarías y Ozafías cuando fue-

**96% EQUIVALENTES**  
**Elixir CALLOL**

intervenciones provocadas por enfermedades de los ojos. "Ha sido en la India—dice Garrison—donde la cirugía ha conocido el mayor grado de perfeccionamiento en toda la antigüedad." Otro punto digno de atención es la dignidad exigida al médico por el "Sushruta": "Será limpio en sus vestiduras, irá afeitado y no dejará que crezcan sus uñas. Irá vestido de blanco, con sandalias, y llevando en la mano un bastón o un gran quitasol, y deberá lanzar sobre todas las criaturas la mirada llena de dulzura y bienaventuranza del amigo. El médico abjurará de la compañía de las mujeres,



y se abstendrá de galantear con ellas."

Las descripciones de los "asistentes" masculinos son muy semejantes en los dos "Samhitas", siendo ambas muy significativas:

"El médico, el paciente, la medicina y los "asistentes" son los cuatro factores esenciales del tratamiento médico... Si el médico no vale, los otros tres elementos—continúa el texto—no tendrán éxito.

"Enfermero sólo es propio para este fin un hombre de sangre fría, vigoroso, amable en su trato, no mediatizado por nadie y atento a las necesidades del enfermo, siguiendo estricta e infatigablemente las instrucciones del médico."

En el "Charaka-Samhita" leemos: "Enfermero.—El conocimiento de

**Borolumyl** (sin bromuro), medicamento racional y muy activo contra la **EPILEPSIA**, **VOMITOS DEL EMBARAZO**. Tolerancia absoluta. Sedante del sistema nervioso.

los procedimientos por los cuales las drogas se preparan y componen, la inteligencia y el amor al enfermo, la pureza del espíritu y del cuerpo son las cuatro cualidades que distinguen al asistente-enfermero."

Notemos que la lealtad absoluta hacia el médico—ideal inculcado por todos los libros de ética moderna para uso de enfermeros, pero perdido de vista hasta una época aún muy cercana—tenía la misma importancia para los antiguos hindúes que para nosotros tiene hoy en día.

En materia de higiene personal, los

**S A R N A**

Cúrase con **SULFURETO CABALLERO**

hindúes eran muy meticulosos, y toda su "toilette" se hallaba subordinada por sus prácticas religiosas. El baño lo consideraban como un axioma: "El baño purifica el cuerpo, devuelve la virilidad y da longevidad, nos evita la fatiga y nos quita el sudor y la suciedad, al tiempo que nos da un gran vigor." En el "Sushruta-Samhita" (volumen XI, páginas 487 y siguientes), se consagra todo un capítulo a los beneficios que el baño produce, y también a los que da el masaje; habla asimismo de los cuidados de los dientes y del pelo. En las Leyes del Manu ("A. B. Keith History of Sanskrit Literature", 1928, pág. 221), hacia el año 200 de nuestra era, se encuentran innumerables recetas de higiene personal y familiar, de higiene de la ali-

mentación, que han sido muy juiciosamente comparadas a las Leyes de Moisés (Cordier). A fin de salvaguardar la salud nacional, se sabe que en cada pueblo existían un médico y un hospital ("Charaka-Samhita", vol. I, sección XV, págs. 168 y siguientes).

## CARABAÑA: el mejor purgante

"En primer lugar, se deberá construir una gran casa espaciosa y provista de numerosos cuartos. Una parte por lo menos de ella deberá estar expuesta a un sitio donde corra un buen aire. No estará expuesta, por el contrario, ni al humo, ni al sol, ni a las polvaredas, ni a los ruidos perjudiciales, ni a los seres y olores malignos...

"Después de esto, es necesario asegurar un cuerpo de asistentes de buena presencia, que se distingan por la pureza de sus costumbres y que se hallen unidos a la persona que los dirija por su inteligencia y habilidad; inclinados a la bondad y aptos para cualquiera que sea el servicio que el paciente pueda requerir; expertos en el arte de preparar los alimentos y familiarizados con el masaje y la fricción de los miembros; sabedores de seguir al enfermo en sus idas y venidas y de hacer las camas como a dar la vuelta en ellas a los pacientes; competentes en dosificar las drogas, y siempre prestos, pacientes y hábiles para velar a todo aquel que sufra. Y que jamás tengan un gesto o un acto de mala voluntad, cualquiera que sea el acto que el médico les encomiende o el enfermo les pida."

Los hospitales de Ceylán se beneficiaron merced a la gran magnificencia de los reyes; el rey Dootoogameny, que murió en el año 137 antes de Jesucristo, enumera entre las buenas acciones que ha hecho que... "fueron contruidos hospitales en dieciocho sitios de la ciudad, y los tratamientos médicos y de alimentos eran servidos inmediatamente por las tiendas reales" (E. Upham: "The Mahavansi", 1833, volumen I, pág. 199). En las Indias se toman medidas análogas, que se prescriben por medio de los edictos del rey Asoka, que murió el año 26

## CONTRA LAS NEURALGIAS ACONSEJAD

## Cerebrino Mandri

antes de J. C., y que decían y ordenaban que los hospitales fueran proveídos de medicinas y drogas.

Jamás se ha podido explicar uno de manera satisfactoria cómo la gran-

diosa civilización hindú ha podido experimentar una tan grande y rápida decadencia. La invasión y la conquista por los pueblos menos civilizados o la degeneración física de la raza pueden muy bien haber contribuido a ello. Sin embargo, queda como clara e imborrable verdad que entre los años 800 antes de J. C. y 1000 de nuestra era los hindúes podían sostener una comparación con los pueblos de Occidente en la mayor parte de las artes, y sobre todo, el bello y humano arte de curar.

## Grecia.

La medicina griega, en sus primeras fases, se halla estrechamente unida a la de otras naciones, y se remonta, al igual que en los otros, a orígenes di-

## CALCINHEMOL ALCUBERRO

PODEROSO ANTIANEMICO

**ALCALA, 88. — MADRID**

vinos: Asklepios (Esculapio) era considerado por los griegos como el dios de la curación, y era para ellos el hijo de Apollon.

Los médicos son ya mencionados por Homero, quien, entre los grandes generales Machaon y Podalire, cita a los "irreprochables médicos", hijos de Asklepios ("Iliada", II, 731). Sus funciones, como hace suponer la "Iliada", poema, ante todo, guerrero, son más quirúrgicas que médicas, y consisten en curar las heridas de los combatientes. Sobre esto, es para todos un buen recuerdo el pasaje de la "Iliada" en

## JARABE ALMERA

A BASE DE FOSFATO DE CAL  
GELATINOSO, EL MAS ASIMILABLE

que es curado Menelao por Manchon con bálsamos y calmantes ("Iliada", IV, 213).

Es digno de notar que en una época tan ya lejanamente ida como es la de Homero (aproximadamente 1200 a 1000 años antes de J. C.), los médicos formasen una clase absolutamente distinta de la de los sacerdotes. Su importancia se pone de manifiesto en el pasaje de la "Iliada" (XI, 514) según el cual el médico "es un hombre que bien vale más que los demás". La intervención de las mujeres no se menciona como enfermeras, si bien en la historia de una mujer de la obra se dice "que conocía muy a fondo el manejo de las drogas" ("Iliada", XI, 739).

(Continuará.)



# Publicaciones de EL SIGLO MEDICO

## CONTESTACIONES MONOGRAFÍAS

al Programa oficial vigente para  
OPOSITAR

las vacantes de Médico titular Inspector  
Municipal de Sanidad

En una sola obra la preparación completa

Redactada por los doctores Carlos María Cortezo, Federico González Deleito, Antonio Fernández Martín y Francisco Javier Cortezo.

MEDICINA

CIRUGÍA

HIGIENE

LEGISLACIÓN SANITARIA

4 TOMOS

1.600 páginas

25 ptas. la obra completa

Precio por cada tomo por separado, 10 ptas.

PASEOS  
DE UN

## SOLITARIO

Hombres y mujeres de mi tiempo.  
Recuerdos, anécdotas y Memorias de

**CARLOS M.<sup>A</sup> CORTEZO**

Dos tomos, 8,50 para los suscriptores de  
EL SIGLO MÉDICO

## UN MÉDICO RURAL

Novela original de BALZAC

Traducida por D. Marcelino Pastor

Con revisión y prólogo del Dr. D. Carlos María Cortezo

Portada de López Motos

4 pesetas ejemplar

## FORMULARIO CRÍTICO POR LAS CLINICAS DE EUROPA

SE ENCUENTRAN A LA VENTA LOS SIGUIENTES TOMOS:

- I A 7 pesetas (segunda edición).
- II B C (agotado y en reimpresión).
- III D E 8 pesetas (segunda edición).
- IV F G H 7,50 pesetas.
- V I J K L 7,50 pesetas.
- VI M N 7,50 pesetas.
- VII O 7,50 pesetas.
- VIII P (hasta Parto). 8,50 pesetas.

Se encuentran a la venta las siguientes:

|                                                                                                                                                                                                                               | Suscrip-<br>tores<br>Ptas. | No sus-<br>criptores<br>Ptas. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| I.—Hemoptisis tuberculosas y no tuberculosas, por el Dr. Valdés Lambea.....                                                                                                                                                   | 1,50                       | 1,75                          |
| II.—La demencia precoz, por el Dr. Vallejo Nágera.....                                                                                                                                                                        | 1,50                       | 1,75                          |
| III.—Diagnóstico y tratamiento de las dermatosis más frecuentes, por el Dr. Javier María Tomé y Bona (2. <sup>a</sup> edición).....                                                                                           | 1,50]                      | 1,75                          |
| IV.—Los problemas clínicos de la úlcera del estómago, por el Dr. Fidel Fernández Martínez (de Granada).....                                                                                                                   | 1,50                       | 1,75                          |
| V.—La blenorragia aguada y su tratamiento, por el Dr. Angel Pulido Martín.....                                                                                                                                                | 1,50                       | 1,75                          |
| VI.—El médico rural ante las distocias más frecuentes, por el Dr. Vital Aza (2. <sup>a</sup> edición).....                                                                                                                    | 1,50                       | 1,75                          |
| VII.—Los problemas clínicos del estreñimiento rebelde, por el Dr. Fidel Fernández Martínez (de Granada).....                                                                                                                  | 1,50                       | 1,75                          |
| VIII.—La epilepsia, por el Dr. José María de Villaverde.....                                                                                                                                                                  | 1,50                       | 1,75                          |
| IX.—El médico práctico ante la difteria y sus complicaciones. Intubación laríngea, por el Dr. García Vicente, y Alteraciones de la voz. Laringitis y ronquera, por el Dr. Huar-<br>te Mendicosa. (Dos monografías en una.)... | 1,50                       | 1,75                          |
| X.—El tratamiento del reumatismo, por el Dr. Federico Peco y M. Sellés.....                                                                                                                                                   | 1,50                       | 1,75                          |
| XI.—Las helmintiasis intestinales más frecuentes en patología humana, por el doctor Santiago Larregla.....                                                                                                                    | 1,50                       | 1,75                          |
| XII.—Manual de sifiliografía práctica, por el Dr. Javier María Tomé y Bona.....                                                                                                                                               | 2,00                       | 2,50                          |

## EL JURAMENTO DE HIPÓCRATES

según la traducción de Lit'tré

Tirada hecha en gran papel con preciosa orla  
veneciana

Cada ejemplar 1 peseta

## FOLLETOS DE INTERÉS PRÁCTICO

Editados por EL SIGLO MÉDICO

|                                                                                                                              | Pesetas |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Código Penal Vigente.....                                                                                                    | 2,00    |
| Reglamento de la ley de Accidentes del Trabajo en la industria.....                                                          | 2,00    |
| Estudio histórico crítico de la Legislación Sanitaria Española.....                                                          | 1,50    |
| Reglamento y Programa vigentes para las oposiciones a ingreso en el Cuerpo de Sanidad de la Armada.....                      | 1,50    |
| Programa oficial vigente para las oposiciones a ingreso en la Academia de Sanidad Militar.....                               | 1,25    |
| Reglamento y Programa de oposiciones a las vacantes de médico de la Lucha Antivenérea.....                                   | 2,00    |
| Reglamento y Programa oficial vigente para oposiciones a plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad..... | 1,50    |
| Reglamento para la provisión de vacantes de médicos y farmacéuticos titulares.....                                           | 1,50    |
| Estatutos de los colegios oficiales de médicos.....                                                                          | 1,50    |

**AVISO IMPORTANTE.**—No serviremos ningún libro sin previo pago. Los reembolsos tendrán un aumento de 0,75 pesetas, por pequeño que sea el pedido.

Ayuntamiento de Madrid



## Polifosforina

POLVO — COMPRIMIDOS  
INYECTABLES

Agotamiento físico e intelectual

LABORATORIOS FEBUS  
WAGNER, 51  
BARCELONA

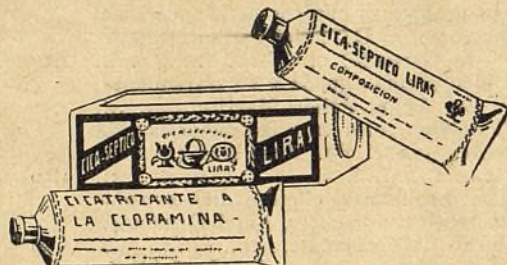
## Diuresinol

INYECTABLES

VENCE LA UREMIA

### CICA-SEPTICO LIRAS

De sorprendentes resultados en quemaduras, grietas de pechos, úlceras atónicas, forúnculos abiertos y en toda clase de heridas. La clase médica los receta, no por su procedencia castellana, sino por su gran resultado. — No se pega el apósito a las heridas.



#### CICATRIZANTE A LA CLORAMINA

Muy eficaz en casos idénticos y se prefiere Cloramina. En Centros Farmacéuticos y Farmacias surtidas.

Muestras a médicos. — Laboratorios Liras. — (Burgos) Villadiego.

### ALMORRANAS



Producto español a base Hamam-virg.<sup>a</sup> Æsculus hippocast, novocaína, anestésina, etc. Cura Hemorroides internas, externas, sangrantes y padecimientos del recto. Tubo con cánula, 3,60 pesetas; correo, 4,10. De venta en farmacias.

### ANALISIS

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

Laboratorio del Dr. E. ORTEGA

Sucesor del DR. CALDERON

Carretas. 14.-Madrid

FUNDADO EN 1866

Don Manuel de la Vega de la Hoz, ídem agosto 1935.

Don Luis Usobiaga, ídem diciembre 1934.

Don Juan García de Miguel, ídem diciembre 1933.

Laboratorios Norte de España, ídem diciembre 1934.

Don Eudaldo M. Bourio, ídem íd.

Don Antonio Sánchez, ídem íd.

Don Marciano Conde, ídem íd.

Don Gonzalo Esteras, ídem íd.

Don Arsenio Martín, ídem íd.

Don Manuel Palmeiro, ídem junio de 1934.

Don Arnaldo Moyer, ídem diciembre de 1934.

Don José Manuel Pérez, ídem íd.

Don José Antonio Cavado, ídem íd.

Don José Palá, ídem íd.

Don Gil Herrero, ídem íd.

Don Cipriano Villalonga, ídem íd.

Don Salvador Esteban, ídem íd.

Don Carlos Moreira, ídem íd.

Don Francisco Apallaza, ídem íd.

Don Eduardo Garilleti, ídem íd.

Don Antonio del Río, ídem íd.

Don José Ramón Secchi, ídem julio 1934.

Don Francisco Pinilla, ídem diciembre 1934.

Don Fortunato Fernández, ídem íd.

Don Joaquín Sastre, ídem íd.

Don José Alonso Rodríguez, íd. íd.

Don Roque Gómez, ídem íd.

DISPEPSIA  
DOLOR DE ESTÓMAGO  
ACIDEZ  
VÓMITOS  
INAPETENCIA  
DIARREAS  
DILATACIÓN y  
ÚLCERA DE ESTÓMAGO

se curan con este famoso medicamento.

Es inofensivo y de gusto agradable.

**ELIXIR**

**SAIZ DE CARLOS**

Don Enrique Villadeamigo, ídem íd.

Don Antonio Luna, ídem íd.

Don Sabino Bengoechea, ídem íd.

Don Enrique Cerdán, ídem junio de 1934.

Don Gerardo Pardal, ídem diciembre de 1934.

Don Emilio Vila, ídem íd.

Don Antonio Herráez, ídem íd.

Don Angel Muro, ídem íd.

Don Bonifacio María Álvarez, ídem ídem.

Don José Díaz, ídem íd.

Don John Credar Library, ídem diciembre 1934.

Don Rafael Garrido, ídem íd.

Don Gregorio Rica, ídem íd.

Centro Cultural Ejército, de Barcelona, ídem íd.

Don Gonzalo Roquete, ídem íd.

Don Eufasio García, ídem íd.

Don Julio Olarán, ídem íd.

Don Ramón Sáinz, ídem íd.

Don Salvador Tena, ídem íd.

Don José Llidó, ídem íd.

Don Eusebio Lirón, ídem íd.

Don Jacinto Palomo, ídem íd.

Don Miguel Pena, ídem íd.

Don Ramón Goñi, ídem íd.

Don Casimiro Labajos, ídem íd.

Don Antonio Núñez, ídem íd.

Don Florencio de Lara, ídem íd.

Don Simeón Mozota, ídem íd.

Don Pedro Molina, ídem íd.

Don Antonio Salvador Vélez, íd. íd.

Don Julián Herráiz, ídem íd.

Don Emilio Rodríguez, ídem julio de 1934.

### TINTURA COCHEUX

cura la Gota, Reumatismo y el Mal de Piedra.

EXITO EN LOS HOSPITALES DESDE 1843

En todas las farmacias. Al por mayor TAVERNIER & AGUETANT.-LYON (Francia)



todas las localizaciones de la sífilis; pero ante el resultado tenazmente negativo de la investigación de treponemas en los esputos, si el enfermo muestra lesiones en los lóbulos superiores de los pulmones, no se debe deducir sin más ni más la naturaleza sífilítica de la lesión pulmonar. Lo más probable es que se trate de una tuberculosis en un sífilítico. Lo que sí es conveniente hacer en tales casos es instituir un tratamiento antisifilítico, que no perjudicará al enfermo y que, por el contrario, eliminando el componente sífilítico del cuadro morbo, permitirá un análisis conveniente de éste. Precisamente la medicación específica suele tener más efecto sobre el pulmón que sobre las demás vísceras. La evolución de la enfermedad suele ser muy crónica, aun que se han descrito casos de marcha aguda; el tratamiento específico ofrece grandes perspectivas de curación local; pero, como se comprende, las lesiones císticas que se hubieran producido no tendrán ya remedio.

El tratamiento es el antisifilítico corriente. De todos modos conviene añadir algunos detalles: la existencia de lesiones en otras vísceras, por ejemplo, el corazón o el hígado, obligará a proceder con especial prudencia en la administración de medicamentos enérgicos. Los yoduros resultan irritantes sobre el aparato respiratorio y aumentan la expectoración. Cuando las lesiones afectan a los bronquios gruesos, el tratamiento alivia al principio; pero puede aumentar más tarde las molestias, porque al goma sustituye la cicatriz provocadora de estrecheces. En ocasiones será necesario emplear tiosinamina para reblandecer el tejido cicatricial. En cuanto a los síntomas pulmonares, al mismo tiempo que el tratamiento fundamental, hay que hacer el sintomático y el de las infecciones asociadas que se encuentren en las cavernas, residuo de los gomas abiertos.

*Tuberculosis pulmonar.*—Será tratada bajo el epígrafe "Tuberculosis".

quiste, entre las cuales la más frecuente y la más conveniente para el enfermo es la calcificación. Si se trataba de quistes pequeños, el pulmón llega a tolerar bien su presencia; pero si no es así, la calcificación no puede evitar que supuren algunas partes del mismo quiste y todas las consecuencias de esta supuración.

El pronóstico del quiste hidatídico del pulmón se comprende de cuanto queda expuesto. La abstención terapéutica se muy peligrosa y produce más de un 20 por 100 de mortalidad. Todavía es mayor el número de los accidentes cuando se practica la punción exploradora intempestiva, y por las razones que llevamos expuestas; de modo que no está de más insistir en el peligro de esta punción cuando algún motivo nos haga sospechar la posible existencia de un quiste y la conveniencia de no practicarla sin someter antes al enfermo a las pruebas que nos digan si efectivamente se trata de un quiste o no. Por idéntica razón hay que rechazar el tratamiento por medio de las inyecciones intraquísticas, que en otro tiempo se empleó mucho. Las substancias inyectadas eran la títura de yodo, el sulfato de cobre y la formalina comercial al 10 por 100. No están mal estas substancias, especialmente la última, para lavar la cavidad quística que se haya abierto en la operación, siempre que no se pueda arrancar por completo la membrana; pero de ningún modo se empleará por medio del punción, ni evacuando antes parcialmente la cavidad ni sin evacuarla. El único tratamiento admisible del quiste, en cuanto ha adquirido el volumen de una mandarina, es la operación. En realidad, cuando el enfermo se presenta a la consulta es porque su quiste ya tiene un volumen mayor que éste; pero si, como consecuencia del tratamiento de un primer quiste, se descubren en el enfermo otros, por ejemplo, en el otro pulmón, que no se pueden extirpar en la misma sesión, convendrá esperar a que hayan adquirido el volumen aludido para proceder a su extirpación. Sauerbruch inició el procedimiento



de la neumotomía en cámaras neumáticas, en las que se reducía la presión, pero de tal modo, que el aire que respiraba el enfermo llegaba a la presión atmosférica o algo más. Este método se proponía, por una parte, la evitación del neumotórax, y en este sentido hay que decir que resulta superfluo. El neumotórax que se produce en el acto operatorio no tiene importancia ni gravedad. Pero, en cambio, puede resultar beneficiosa dicha cámara para tener el pulmón a flor de la herida y vaciar el quiste al exterior sin necesidad de hacer tracciones del tejido pulmonar, que pueden determinar en el último momento un desgarró de la bolsa y un derrame del líquido en la cavidad de la pleura. Contra los fenómenos anafilácticos no tenemos ningún recurso eficaz; se emplean el cloruro de calcio a la dosis de 10 gramos disueltos en 100 de agua, para tomar a cucharadas; la adrenalina a la dosis de 10 a 20 gotas, para tomar de una vez, y, si la evolución de los accidentes lo permite, se emplean los tónicos y los estimulantes cardíacos.

*Sífilis del pulmón.*—Es muy frecuente en los hereditarios recién nacidos; pero carece de importancia clínica, porque coincide con numerosas localizaciones más de la enfermedad incompatibles, incompatibles con la vida. Si el feto no muere en el útero, sucumbe muy poco después del parto. El pulmón se presenta muy duro y de color blanquecino, por lo que se ha llamado al proceso neumonía alba. En cuanto a las sífilis adquiridas, es poco corriente que ataquen al pulmón. Sin duda han sido casos de sífilis pulmonar algunos considerados por mucho tiempo como tuberculosis fibrosas, hasta que una manifestación cualquiera de la sífilis en otra región indujo a un tratamiento antisifilítico, y con este motivo se vió mejorar rápida e inesperadamente el proceso pulmonar, mal diagnosticado hasta entonces. Pero, a pesar de esta rareza, no cabe duda de que existen casos, y por eso conviene precisar que adopta las formas esclerosa, gomosa y mixta. Los gomas del pulmón son soli-

tarios o son poco numerosos, y forman nódulos de volumen variable entre el de un guisante y el de una mandarina. Los más grandes tiene muchas veces forma de cuña, con el vértice hacia el centro. El color es grisáceo, pero muy variable en sus matices: unas veces es casi blanco, y otras es negruzco. Su consistencia es dura en la periferia, pero más blanda en el centro, donde se forma la substancia viscosa que ha dado el nombre de gomas a estas lesiones. Al vaciarse el líquido, casi siempre por perforación de la lesión, queda una caverna muy semejante a la de la tuberculosis, pero sin tendencia a la cretificación. Los gomas no lindan bruscamente con el tejido pulmonar sano, sino que están separados de él por una capa de tejido escleroso, que se va desvaneciendo poco a poco, y según la proporción del tejido gomoso y del fibrinoso, resultan las diferentes combinaciones de lesiones sífilíticas pulmonares. Para el diagnóstico de los procesos sífilíticos pulmonares conviene tener presente que este proceso tiene especial predilección por la localización en el lóbulo medio del pulmón derecho, sigue en frecuencia la localización de los lóbulos inferiores y, por último, en los superiores; de modo que cuando se observe un proceso al parecer tuberculoso, con tos ligera, hemoptisis de poca cantidad, fiebre, dolores torácicos y se encuentren los vértices libres y las lesiones en el lóbulo medio del lado derecho o en los lóbulos inferiores, pero disminuyendo hacia las bases, se debe pensar en la probabilidad de un proceso sífilítico. Los fenómenos locales son los propios de la caverna y, por tanto, no difieren nada porque sea distinta la etiología del proceso. Se encuentran en la expectoración algunas fibras elásticas, pero no se encuentran los bacilos de Koch, salvo que la sífilis se encuentre asociada a la tuberculosis, y, en cambio, se pueden encontrar los treponemas. Muchas veces existen indicios de la enfermedad en otras vísceras. Las reacciones serológicas son muy importantes en ésta como en



Don Vicente Arranz, ídem diciembre de 1934.  
 Don Jesús Zabala, ídem íd.  
 Don Francisco de León, ídem íd.  
 Don José Martínez, ídem íd.  
 Don Juan Lloret, ídem íd.  
 Don Ricardo Ascunde, ídem junio de 1935.  
 Don Mariano González, ídem diciembre de 1934.  
 Don Eduardo López, ídem íd.  
 Don Celestino Rico, ídem íd.  
 Don Eduardo Montejano, ídem enero de 1935.  
 Don Ramón Buñuel, ídem diciembre de 1934.  
 Don Tomás Ferrer, ídem íd.  
 Don Francisco Ruidavetz, ídem íd.  
 Don Baldomero Romero, ídem diciembre de 1933.  
 Don Ramón Moll, ídem íd. 1934.  
 Don Gregorio Alonso, ídem febrero de 1935.  
 Don Basiano del Amo, ídem diciembre de 1934.  
 Don Nicolás Alonso, ídem íd.  
 Don Ventura Revilla, ídem íd.  
 Don Luis Domenech, ídem íd.  
 Don Ricardo Giral, ídem íd.  
 Don Eliseo Grijalbo, ídem íd.  
 Don Cándido Asensio, ídem íd.  
 Don César Alvarez, ídem íd.  
 Don Mariano Cardillo, ídem íd.  
 Don Jacinto Sánchez, ídem íd.  
 Don Perfecto Cabanas, ídem íd.  
 Don José Caballo, ídem íd.

Don Ramón Alvarez de Toledo, ídem ídem.  
 Don Julio Balbuena, ídem íd.  
 Don Elías Blanco, ídem íd.  
 Don Francisco Celdrán, ídem junio 1934.  
 Don Juan Ciria, ídem diciembre 1934.  
 Don Jacinto Zamora, ídem íd.  
 Don Isidro López, ídem íd.  
 Don Alberto Fernández, ídem íd.  
 Don Angel Benavente, ídem íd.  
 Don Guillermo Gaya, ídem íd.  
 Don Rafael Cutanda, ídem íd.  
 Don A. Hernando, ídem íd.  
 Don Pedro Lorenzo, ídem íd.  
 Don Manuel Fernández, ídem íd.  
 Don José Alvarez, ídem íd.  
 Don Simón Serrano, ídem íd.  
 Don José Conde, ídem íd.  
 Don Antonio González, ídem íd.  
 Don Enrique Fireiro, ídem íd.  
 Don Daniel Pimental, ídem íd.  
 Don José Cruz, ídem íd.  
 Don José Guerra de Paz, ídem íd.  
 Don Francisco Campo, ídem febrero 1935.  
 Don Alberto Díaz, ídem diciembre 1933.  
 Don Justo Blasco, ídem diciembre 1934.  
 Don José A. Fraile, ídem íd.  
 Don Agustín Alvarez, ídem junio 1934.  
 Don Dionisio López, ídem diciembre 1934.  
 Don Alejandro Alonso, ídem íd.

Don Gregorio Medina, ídem íd.  
 Don José Olagüe, ídem íd.  
 Don Luciano Hernández, ídem íd.  
 Don Adolfo Romero, ídem íd.  
 Don Gil García, ídem íd.  
 Don Fermín Gutiérrez, ídem íd.  
 Don Andrés Millán, ídem íd.  
 Don Jacinto Navas, ídem íd.  
 Don Teodoro Salazar, ídem íd.  
 Don Lucas Rodríguez, ídem íd.  
 Don Manuel Martínez, ídem septiembre 1934.  
 Don Inocente García, ídem diciembre 1934.  
 Don Tomás de Garmendía, ídem íd.  
 Don Federico Martín, ídem íd.  
 Don Francisco Gómez, ídem íd.  
 Don Justo Mata, ídem íd.  
 Don Wenceslao Borrachero, ídem íd.  
 Don Inocencio González de Pablo, ídem íd.  
 Don José Peré, ídem íd.  
 Don Acacio Crespo, ídem íd.  
 Don Julián Pérez, ídem íd.  
 Don Domingo Pérez, ídem íd.  
 Don Salvador Martínez, ídem íd.  
 Don José Vado, ídem agosto 1934.  
 Don Mancio Mulero, ídem diciembre 1934.  
 Don León Rodríguez, ídem íd.  
 Facultad Medicina Salamanca, ídem ídem.  
 Don Mario Romeo, enero 1935.  
 Don Gregorio González, ídem diciembre 1934.  
 Don Ceferino de la Fuente, ídem íd.

## BOLETIN DE PEDIDO

Don .....  
 con residencia en ..... provincia de .....  
 y con domicilio en la calle de .....  
 desea recibir, como suscriptor que es de EL SIGLO MÉDICO, y con los beneficios que ello reporta,  
 los libros siguientes:

(1) { El importe total lo envío por giro postal.  
 Dichos libros desean me los remitan contra reembolso aumentando 0,75 pesetas más por los gastos  
 que esta forma originan.

Firma

(1) Indíquese la forma que desea recibir su pedido.



# PEPTALMINE

MEDICACIÓN  
ANTIANAFILÁCTICA  
POLIVALENTE

•  
PEPTONAS de CARNE y de PESCADO  
EXTRACTOS de HUEVO y de LECHE  
HARINA de TRIGO en la ENVOLTURA

J AQUECAS  
URTICARIAS  
ESTROFULO  
ECZEMAS  
PRURITOS

TRASTORNOS DIGESTIVOS POR  
ASIMILACIÓN DEFECTUOSA

Posología

DOS GRAGEAS Ó DOS CUCHARADAS DE  
LAS DE CAFÉ DE GRANULADOS UNA HORA  
ANTES DE CADA UNA DE LAS TRES COMIDAS

# PEPTALMINE Magnesiada

TRASTORNOS  
HEPATO-BILIARES  
CONGESTIÓN del HIGADO  
INSUFICIENCIA HEPÁTICA  
ESTREÑIMIENTO

Posología

DOS CUCHARADAS DE LAS DE CAFÉ DE GRANULADOS  
Ó CUATRO GRAGEAS UNA HORA ANTES DE CADA  
UNA DE LAS TRES COMIDAS  
COMO COLÁGOGO: 2 Ó 3 TOMADAS A UN CUARTO DE  
HORA DE INTERVALO POR LA MAÑANA EN AYUNAS

MEDICACIÓN  
ANTIANAFILÁCTICA  
Y COLÁGOGA

•  
PEPTONAS de CARNE y de PESCADO  
EXTRACTOS de HUEVO y de LECHE  
HARINA de TRIGO en la ENVOLTURA  
SULFATO de MAGNESIA

Laboratorio de los Productos SCIENTIA . 21, rue Chaptal . Paris