

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

Núm. 4.308.—Tomo 98

AÑO OCHENTA Y TRES

4 Julio 1936



SOLUCIÓN FUMOZE

Clorato de Magnesia
al décimo

CORIZA

Una cucharada de las de café en medio vaso de
agua, al empezar cada comida.
(Deshidratación rápida de la mucosa nasal)

NEOPLASMAS

Dos cucharadas de las de postres por día,
en dos veces.

(Muestra y Litteratura sobre pedido)

ETABLISSEMENTS FUMOZE, 78, Faubourg Saint-Denis, PARIS

Hygiene de la Mujer

POUDRE CHAUMEL

(Polvos Chaumel)

DESCONGESTIONANTE
ANTISÉPTICA
SUAVIZANTE



Etablissements FUMOZE
78, Faubourg St-Denis, Paris

PRIMERA DENTICIÓN

JARABE DELABARRE

Facilita la Salida de los Dientes

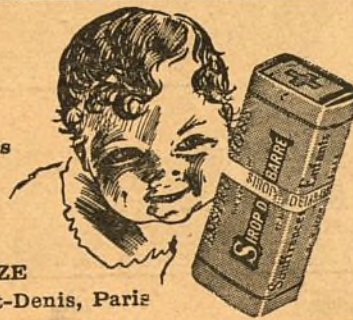
Calma los Dolores del Niño

Evita los Accidentes de Dentición

En suaves Fricciones
en las Encías

Establecimientos FUMOZE

78, Faubourg Saint-Denis, Paris



Representante en Espana. DANIEL ROBERT, Claris. 72.—Barcelona.

El Dr. García Vicente ha recogido en un tomo de 150 páginas, editado en papel couché, con una lámina a tres tintas y numerosos grabados, las tres lecciones dadas en la Facultad de Medicina de Madrid sobre

Terapéutica endobronquial
Lavado pulmonar
Broncografía

Ejemplar, 3,50 pesetas. ♦ Pedidos a EL SIGLO MEDICO

ENCUADERNACIÓN
JULIAN RASO

FLORA, 6 TELÉF. 13526
MADRID

ALMORRANAS



Producto español a base Hamam-virg.^a Esculus 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.

TALLERES PROPIOS
LA ORTOPEDIA MODERNA
GRAN CASA CONSTRUCTORA

ALONSO S^{ra} ALFONSO
APARATOS ORTOPÉDICOS
ORTOPÉDICO DEL HOSPITAL MILITAR Y DE OTROS CENTROS
Fuencarral, 98 · MADRID Telº 15.724

Medalla de Oro Madrid-Las Vegas-Madrid
Gran Premio Sevilla-Paris-Milán
Dermis y brazos
Única en corsets
Muletas
Gasas y algodones
Vendajes
Fajas
Botas

"JUSTO"
FAJISTA

FAJAS MEDICAS
Y DE VESTIR

Se ha trasladado a
MAYOR, 4, enllo. 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.

- D. Luis Plaza, pagado fin diciembre 1936.
- D. Daniel Antoñanzas, ídem íd.
- D. José María Pinto, ídem íd.
- D. G. Martín, ídem íd.
- D. Enrique Falcó, ídem íd.
- D. José Riera, ídem íd.
- D. Manuel Esquius, ídem íd.
- D. Felipe Muñoz, ídem íd.
- D. José Alvarez, ídem íd.
- D. José García Miranda, ídem 1935.
- D. Manuel Méndez de Andes, ídem 1936.
- D. Angel García, ídem íd.
- D. Juventino Cabezudo, ídem íd.
- D. Gregorio Fernández García, ídem íd.
- D. José Zabala, ídem febrero 1937.
- D. Leoncio Martínez, ídem diciembre 1936.
- D. Pablo Lacort, ídem íd.
- D. Eladio Martínez, ídem íd.
- D. Crisanto Gil Mateo, ídem íd.
- D. Máximo Mier, ídem íd.
- D. Emiliano Gahete de la Torre, ídem ídem.
- D. Manuel Sofi, ídem íd.
- D. Pedro Trujillano Araoz, ídem íd.
- D. Avelino Prieto, ídem íd.
- D. Antonio Miguel y Ramón, ídem ídem.
- D. Ubaldo Martínez, ídem febrero de 1936.
- D. Manuel Martínez Rodríguez, ídem diciembre 1935.
- D. Emilio Blanxart, ídem diciembre 1936.
- D. Salvador Martínez, ídem íd.
- D. Isaac Sastre, ídem íd.
- D. Rafael Server, ídem íd.
- D. Antonio Martín González, ídem íd.
- D. Alejandro Vallejo Hierro, ídem íd.

(Continuará.)

DULCIMIDA DULZOR DE RÉGIMEN

PASTILLAS DE 0'03 gr. :- PRODUCTO NACIONAL Muestras y Literatura: LABORATORIOS MORATÓ

BLÉNORRAGIA

Es una enfermedad producida por un diplococo, el gonococo, descubierto por Neisser. Su primera localización es comúnmente en la uretra, en el hombre; en la vagina y uretra, en la mujer. De aquí tiene el microbio tendencia a penetrar tanto en el espesor de los tejidos, causando balanopostitis, foliculitis, cavernitis, prostatitis, epididimitis, en el hombre; bartolinitis, en la mujer, como a lo largo de los conductos y cavidades naturales, produciendo metritis, perimetrosalpingitis, etc.; en la mujer, uretritis posterior, cistitis, pielonefritis en ambos sexos. Por último, el gonococo puede pasar a la sangre y, extendiéndose a todo el organismo, localizarse en articulaciones, reumatismo gonocócico, especialmente en articulaciones pequeñas (interfalángicas) o producir endocarditis. Otras afecciones son más raras. La conjuntivitis gonocócica se produce por contacto directo con el microbio, bien por las manos o ropas, bien en el momento del parto por contacto de los párpados fetales con la vagina de la madre. La enfermedad puede ser aguda y crónica. En el hombre, la enfermedad aguda no aparece inmediatamente después del coito, sino que tiene un período de incubación que dura, para la primera infección, de cinco a ocho días; si ha habido infecciones anteriores, la duración de este período se reduce a tres o cuatro días. Pasada la incubación, viene un primer período, en que se notan ligeras molestias al orinar y se segrega un moco precursor del verdadero flujo, el cual aglutina los labios del meato.

Dura este período cuatro o cinco días, tras de los cuales viene el período de estado. En él, lo más importante es su flujo purulento, muy abundante, más durante la madrugada que en el resto del día, que en el período agudo de la enfermedad, que sale teñido con sangre. Este pus tiñe la ropa de un color amarillo verdoso, muy apa-

Mezcla:

Subnitrito de bismuto 100 gr.

Divídase en 10 paquetes.

Todas las mañanas, en ayunas, se pondrá un paquete en un vaso de agua, se agitará bien con una cucharilla para que quede en suspensión y se tomará rápidamente. Si en el vaso quedasen restos de subnitrito, se añadirá más agua, se agita nuevamente y se vuelve a tomar. Después permanecerá el enfermo diez minutos en decúbito supino, diez en decúbito prono y diez de cada lado, con objeto de que el medicamento se reparta por igual. Este tratamiento suele seguirse durante diez días, al cabo de los cuales se interrumpe, para volver a comenzar al mes siguiente si es preciso. Otros autores aconsejan que se tome por la noche una o dos horas después del alimento, que generalmente es la leche. Indicaciones: siempre que se haya de emplear en lesiones gástricas, pirosis, dolores, ardores, úlcera, cáncer, etc.

Papeles:

Magnesia hidratada	1,25 gr.
Bicarbonato de sosa	75 centig.
Creta preparada	} aa 50
Subnitrito de bismuto	

M. para un papel. Háganse veinte iguales para tomar dos o tres horas después de las comidas con un poco de agua muy caliente. Indicación: hiperclorhidria.

Poción:

Subnitrito de bismuto	10 gr.
Láudano	XX a XXX gotas.
Julepe gomoso	150 gr.

H. s. a. una poción, para tomar a cucharadas cada dos o tres horas.

El subnitrito de bismuto mezclado con poca cantidad de solución de sublimado al 1 por 1.000 engendra una pasta que se emplea como protectora externa en el apósito de Kocher.

TOMO II

Pastas de Beck:

Núm. 1. Subnitrato de bismuto 33 gr.
 Vaselina 67 —
 Mézclese. Lissonde receta 60 gramos de vaselina y siete de parafina.

Núm. 2. Subnitrato de bismuto ... 30 gr.
 Vaselina 20 —
 Cera aa 5 —
 Parafina

Mézclese. Todavía propuso Beck otras pastas números 3 y 4, pero bastan las señaladas, si se tiene en cuenta que hoy se emplean poco. Para rellenar los trayectos fistulosos.

Subnitrato de bismuto aa 20 gr.
 Polvos de talco o amilón 10 —
 Acido bórico

Para espolvorear el intertrigo en los niños, y en los pies contra el sudor fétido.

Salicilato de bismuto.—Tiene iguales propiedades que el subnitrato, pero es algo más antiséptico por eso se emplea de preferencia unido a otros cuerpos de esta misma acción en la antisepsia intestinal. La dosis diaria es como para subnitrato.

Sellos:

Salicilato de bismuto aa 10 gr.
 Salicilato de magnesia
 Benzoato de sosa

Dividase en 40 sellos. Cada sello tiene 25 centigramos de cada medicamento. Para tomar de dos a seis sellos al día. Indicaciones: las de la antisepsia intestinal.

Papeles (para niños):

Protoxalato de hierro 1 centig.
 Salicilato neutro de bismuto aa 15 —
 Benzonatol
 Bicarbonato de sosa 20 —

hay que preocuparse respecto a la pomada que se ponga en contacto con la conjuntiva, pues no produce efecto nocivo alguno. El nitrato de plata en solución al 2 por 100 se aplica por medio de un pincel. También se puede usar en vez del nitrato de plata:

Acido picrico 10 centig.
 Agua esterilizada aa 5 gr.
 Cincrina
 Disuélvase. (Péchin.)

Si las úlceras son tórpidas, se tocarán con tintura de yodo.

Además de estas blefaritis, los párpados pueden sufrir toda clase de lesiones y afecciones de la piel, por ejemplo, el eritema, o blefaritis eritematosa, que se caracteriza por manchas rojas difusas o circunscritas que no sobresalen de la piel y que son un síntoma y no una enfermedad. Se tratan corrigiendo la afección que los origina, y algunos, cuya etiología no se echa de ver, dependen de los cosméticos que emplean algunas personas (actrices). Otra afección muy corriente es el eczema palpebral o blefaritis eczematosa, que suele deberse, o bien a los afeites, o también a los lavados con soluciones de sublimado o de oxicianuro de mercurio y a la acción de vapores irritantes. La primera regla del tratamiento es suprimir la causa. Contra el prurito conviene aplicar las duchas de vapor, las cataplasmas de féculas y los fomentos calientes. Pasados unos días se aplicará una pomada de óxido de cinc al 10 por 100; si las lesiones segregan mucho, se tocan con una solución de nitrato de plata al 2 por 100. Por otra parte, se hace el tratamiento general con aceite de higado de bacalao, yoduro ferroso, etc.

TERTULIA MEDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

AMENIDADES

4-VII-1936

La correspondencia de esta Sección deberá dirigirse al Sr. Director, con advertencia expresa de su destino: TERTULIA MEDICA; y la publicidad, a la Administración: Apartado 121.—MADRID.

EL CASO FLAUBERT

POR EL

Dr. F. GARRIDO QUINTANA

Conferencia en la Clínica F. Fernández, de Granada.

En sus recuerdos literarios, Máximo Du-Camp, escritor ligado con íntima amistad a Flaubert, después de relatar minuciosamente, pero no honradamente (puesto que falta a la verdad más de una vez), ciertos accidentes nerviosos de la vida del artista, escribe estas palabras: "Mi convicción es inquebrantable. Gustavo Flaubert ha sido un escritor de un talento raro; sin el mal nervioso que se apoderó de él, hubiera sido un hombre de genio."

En esta versión definitiva, en la que tras una aparente ecuanimidad consiguen esconderse todo lo posible los motivos, nada nobles, que movieron la pluma de Du-Camp al hablar así de su entrañable amigo, cristalizó la enemistad radical que, como un abismo, separó en vida y en muerte, bajo los espejismos de una falsa amistad fraterna, a estos dos espíritus que vienen a encarnar las dos fundamentales maneras de vivir en todos los tiempos y en todas las culturas: la del hombre de tipo centrífugo, verdadero hombre fuerte, del cual la razón de vivir y su goce consisten en crear los más bellos juegos de ciencia o de arte con su sangre y con su espíritu, sin cuidarse de sí mismo ni del mañana, y el hombre de tipo centrípeto, el "hombre pulpo" que toma sin dar en la vida, mientras puede, y si en alguna ocasión piensa en aliviar la suya del prójimo cuida muy bien, merced a sus tentáculos, de asegurarse una poderosa circulación de retorno que le compense, incluso con usura, de la energía perdida. De éste, del realizador, es la tierra, puesto que la posee; pero de aquél, del soñador, es algo infinitamente mejor y más bello: el "alba de oro", divina y eterna de Rubén.

La discusión sobre la epilepsia de Flaubert y sus relaciones con la obra flaubertiana aún sigue abierta. Los ánimos generosos (Maupassant), llenos de cordial ímpetu, niegan la exis-

tencia de ese mal en el que se trata de manchar la memoria luminosa del escritor amado. Los fríos y comuncos como insectos de la muerte siguen devorando al cadáver que Du-Camp les brindó, y llegando muchas veces en sus conclusiones patológicas más allá que el mismo Du-Camp hubiera jamás soñado. El ánimo sereno, pero lleno de un dulce fervor a la belleza, ha de considerar siempre la vida y la obra de Flaubert como una página ejemplar en la historia de los hombres. Por ello quiero yo relataros brevemente este caso, el caso Flaubert, tan henchido de emoción y dignidad humanas, del cual siempre tendremos cuanto creemos en el espíritu, por encima de todos los valores, algo que aprender.

Bien francesa, de la sana Francia, eterna era la familia de Flaubert. El padre, Aquiles, cirujano jefe del Hôtel-Dieu de Rouen, discípulo temido (según parece) de Dupuytren, que procuró alejarlo de París lo antes posible facilitándole él mismo, incluso, para establecerse en Rouen, respondía enteramente a la nueva personalidad for-

BARDANOL

Estafilococias de todas clases

jada en el choque del viejo régimen setecentista y la revolución.

Representando está, a mi juicio, uno de esos movimientos irracionales de las masas, con los que el instinto específico vuelve airadamente sobre sus derechos hollados por el instinto individual cuando éste sobrepasa la normalidad y llega a imprimir una perversidad egoísta monstruosa en contraste con el libertinaje egoísta que iba a destruir. Pero como en esta débacle los valores religiosos eran igualmente arrastrados por su contagio aparente, con todos los demás condenados a desaparecer, la virtud revolucionaria no podía ser religiosa, era una virtud civil inspirada en las antiguas tradiciones de la Roma. Virtud que en algu-

Acidol-Pepsina
Gastritis-Dispepsias
Diarreas gastrogenas

nas obras de la época, como "Pablo y Virginia", llega a ser de tal modo empalagosa y mojigata, que provoca muy justamente un gesto de irritado asco en nuestro refinado y paganizante Valera, al prolongar su traducción de "Dafnis y Cloe", la deliciosa pastoral de Longo, breviario de sensualidad pagana.

Pero con tales defectos y excesos esta virtud imprimió carácter de la época, y así pudo darse el tipo del doctor Aquiles Flaubert, que "practicando la virtud sin creer en ella, hubiera podido pasar por un santo, si la finura de su espíritu no le hubiese hecho creer como un demonio". Con estas palabras, que se refieren al doctor Larivière, de Madame Bovary, Gustavo Flaubert retrata realmente a su padre, cuya memoria venerada significó para él siempre un culto.

Era, pues, el Dr. Aquiles Flaubert, como tantos otros de su época y de todas las épocas, un verdadero cristiano sin Cristo, profundamente pesimista por ello en lo más íntimo, capaz de proceder rectamente en todos los actos de su vida, sin más interno apoyo que su propia estimación, pero pensando al mismo tiempo que todo lo creado adolecía de una trágica injusticia integral que sólo podía salvarse sin enloquecer, dejándose contagiar de la amarga risa voltariana. Esto explica bien las crisis espirituales de Gustavo, el hijo, su pesimismo inagotable y, al mismo tiempo, su comportamiento bueno, generoso, alguna vez hasta el sacrificio, cuando la vida lo exigía.

La madre, hija también de un médico, el Dr. Fleuriol, huérfana de madre al tiempo de nacer, y de padre a los diez años, fué recogida en una pensión de Houffleur primero, y después enviada a Rouen, a la casa del Dr. Lau-

FIMONAL



VIAS
RESPIRATORIAS

monier, médico-jefe antes que Flaubert del Hôtel-Dieu, entonces llamado laicamente Hospicio de la Humanidad. (La tontería fanática de las muchedumbres en sus dos colores, el religioso y el ateo, es eterna e igual en todos los tiempos.) Recién llegada la señorita Fleuriot al domicilio de los Laumonier, la conoció Aquiles Flaubert, venido de París en los mismos días, y muy pronto se amaron los dos

CARABAÑA: el mejor purgante

jóvenes. Poco tiempo después, ricos en ilusión y pobres en dinero, afrontaron la vida con la serena valentía de su cariño, y Aquiles Flaubert y Carolina Fleuriot se casaron, creando su hogar humilde en una vieja casa, evocadora de tiempos pasados, de la calle de Petit-Salut. Muchos años más tarde gustaba de pasear, ya viuda, la señora Flaubert bajo la casa, y le confesaba "con voz grave, casi religiosa", a su nieta, la Sra. Conmanvilles: "Mira, ahí han transcurrido los mejores años de mi vida."

Algún tiempo después del casamiento del Dr. Flaubert moría el Dr. Laumonier, y aquél le sucedía en el cargo, trasladando su domicilio al Hospital, al pabellón para él destinado. Allí nacieron todos sus hijos (menos el mayor, nacido en la calle Petit-Salut) y allí crecieron, sintiendo bien cerca la felicidad y el dolor. Gustavo, niño, pudo meditar frecuentemente viendo desde lejos los cadáveres en el anfiteatro y a su padre trabajando en ellos, y ese tinte anatómico, descargado y friamente cruel, a contrapelo, arrinconando el corazón para ocultarlo ante la fealdad desoladora de todo lo que vive, será la nota fundamental en la obra literaria de Flaubert.

Nacida la madre del artista, como su marido, en la crisis revolucionaria, bajo la ternura de su familia, ocultaba

Antiséptico Glorógeno Lumen

Muestras gratis.

Centro Farmacéutico Jienense.

Apartado 22.—Jaén.

también un trágico vacío. La fe religiosa, tan necesaria para la mujer, estaba reducida en ella a un pálido deísmo, que fué lo único que pudo inculcar en el alma de sus hijos, para los que en su profundo cariño quiso ser no solamente madre, sino maestra también. Pero igual que su marido, supo la Sra. Flaubert, sin firme apoyo interior, guardar "una naturaleza eminentemente seria" (escribe su nieta), y así pudo ser para su hijo Gustavo, con el que vivió hasta su muerte, la estrella de serena luz suave que iluminó su vida íntima. Así guardó Gusta-

vo para ella todo su cariño y todo su respeto. Ninguna noche dejó de abrazarla antes de acostarse, y ninguna querida del escritor (salvo en algunas rápidas visitas) pudo franquear las puertas del retido de Croisset, cerca de Rouen, donde Gustavo y su madre residían. Así en toda la obra de Flaubert, tan triste, tan prendida de las impurezas de una realidad vista con ojos de disector, late muy hondo y muy oculto un enorme deseo de poesía y de espiritualidad, porque Gustavo veía que la vida era sólo esa mezcolanza de gestos fallidos y de bajas pasiones, tristemente bestiales y vulgares que en sus obras describe, pero también sentía que algo más bello, más claro, iluminaba alguna vez la tierra, tan podrida; y prueba de ello su madre, cuyo corazón sentía muy junto al suyo, solícito, comprensivo, curándole con su dulce aliento de todas las heridas que la falsa amistad y el falso amor le producían, y del asco integral que todas sus experiencias vitales, demasiado pronto acabadas, le inspiraban.

Era Gustavo el segundo de los hi-

BARACHOL

Cura Eczemas, Erupciones y Enfermedades Rebeldes de la Piel.

jos del matrimonio Flaubert. El mayor, llamado Aquiles, como el padre, y como él médico también, le sucedió en su cargo del Hôtel-Dieu. Cuando el Dr. Flaubert, padre, se sintió enfermo (un flemón del muslo), no obstante haber acudido en su auxilio camaradas de estudio que ya gozaban de un sólido renombre, quiso que fuera su hijo quien le operase, y así ocurrió, cumpliéndose su voluntad.

Parece que la operación fué acordada demasiado tarde, o la resistencia del enfermo era escasa. Lo cierto es que la supuración no cedió, el enfermo se fué agotando, y varias semanas después el Dr. Aquiles Flaubert murió rodeado de los suyos, siendo su muerte llorada por todos los ciudadanos de Rouen, que se disputaron, los obreros sobre todo, el honor de llevar en sus hombros el cadáver al cementerio.

Después de Gustavo nació un niño, que murió pronto, y luego una niña, Carolina, que fué la mejor amiga del artista en su niñez y, más tarde, hasta su casamiento con Emilio Hamard. Al primer parto Carolina murió. La hija vivió, como ella, con Gustavo y su madre. Luego, ya casada, se arruinó, y en su auxilio acudió el tío Gustavo, ya viejo y completamente solo (su madre había muerto tres años antes), sacrificando toda su modesta fortuna y con ella la tranquilidad de sus últimos días. Se vió entonces necesitado de

escribir para ganar su vida; él, que había escrito siempre por puro deleite, y a pesar de ello, su honradez escrupulosa de artista enamorado de su obra, le impedía acelerar sus producciones, a pesar del acoso de los editores, deseosos no sólo de realizar su negocio, sino de acudir en auxilio del escritor empobrecido. "Que yo reviente como un perro antes de acelerar un segundo mi frase, que aún no está ma-

Jarabe Bebé. - Tetradinamo. - Septicemiol. Purgantil Jarabe de Frutas

(Véase aruncio, página XVI)

dura", escribe Gustavo a su amigo Du-Camp precisamente.

Gustavo Flaubert era, físicamente, un hombre alto, fuerte, de ojos azules y largos bigotes, de Viking; un buen normando, "de temperamento de bronce y de recia voz militar", según los Goncourt, sus camaradas de letras.

Pero como muy frecuentemente ocurre, esta aparente energía ocultaba un espíritu demasiado sensible, un carácter desigual y tímido y una falia nerviosa que apareció entre los diecisiete y los veintitrés años de su vida. De ella hablaremos después.

Tenía Gustavo un pequeño círculo de amigos, todos grandemente aficionados a la literatura, y con ellos y su hermana inseparable pasó los años, niñez y juventud, en la atmósfera triste y acre del hospital, leyendo sobre todo a Montagne y a Spinoza, y sintiendo disociarse en lo más íntimo sus energías vitales, que por un lado le empujaban a una vida de ensueño puramente poética y, por otro, a una vida dura y áspera, de acción, vida sin más freno que la posibilidad biológica, vida que se retrataba humorísticamente en cierto Garcón, protagonista brutal y demasiado decidido de las obras y las bromas de la juvenil pandilla, que venía a ser una especie caricaturesca y reducida de lo que luego Nietzsche, con el

CALCINHEMOL ALCUBERRO

Poderoso antianémico

ALCALA, 88. — MADRID

superhombre, elevó a la categoría de un símbolo universal.

Por este tiempo nace el primer amor de Gustavo Flaubert, amor que nunca llegó a ser realidad, por una mujer casada, mucho mayor que él (la señora Schlesinger). Este cariño, no obstante su platonismo indiscutible, fué quizá el único profundo, aparte del cariño filial que Flaubert experimentó. Fué llevado por él, descrito con la minuciosidad y el realismo que le son propios, a unas de sus obras, "La educación sentimental", y en ella imaginariamente completado, notándose

(Continúa en la página XIV.)

Balneario CALDAS DE OVIEDO

Especializado en la curación de **Reumas - Catarros - Consecuencias gripales**

GRAN HOTEL DEL BALNEARIO

(En el mismo edificio de los baños, estufas, inhalaciones etc.)

Todo confort - Cocina de primer orden a cargo de acreditado jefe de Madrid.

Automóvil del GRAN HOTEL a las estaciones de Oviedo

15 de JUNIO a 30 de SEPTIEMBRE

CESTONA AGUAS Y BALNEARIO DE CESTONA

(S. A.)

GUIPUZCOA (cerca de San Sebastián)

EL CARLSBAD DE ESPAÑA

Unicas indicadas con éxito maravilloso para las enfermedades del
HIGADO, INTESTINOS, ESTREÑIMIENTO, ARTRITISMOS, NEURASTENIA, ETC., ETC.

Se exportan en botellas de a litro.—De venta en todas las farmacias y droguerías.

TEMPORADA OFICIAL: DE 15 DE JUNIO A 30 DE SEPTIEMBRE

ITINERARIOS: Para viajeros procedentes de la línea del Norte, estación Zumárraga.—Para la línea de los Vascongados de Bilbao a San Sebastián, estación Zumaya.—El ferrocarril eléctrico de "UROLA", de Zumaya, se une con el Norte en Zumárraga y en Zumaya con el de los Vascongados, pasando por Cestona, con estación en el mismo balneario, llamada CESTONA-BALNEARIO.

Pídanse noticias directamente a CESTONA (Guipúzcoa)



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

CANULA FUNKE

SEMUR FUNKE

DUCHA NASAL FUNKE

«GELACTAN» (NOMBRE REGISTRADO)

FÓRMULA: Solución idónea al 20% de lacto, tanato, gelatina.

INDICACIONES: **Diarreas** por procesos de fermentación y putrefacción.

Di rreas producidas por infecciones, parásitos y efectos medicamentosos.

Diarreas con procesos inflamatorios.

Diarreas disecráticas.

Diarreas por estímulos nerviosos, etc.

«GELACTAN» es de agradable sabor.

«GELACTAN» no paraliza el intestino.

«GELACTAN» disminuye la diarrea sin aumentar los fenómenos tóxicos.

«GELACTAN» tiene positivas ventajas sobre todos los productos similares.

LABORATORIOS
CAMPOS FILLOL
VALENCIA

LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal

Simbiosis de fermentos lácticos y búlgaros en medio vegetal y al máximun de vitalidad

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día

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

LACTOBULGARINA

Un correctivo natural
del estreñimiento común,
eficaz en el 96 por 100 de los casos

La principal deficiencia de los regímenes alimenticios modernos es la falta de alimentos de volumen. Reiterados ensayos demuestran que lo más satisfactorio para subsanar esta falta es el salvado, eficaz en el 96 por 100 de los casos. En todos éstos se observa que la adición de salvado al régimen ali-

menticio estimula la acción normal de los intestinos.

Hasta el paciente más difícil toma el salvado **ALL-BRAN** de Kellogg con fruición. Servido con leche fría o con nata es delicioso. A cualquier médico que lo solicite se le mandará, gratis, un paquete entero.



Kellogg's
ALL-BRAN
(TODO SALVADO)

el remedio benigno y natural contra el ESTREÑIMIENTO

Depósito: Casa SANTIVERI, S. A., Calle del Call, 22-BARCELONA
MADRID: Plaza Mayor, 24, y Alcalá, 111 ♦ VALENCIA: San Fernando, 6

HAPTINOGENOS

“M E N D E Z”

NEUMO

Cultivo de neumococos y variedades de ESTREPTOCOCOS,
GRIPE — NEUMONIA — PLEURESIA FIBRINOSA
ANGINAS CATARRALES — OTITIS — ERISPELA.

GONO

Blenorragia. Metritis. Pelvipерitonitis. Artritis.
Orquitis. Cistitis. Prostatitis.

ECZEMA

Curativo del Eczema agudo y crónico.

ESTAFILO

ANTIPIOGENO.—Anginas. Aené. Forunculosis.
Anthrax. Abscesos e infecciones a estáfilo.

Teoría de la inmunidad y todos los trabajos científicos publicados se remiten a los Sres. Médicos que lo soliciten a **M. MARTIN YAÑEZ.-Apartado 384.-Madrid.**

Laboratorios biológicos Doctor Julio Méndez.-Buenos Aires.

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

HISTORIAL

1	Fundadores y Directores: D. Mariano Delgrás.— D. Serapio Escolar.— D. Francisco Méndez Alvaro. D. Matias Nieto y Serrano.— D. Ramón Serret y Comin.— D. Angel Pulido y Fernández.— D. Carlos M. Cortezo y Prieto	1
---	--	---

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

1854

AÑO OCHENTA Y TRES

1936

CONSEJO DE REDACCIÓN CIENTÍFICA

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

Leode de Gimeno. Presidente de la Academia Nacional de Medicina

VOCALES

Dr. MARIANO ACEÑA
De la Beneficencia Municipal de Madrid.

Dr. VITAL AZA Y DIAZ
Director del Sanatorio Quirúrgico de Santa Alicia. Académico de número de 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.

Dr. JULIO BRAVO
Jefe de la Sección de Propaganda de la Dirección general de Sanidad. Médico de los Dispensarios Antivenéreos nacionales.

Dr. SANTIAGO CARRO
Profesor del Instituto Rubio. Académico de número de la 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. MARIANO GOMEZ ULLA
Inspector general de Cirugía del Ejército.

Dr. F. GONZALEZ DELEITO
Coronel Médico. Jefe de la Clínica Psiquiátrica militar de Ciempozuelos.

Dr. JOSE GOYANES Y CAPDEVILA
Decano de la Beneficencia Provincial. Académico de número y Bibliotecario de la Nacional de Medicina.

Dr. JOSE GOYANES ECHEGOYEN
"Fellow" de la Clínica Mayo. (Rochester). Neurología y neurocirugía.

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

Dr. J. DE ISASA Y ADARO
Pediatra.

Dr. SANTIAGO LARREGLA
Jefe del Laboratorio del Hospital de San Francisco de Paula y del de Pediatría de la Facultad 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
Jefe del Servicio de Oftalmología de la Beneficencia Provincial de Madrid. Académico C. de la Nacional de Medicina.

Dr. NICASIO MARISCAL Y GARCIA
Director del Instituto Nacional de Toxicología. Académico y Secretario perpetuo de la Academia Nacional de Medicina.

Dr. A. MORANA Y JIMENEZ
Análisis clínicos.

Dr. F. MURILLO Y PALACIO
Ex Director general de Sanidad. Académico de número de la Nacional de Medicina.

Prof. J. A. PALANCA Y MARTINEZ FORTUN
Ex Director general de Sanidad. Profesor del Instituto Nacional. Académico de la Nacional de Medicina.

Prof. ANTONIO PIGA Y PASCUA
Médico forense de Madrid. Ex Presidente del Colegio de Médicos de Madrid.

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
Urólogo. 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. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

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

Prof. ANTONIO SIMONENA Y ZABALEGUI
De la Facultad de Medicina de Madrid. Académico de la Nacional de Medicina.

Prof. ENRIQUE SUÑER Y ORDÓÑEZ
De la Facultad de Medicina de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina. Director de la Escuela Nacional de Puericultura.

Dr. J. M.ª TOME Y BONA
Dermatólogo. Bibliotecario de la Academia de Dermatología y Si-filografía.

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

Dr. J. VALDES LAMBEA
Jefe de los Servicios de Tuberculosis del Hospital Militar y Profesor de Fimatology del Ejército. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

Dr. J. M.ª DE VILLAVEVERDE
Psiquiatra del Hospital del Buen Suceso. Neurosiquiatra de la Beneficencia Provincial de Madrid.

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

Director: F. JAVIER M.ª 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 i 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 98

©

Sábado 4 de Julio de 1936

©

Núm. 4308

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: Problemas clínicos de los casos fáciles, XII, por el Prof. Gregorio Marañón.—Novedades oftalmológicas comentadas, continuación, por el Dr. M. Renedo.—La anatoxina estafilocócica, por el Dr. Javier Tomé Bona.—Hipoglucemia espontánea, por el Dr. Hellmut Marx.—BIBLIOGRAFÍAS.—PERIÓDICOS MÉDICOS.

Instituto de Patología Médica del Hospital General de Madrid. - Director: G. Marañón

PROBLEMAS CLÍNICOS DE LOS CASOS FÁCILES

XII

El problema de la Clorosis.

Por el Prof. GREGORIO MARAÑÓN

I

En nuestra policlínica se planteaba hace veinte años con gran frecuencia el problema diagnóstico de la clorosis. Hoy este problema surge de un modo excepcional. Todos los autores están de acuerdo en que se trata de una enfermedad en trance de desaparición. Para algunos esta desaparición es ya absoluta. Por lo tanto tiene interés el comentar las escasas enfermas que todavía nos obligan a hablar de esta enfermedad.

Antes de pasar adelante en nuestros comentarios hemos de exponer nuestra opinión terminante de que para nosotros la enfermedad clorótica no sólo ha desaparecido, sino que muy probablemente no ha existido jamás. En nuestros archivos ya no figura tal diagnóstico. Muchos recordarán que durante bastantes años diagnosticábamos con el nombre de "seudoclorosis", que ya había empleado Laache, a un grupo de mujeres jóvenes, vírgenes, pálidas, con síntomas nerviosos, principalmente mareos y astenia; con síntomas digestivos, principalmente hiperclohidria y estreñimiento; con síntomas circulatorios, principalmente eritismo; y con síntomas endocrinos, principalmente amenorrea; pero en las que el examen de sangre nos daba un cuadro que no correspondía al que se consideraba como necesario para diagnosticar la clorosis verdadera, a saber: la anemia hipocrómica. Estas enfermas tenían, pues, todo el cuadro clínico de la clorosis, pero les faltaba el imprescindible cuadro hemático. No las podíamos llamar cloróticas, y las llamábamos por eso "seudocloróticas". Pero a medida que empleábamos métodos de diagnóstico más perfeccionados, descubríamos que tales cuadros clínicos eran, eviden-

temente, la consecuencia de diversos estados patológicos, por lo que el "grupo de las seudoclorosis" empezó a ser sustituido por varios "grupos de tuberculosis, focos sépticos latentes, erosiones gastrointestinales, enfermedades endocrinas, estado de hipoalimentación, etc., en mujeres jóvenes y vírgenes con anemia secundaria, unas veces hipocrómica, y otras, hipercrómica". Estos diagnósticos fueron poco a poco absorbiendo al diagnóstico de seudoclorosis, y éste acabó por desaparecer. Hace tres años que en nuestras estadísticas no figuraba ya una sola observación con dicho título.

Este breve resumen del problema, visto a través de nuestra propia experiencia, puede considerarse como el esquema de la evolución del problema de la clorosis. Luego insistiremos sobre ello. Ahora vamos a relatar un caso clínico, previa su presentación, en el que se ha vuelto a discutir, después de tanto tiempo, si convenía titularle con la vieja denominación de clorosis o al menos de seudoclorosis.

II

La enferma número 13.459 tiene dieciocho años. Es de un pueblo de la provincia de Jaén y vino hace tres años a Madrid a servir como criada. Es de constitución asténica. Tuvo su menarquia a los quince años, escasa, retardada al principio, y desde su trasplante a la Corte con amenorreas hasta de tres meses de duración. Ha estado dos años sirviendo en diferentes casas de la clase media, trabajando mucho, alimentándose mal y durmiendo en habitaciones de poca higiene. Empezó a sentirse enferma y abandonó esta profesión, yéndose a vivir con unos familiares que ha-

¡Novedad!

Supositorios de CIBALGINA

CIBA
SOCIEDAD ANONIMA
DE PRODUCTOS
QUIMICOS

BARCELONA
Aragón 285

MADRID
Marqués de Cubas, 5

ANEMIAS



hepa

PRINCIPIO
AISLADO
CON HIERRO

ANTIANÉMICO
DEL HÍGADO
Y COBRE

JARABE

CADA FRASCO DE 100 C.C. CONTIENE
EL PRINCIPIO ANTIANÉMICO DE
1000 GRS. DE HIGADO FRESCO

INYECTABLE

LA EFICACIA DE 2000 GRS. DE
HIGADO POR AMPOLLA DE 2 C.C.
CAJAS DE 10 AMPOLLAS DE 2 C.C.

PRODUCTO NETAMENTE NACIONAL



LABORATORIOS JUSTE • MADRID •

FRANCISCO NAVACERRADA, 3-HOTEL
APARTADO DE CORREOS 9030

bitan en Madrid, donde sus condiciones materiales de vida han mejorado, sin ser, ni mucho menos, perfectos. Pero, como persisten las molestias, viene a nuestro Consultorio.

Se trata de una muchacha delgada, pálida y de aspecto triste. Se queja de dolores diversos por todo el cuerpo, de astenia e irritabilidad de carácter, de disnea de esfuerzo, de palpitaciones en estos esfuerzos y a veces en reposo, de intenso estreñimiento y de un estado moral muy deprimido, con crisis, en las que recuerda, con gran intensidad afectiva, su vida rural.

Al reconocerla se encuentra su aparato respiratorio íntegro. No se hallan tampoco alteraciones del aparato circulatorio, salvo un evidente eretismo con taquicardia moderada. La tensión arterial es de 110-70. La orina es normal. Las reacciones de la sífilis son negativas. *El examen morfológico de la sangre da una anemia de 3.800.000 hemácias, con 70 de hemoglobina y 0,92 de valor globular. La fórmula leucocitaria es normal.*

En este caso, por lo tanto, las condiciones etiológicas—feminidad, juventud, traslado del ambiente popular al ciudadano—, así como el síndrome clínico, corresponden exactamente con las clásicas descripciones de la clorosis, salvo la no muy intensa hipocromía (por algunos autores se considera esta hipocromía como patológica cuando es inferior a 0,80); en cambio, la anemia es muy acentuada. No se encuentran, por otra parte, otras lesiones que justifiquen el estado general. Y, finalmente, el análisis demuestra una típica anemia hipocrómica. *Por lo tanto, el diagnóstico de clorosis se impone.*

III

Sin embargo, debemos preguntarnos si todos estos datos bastan para hablar, aun en este caso, que parece tan típico, de una enfermedad especial. Para mí, la respuesta negativa es evidente. En primer lugar, el hecho de no haber encontrado ninguna de las etiologías infecciosas o de otro orden capaces de producir la anemia no quiere decir que estas etiologías no existan, sino, sencillamente, que no las hemos encontrado. Puede ser que no existan; pero es posible que existan y escapen a nuestros medios de investigación.

Más aún: dando por hecho su rigurosa inexistencia, nos quedaríamos con un caso de insuficiencia ovárica y anemia en una mujer joven alimentada insuficientemente. Y es evidente que no estamos autorizados para llamar a las insuficiencias ováricas con anemia e hipoalimentación con nombres especiales, indicadores de enfermedades autóctonas.

IV

En efecto, para que una enfermedad pueda considerarse propiamente tal, es decir, como entidad nosológica genuina, se necesitan estas cuatro condiciones:

1.º Que la sintomalogía guarde, dentro de las posibles variedades clínicas, una cierta uniformidad.

2.º Que exista una etiología clínicamente fija, aun cuando pueda no estar, científicamente, bien precisada.

3.º Que exista un substrato anatómico común a todos los casos, y

4.º Finalmente, que la enfermedad se cure específicamente por una determinada terapéutica.

Son muchas aún, es cierto, las enfermedades que sabemos que son propiamente enfermedades genuinas y en las que no se da a la vez estos cuatro requisitos. Puede bastar uno solo, siendo claro, para caracterizarla. Por ejemplo, no conocemos la etiología ni la terapéutica de la viruela, pero su cuadro clínico, definido y fijo, nos asegura que es una enfermedad. Antes de descubrirse el protozoario del paludismo, esta enfermedad se podía confundir, clínica y anatomopatológicamente, con otras muchas, pero se caracterizaba por su específica respuesta a la quinina. Y así podrían multiplicarse los ejemplos. Que nada de esto ocurre en la clorosis es harto evidente.

V

El cuadro clínico que presenta nuestra enfermedad, como el de todas las cloróticas que se han descrito y que todavía hoy, de raro en raro, describen algunos, es un cuadro banal. Puede responder a infinidad de las alteraciones que perturba la salud en esta edad de la mujer.

La variedad de las *etiologías* en la clorosis es, asimismo, notoria. Lo prueba la multitud de teorías etiológico-patogénicas con que estos y los otros autores han pretendido explicarla. Para unos sería una enfermedad de origen infeccioso: tuberculoso, sífilítico, etc. Para otros se originaría en estados tóxicos, por ejemplo, en reabsorciones intestinales. Para otros, como Pende y Pittaluga, la causa sería el trastorno ovárico, que produciría una intoxicación generadora de los síntomas clínicos y de las alteraciones hemáticas. Para un grupo de investigadores más modernos, la génesis de la enfermedad estaría en estados de hipoalimentación y, sobre todo, de alimentación incorrecta, con falta prolongada de las vitaminas necesarias para el buen funcionamiento eritropoyético y del metabolismo hemoglobínico o insuficiente en la cantidad necesaria del hierro que el or-

ganismo necesita para su sostenimiento. Aún podría añadirse alguna otra hipótesis. Bastan las expuestas para afirmar la multiplicidad de las etiologías, y basta esta multiplicidad para negar la personalidad nosológica de la clorosis.

La falta de datos anatomopatológicos es también evidente. Los escasos que hay publicados por investigadores de autoridad, como Grawitz y Banti, no descubren nada digno de mención en la médula ósea o en el bazo.

Y en cuanto a la fórmula hematológica—anemia hipocrómica—, no puede dársele valor alguno definidor. *El haber intentado caracterizar la clorosis por este dato es una evidente ligereza de los patólogos.* Primero, porque casos exactamente idénticos en su sintomatología y en su etiología presentan, ya la anemia hipocrómica, ya la hiperocrómica; y, además, un mismo caso, como reiteradamente hemos podido confirmar, puede presentarnos, fuera de todo tratamiento, unas veces el estado hipocrómico, y otras, el hiperocrómico de los hematíes. Y hay un segundo argumento de mayor valor aún para negarnos a considerar la anemia hipocrómica como elemento crucial de la definición clorótica, a saber: que esta situación hipocrómica de los hematíes no corresponde a ninguna actitud determinada y fija del sistema hematopoyético, sino que es una simple reacción de éste, genérica, no específica, ante multitud de causas anemiantes: todas las que hemos expuesto.

Que no hay una terapéutica específica para la clorosis es evidente también. Hay un grupo de casos que mejoran mucho, incluso que se curan con el hierro; pero la virtud de éste no se extiende a todos, sino precisamente a aquellos producidos por la reiterada alimentación pobre en dicho metal. Podrá llamarse "clorosis" a este grupo de casos. Pero habrá que reconocer entonces que la misma enfermedad se puede producir por causas distintas, y que un número inmenso de los casos que se consideraban antes como cloróticos no eran tales clorosis, puesto que nada tenían que ver con defectos de ningún orden de alimentación.

En resumen, *si la enfermedad no tiene sintomatología fija, ni etiología conocida y constante, ni datos anatomopatológicos en que fundarse, ni un tratamiento general eficaz, es evidente que no tenemos derecho a hablar de una enfermedad clorótica, sino de un conjunto de síndromes anémicos o cloroanémicos en la mujer joven y, generalmente, virgen, síndromes debidos a una porción de causas que hemos enumerado ya, pero que requieren ahora una nueva, aunque brevísima, precisión.*

VI

Estas causas son:

1.º La *tuberculosis*, y principalmente, según nuestra experiencia, la de los órganos genitales, muchas veces asociada con estados colíticos; lesión, por cierto, indagnosticada con excesiva frecuencia.

2.º Los *focos sépticos* latentes: el cuadro clínico que nosotros designamos con el nombre de "síndrome focal", coincide exactamente con el clorótico e incluso se acompaña, no rara vez, de anemia hipocrómica; pero se cura sin más que eliminar el foco séptico.

3.º Las *erosiones gastrointestinales* con hemorragias ocultas.

4.º Los *estados de insuficiencia ovárica o de disovarismo hemorrágico*.

5.º Ciertas formas de *hipotiroidismo*, que no siempre se acompañan, como los libros dicen, de anemia hiperocrómica, sino bastantes veces, como lo hemos podido comprobar, de anemias hipocrómicas, idénticas a las cloróticas.

6.º Muchos casos de *hipertiroidismo*, poco acentuado, cuya frecuente combinación con la anemia hipocrómica es de conocimiento ya no reciente.

7.º Muchas enfermas jóvenes con *insuficiencia suprarrenal leve*: el cuadro general es idéntico y pueden observarse en ellos estados de anemia hipocrómica.

8.º Finalmente, hay muchas anémicas jóvenes *por alimentación deficiente en hierro o pobre en los factores vitamínicos*, esenciales para la buena elaboración de la sangre.

Hay un elemento común en todas estas variedades de casos, que es el *sexo femenino* y la *proximidad a la época puberal*. Pero es inútil añadir que esta circunstancia no basta para caracterizar a la enfermedad. *La mujer puberal es, por el hecho de serlo, una predispuesta a la anemia, casi una anémica fisiológica. Sobre ella actuarán, por lo tanto, con especial intensidad, todas las causas anemiantes. Y a esto se reduce el papel del sexo y la edad.*

VII

Así, pues, el caso que hemos presentado es para nosotros una *cloroanemia sintomática*, cuyo origen, verosímilmente, puede localizarse en la *alimentación deficiente*, como podría haberlo sido una infección latente, una pérdida solapada de sangre o una endocrinopatía.

VIII

El que todas estas etiologías capaces de producir cloroanemias juveniles hayan disminuido en este último cuarto de siglo y el que cuando exis-

ten se descubran pronto y se ataquen con eficacia por el médico, nos explica la evidente disminución de estos estados anémicos que comentamos.

Queda en pie el problema de si esta concepción, que hoy podemos dar por seguramente cierta, es aplicable también a las épocas antiguas, a aquellas en que la clorosis era una enfermedad de moda. *Yo estoy convencido de que es así y de que, por lo tanto, la clorosis nunca existió.* Pero este aspecto de la cuestión desborda los límites de nuestros comentarios y será ampliado en otro lugar.

IX

Para terminar esta lección, última del presente curso, añadiremos unas palabras sobre el tratamiento. En este vasto grupo de las cloroanemias sintomáticas de la juventud, las reglas de conducta del médico serán las siguientes:

1.º Investigar cuidadosamente la causa—infección, lesión hemorrágica, endocrinopatía, defecto alimenticio—y suprimirla dentro de nuestras posibilidades.

2.º Emplear el hierro. Yo no estoy de acuerdo, fundándome en mi experiencia, con el consejo de las dosis excesivas que hoy dan la mayoría de los autores. Los datos fisiológicos inducen a suponer que al organismo le basta con dosis muy pequeñas del metal. Hay sobre esto una copiosa literatura que no es del caso exponer y criticar aquí. Pero aparte de todo lo teórico, la práctica clásica de muchos años ha enseñado que bastaban dosis pequeñísimas de hierro para curar las clorosis en los casos en que éstas se curan con el hierro, y mi práctica actual así lo confirma.

Hoy se aconseja asociar al hierro pequeñas cantidades de cobre. Mi experiencia, no muy numerosa, me induce a suponer que es este un prejuicio teórico. En la práctica, las anemias se curan, creo yo, lo mismo con hierro solo que con la asociación hierro-cobre.

3.º Sistemáticamente asociamos con el hierro los extractos hepáticos, cualquiera que sea la fórmula hematológica de la paciente.

4.º Damos, por fin, una importancia especial a los datos de régimen alimenticio, higiene general, etc., incluyendo los que se refieren a la vida afectiva de la muchacha y a su vida sexual, dentro de la delicadeza con que este aspecto de la cuestión ha de ser tratado. No olvidemos la exclamación del padre de Belisa, la clorótica, que tan magistralmente nos describe Lope de Vega en su comedia *El Acero de Madrid*, cuando el médico la recomienda el acero (que es como entonces llamaban a la medicación marcial): "Casarla es buen acero."

NOVEDADES OFTALMOLÓGICAS COMENTADAS

POR EL

Dr. M. RENEDO

(Continuación.)

TRACOMA

Huelga insistir en la importancia práctica y social de esta enfermedad en nuestro país y el justificar cuánto ha de interesarnos el intento de aclarar los múltiples puntos oscuros en la patología del tracoma.

Sobre una especie de microorganismo en el tejido tracomatoso informa ampliamente OCHI, profesor japonés, bien conocido por sus interesantes trabajos sobre la materia, iniciados con su comunicación a la Academia de Oftalmología del Japón, en julio de 1929, refiriendo haber descubierto un microorganismo que consideraba el agente provocador del tracoma. (Acta de la Soc. Jap. de Oft., t. 34, c. 5 y t. 38, c. 6.)

Apenas si es objeto de discusión por parte de nadie el considerar al tracoma como una enfermedad infecciosa, que se transmite directamente de hombre a hombre. Sin embargo, los resultados experimentales de las múltiples inoculaciones practicadas son dispares, positivas unas y negativas otras.

Claro es que en los casos en que el resultado fué negativo es posible que se tratase de sujetos inmunes, que en el material de inoculación utilizado faltase casualmente el virus o que la virulencia de éste estuviese atenuada, siendo muy probable que para el éxito de la transmisión de la enfermedad sean precisas determinadas condiciones.

En todo caso, queda aún por determinar si la granulación es el punto de anidamiento del germen tracomatoso o no, y, además, el conocer el agente productor.

Uno de los métodos indicados para esta investigación es la inoculación, pero, por desgracia, la conjuntiva de los animales de uso corriente en los laboratorios es material poco seguro y poco apto para esta clase de experiencias, y ya se comprende que en el hombre hay escasa posibilidad de efectuarlas. El disponer el autor de varios casos de inoculación de hombre a hombre (siete casos) da un gran valor al trabajo que comentamos.

Como clínicos, nos encontramos con cierta frecuencia con el tracoma incipiente, pero jamás le podremos observar en estadio tan precoz como podemos hacerlo con el inoculado, en el que podemos seguir el proceso desde su comienzo y aun determinar la duración del período de incubación.

En el tracoma provocado se aprecia siempre, tras una semana aproximadamente de incubación, la aparición de signos de conjuntivitis catarral, conjuntiva inyectada y secreción fibrinosa, estadio que ni el clínico ve nunca ni el mismo enfermo se da cuenta de él.

Los estudios conocidos sobre transmisión experimental del tracoma parten de la comunicación de SATTler, en 1881, señalando haber encontrado en el tracoma una especie de micrococo y logrado una inoculación positiva con el contenido de la granulación; pero más tarde se evidenció su micrococo como un estafilococo ordinario. ADARIO dió cuenta de resultados positivos de inoculación al Congreso de Tracoma de Palermo, que había sido logrado en tres individuos con *atrofia bulbi*, y obser-

vando que tras un período de incubación de tres días apareció lagrimeo e hiperemia conjuntival en el ojo inoculado; al sexto día, ligero edema; hacia el décimoquinto o décimosexto, la conjuntiva estaba áspera, tumefacta, y al mes se había desarrollado un tracoma con folículos.

HAELBERSTADTER y PROWAZEK publicaron, como es sabido, en 1907, su trabajo sobre las inclusiones, pero, en realidad, hasta hoy nos es, desgraciadamente, desconocida la esencia de estos elementos tan estudiados.

A partir de este ruidoso descubrimiento se multiplican las inoculaciones, siendo el primero en informar sobre dos casos el Prof. GREEFF: el primero con resultado negativo y positivo el segundo. En este último apareció a los dos días una hiperemia y tumefacción moderadas de la conjuntiva de párpado inferior, y a los trece días se pudo demostrar la presencia de inclusiones, pareciendo después que comenzaba a aparecer un "pannus", lo que obligó a empezar el tratamiento con cobre, y desapareciendo los folículos en el transcurso de unos meses.

SASSARI, en dos casos, sirviéndose del producto obtenido por un raspado de la conjuntiva de un tracomatoso, diluyéndolo en suero y pasándolo por la bujía de BERKEFELD antes de inocularlo, obtuvo un resultado negativo, que fué, en cambio, positivo en otros dos casos en los que se sirvió del producto del raspado sin filtrar. Resultados positivos obtiene MIJASHITA en dos casos, y aun del primero de estos inoculados positivos logra la transmisión de la enfermedad a un segundo ojo, sentando la conclusión de que el tracoma así provocado concuerda en todos los detalles con el aparecido espontáneamente, y que el período de incubación es de siete días. WAKISAKA refiere siete casos de inoculación con tracoma agudo, deduciendo que el tracoma es muy contagioso y que el período de incubación es de cuatro a ocho días, período que llega a veintisiete en el caso de NICOLLE, pero es de advertir que este último se sirvió de material de raspado mantenido en la cámara de hielo durante una semana, explicando el retardo en la aparición de la enfermedad por la debilitación sufrida por el virus.

Resultados de cierta analogía con los anteriormente citados obtienen KAPUSCINKI, TABORISKI y LUMBROSO

ESTUDIOS EXPERIMENTALES DEL AUTOR

Como OCHI hace notar, las inclusiones de PROWAZEK han sido desde su descubrimiento objeto especial de estudio, incluso en la inoculación experimental, pero es de hacer resaltar el que tales inclusiones sólo hayan sido encontradas en las capas epiteliales, pero jamás en las subepiteliales, siendo muy extraño esto, ya que parecía lógico pensar que en una enfermedad de curso tan crónico y tan difícilmente curable deberían también encontrarse esos elementos en las capas profundas, idea que ha guiado durante muchos años sus investigaciones en busca del posible germen causante del tracoma y con fracasos repetidos, hasta lograr descubrir el microorganismo demostrado en varias de sus publicaciones, tratando ahora de dar a conocer las inoculaciones practicadas y sus resultados clínicos y microbiológicos, debiendo hacer constar de antemano que, tanto en el tejido utilizado como infectante como en la conjuntiva infectada ha encontrado el mismo microorganismo.

Que el tracoma es contagioso apenas lo duda nadie, pero es curioso el que patogénicamente no sea posible aclarar por completo sus síntomas clínicos. Esto podemos decir del desarrollo de los folículos y de la formación del "pannus", por lo que el concepto tracoma no queda bien comprendido, siendo un gran obstáculo, como arriba decimos, para su estudio la dificultad de inoculación en los animales de laboratorio.

Ahora bien: para estudiar cualquiera enfermedad infecciosa es necesario observar desde el primer momento exactamente la infección, es decir, que nos hemos de formular necesariamente las siguientes preguntas: ¿qué vía sigue el agente infeccioso en el tejido o en el organismo? ¿Dónde y cómo se desarrolla? ¿Cuáles son los fenómenos reaccionales de los tejidos?

El autor ha determinado primero el período de incubación y estudiado después de un modo detallado el curso sintomático inicial, es decir, ampliar en conjunto los conocimientos que tenemos sobre el tracoma.

Dejaremos sentado que, tanto en el tracoma como en las demás enfermedades infecciosas, el estadio inicial es el más apropiado para las investigaciones bacteriológicas. Así, en el estadio del catarro conjuntival agudo, que es el período inicial del tracoma experimental, ha encontrado extraordinario número de microorganismos en las partes de la conjuntiva afecta, y, además, ha podido observar su penetración en los tejidos y la reacción de éstos ante el agente invasor.

El catarro conjuntival agudo, como síntoma inicial de tracoma inoculado, sólo puede reconocerse como tal en los intentos experimentales, pues si bien el clínico puede ver y, en efecto ve, un catarro conjuntival agudo, que después pasa a ser un tracoma auténtico, nunca podrá diagnosticarle más que "a posteriori" como tal síntoma inicial del tracoma. Cabrá únicamente observar esta aparición catarral durante cierto tiempo, para ver si el tracoma aparece o no, pero repetimos que nadie será capaz de diagnosticar con seguridad este síntoma como tracoma, al contrario de lo que ocurre en la forma experimental, donde la duda no es posible, puesto que si en estos casos, y después de un período de incubación determinado, aparecen en conjuntiva signos catarrales agudos, podemos desde el momento en que esto suceda afirmar con certeza el éxito de la inoculación. Por esto es tan interesante en el tracoma, desde el punto de vista clínico, microbiológico y anatomopatológico, la inoculación experimental en la conjuntiva humana.

Como material de inoculación se ha utilizado hasta ahora el obtenido por el raspado del epitelio o del contenido de los folículos tracomatosos. Si se emplease la secreción conjuntival o el producto del raspado con resultado negativo, podría dudarse de la contagiosidad del tracoma, aun cuando también podría aceptarse que el material utilizado no contenía agente alguno, o, que de existir, fuese su virulencia muy débil, y aun, también, que la resistencia de la conjuntiva inoculada estuviese tan aumentada que impidiera la explosión de la infección tracomatosa.

Es frecuentes el asegurar haberse servido para la inoculación del contenido de los folículos tracomatosos, cosa, como se comprende, difícil de llevar a cabo sin que vaya mezclado con partículas de tejidos inmediatos

o con secreción conjuntival; por esto, cuando en la inoculación se sigue la técnica corriente del respado y la expresión para obtener el producto a inocular y el resultado es positivo, no será fundamento bastante para permitir asegurar que sea el folículo tracomatoso el único sitio donde anida el germen productor de la enfermedad.

Siendo el Prof. Ochi siempre de la opinión de que el agente provocador del tracoma debería encontrarse tanto en las capas epiteliales superficiales como en las subepiteliales, y habiendo encontrado en estas últimas en abundancia el microorganismo descubierto por él, es lógico que se haya servido para la inoculación de trocitos de tejido conjuntival tracomatoso llevados a la conjuntiva sana frotando con alguna violencia ésta para facilitar la infección, a pesar de lo cual no siempre los resultados han sido positivos.

En algún caso ha tenido que repetir la inoculación hasta seis veces, resultando sólo positiva la última, lo que se explica porque, sin duda, en la infección del tracoma entran en juego diversos factores, y que la edad, constitución y sexo, entre otros, ejercen una gran influencia en la receptividad para la enfermedad.

También la capacidad infectiva del tracoma varía según la forma y los síntomas que presente, y aun cuando sean precisas estadísticas numerosas para poder llegar a determinadas conclusiones, su experiencia clínica y el resultado de las inoculaciones por el autor practicadas le permiten señalar ciertas condiciones como necesarias para que la infección tenga lugar, lo que tiene una gran importancia para la profilaxis y tratamiento de la enfermedad y para las medidas higiénicas aconsejables al público.

Las inoculaciones a que se refiere en este trabajo son siete, de hombre a hombre, no siendo posible en este resumen el detallar la técnica seguida, y que el lector interesado puede encontrar en la página 193 de la revista *Klin. Mbl. f. A.* De gran interés es, sin embargo, no sólo el resultado positivo de las inoculaciones, sino también el que haya encontrado el mismo microorganismo por él descubierto, tanto en el tejido infectante de que se sirve como en la conjuntiva infectada.

El curso seguido por la inoculación fué, en resumen, el siguiente: en los casos con resultado positivo aparecieron los primeros síntomas de inflamación después de un período de cinco a siete días de incubación. En los negativos, el curso varía según dos tendencias: una, en que la irritación provocada en la conjuntiva por la inoculación desaparece enseguida de un modo espontáneo, volviendo aquélla a su estado normal, y otra, en que la inyección de la conjuntiva es muy intensa y la secreción muy abundante desde el comienzo, apareciendo desde el momento de la inoculación un catarro conjuntival agudo que sigue el curso de una inflamación aguda corriente.

El síntoma valioso que sigue en el tracoma experimental al período de incubación de la duración indicada es el catarro de la conjuntiva, comenzando ésta a inyectarse, ponerse tumefacta, apareciendo una ligera secreción, haciéndose los síntomas catarrales más evidentes pasados unos días. Este es el síntoma del catarro agudo del tracoma de inoculación, y que, desde luego, no es sino un estadio de su evolución, pero que sólo en esta

forma de producción de la enfermedad nos es dable observar, puesto que sólo en ella seguimos desde los primeros momentos la evolución. Para el clínico, este estadio es de interés, porque de ordinario falta en el tracoma que pudiéramos llamar espontáneo o no provocado, sin que, como antes decíamos, podamos ante un catarro conjuntival agudo dilucidar si estamos ante los pródromos de un tracoma, debiendo siempre esperar la evolución ulterior para decidir el diagnóstico.

Lo corriente es que los enfermos no puedan precisar cuándo han sido infectados—ni la mayoría de ellos sabe que lo está—, y el clínico mismo sólo puede sentar su diagnóstico cuando aprecie otros signos ya determinados de la enfermedad.

Las diferencias que existen entre el tracoma no provocado y el provocado por inoculación pueden depender del número de gérmenes y de la distinta virulencia en ambos casos. En la infección espontánea el germen o virus suele ser transportado por la secreción, y, por lo tanto, suele haber transcurrido un cierto tiempo, variable, desde que aquélla salió del ojo infectante hasta que llegó al infectado, siendo lógico el calcular que puedan intervenir diversos factores capaces de disminuir su virulencia, como, por ejemplo, la desecación, o, al contrario, la exagerada imbibición por el medio líquido en que se encuentre, o bien alteración por los efectos de determinadas radiaciones como las ultravioletas u otras, lo que explicaría el modo distinto del comienzo del tracoma según la manera de producirse la infección.

En el inoculado, indefectiblemente sigue al período de incubación el del catarro conjuntival agudo, apareciendo después los signos propios del tracoma, pero también suele existir alguna variación en estos síntomas, lo que quizás dependa de la constitución de los enfermos y de la naturaleza del germen.

Respecto al desarrollo de folículos, el problema varía: unas veces aparecen precozmente en el período de catarro agudo, y otras más tarde, variando también su número. Cuando son muy numerosos, se ven algunos de unas dimensiones enormes y formados por la confluencia de muchos, pareciendo existir, además, cierta relación entre la formación folicular y el cuadro hematológico.

En realidad, las esperanzas puestas al comenzar estos trabajos, que eran el poder observar desde sus comienzos la enfermedad y el perseguir cómo el agente provocador penetra en los tejidos y cómo reaccionan éstos, se han logrado; y como, además, la demostración de la proliferación de gérmenes en los tejidos ha podido hacerse con gran facilidad en el período catarral, merecen ser detallados los síntomas observados en estos momentos.

El cuadro clínico catarral que sigue al período de incubación es el de inyección y tumefacción conjuntival, como en los estados catarrales corrientes, apareciendo a veces hemorragias capilares. Si la tumefacción es muy pronunciada, la superficie conjuntival es desigual y hasta granujienta o de gran aspereza; la secreción, fibrinosa, y con tendencia a la formación de falsas membranas, muy finas, se reproduce en esta misma forma muy poco tiempo después de haber sido aquéllas desprendidas. En la superficie de la conjuntiva enrojecida

aparecen, en numero variable, pequeños tubérculos grises diseminados o agrupados en masas, siendo el volumen más pequeño que los más pequeños de los folículos corrientes de la conjuntiva y desapareciendo poco a poco espontáneamente en diez o doce días después de su aparición. Estos folículos están esencialmente formados por células mononucleares, aun cuando en alguno pueda descubrirse algún polinuclear, siendo muy posible que representen la reacción inflamatoria local frente al microorganismo invasor.

Estudiados al microscopio, los folículos y el tejido que los rodea, el microorganismo del autor—que recomendando investigar con rapidez en los primeros folículos que aparecen tras la incubación, momento en que la constitución del folículo y del tejido inflamatorio reaccional que los rodea es relativamente sencilla y no existen factores capaces de confusión—se descubre con facilidad.

El microorganismo se encuentra casi sin excepción en los alrededores de los focos de infiltración celular; su aspecto es más bien polimorfo, siendo de ordinario esféricos o casi esféricos, variando bastante sus dimensiones; a veces son ovales, con tendencia al tipo de bastones, o bien como un champiñón del que brotan ramúsculos redondeados.

Al progresar la inflamación local aumenta la infiltración celular en el tejido. La infiltración de células mononucleares, circunscrita al principio, se hace lentamente difusa, pudiéndose descubrir con el tiempo en los cortes microscópicos varios centros de iniciación de la auténtica granulación tracomatosa, y en estos casos la conjuntiva está moderadamente inyectada y aumentada de espesor, pareciendo como si el verdadero folículo se desarrollase lentamente en una capa relativamente profunda de la conjuntiva inflamada y aumentada de espesor. Pero el desarrollo de la granulación en el tracoma es cosa de gran variación individual y distinto según el sexo, edad, constitución del enfermo, ya que, a pesar de servirse de igual material para la inoculación, el número y desarrollo de aquéllas varía mucho, como se desprende de las historias clínicas de las inoculaciones practicadas.

Como apéndice a este importante trabajo de Ochi, inicia el estudio de las eventuales relaciones que puedan existir entre la linfocitosis y la formación de folículos, opinando que precisa un número mayor de casos que el estudiado para poder sentar conclusiones definitivas.

TRATAMIENTO DEL TRACOMA

Sobre el tratamiento del tracoma con el veneno de la abeja informan en la misma revista CHARAMIS y BRECHER. (*Klin. Mbl. f. Aug.*)

El poder terapéutico de los venenos animales, especialmente del de la abeja, ha sido objeto de numerosos trabajos clínicos.

La primera investigación clásica sobre el veneno de los himenópteros fué la de LANGER y FLURY, logrando el primero, en 1897, aislar el veneno de la abeja en estado puro libre de albúminas agregadas, descubriendo en él las propiedades hemolíticas unidas a la inflamatorias, demostrando el segundo que no se trata de un alcaloide, sino de una substancia análoga a los albuminoides, y

que contiene abundancia de triptofan, al que se debe su poder hemolítico.

Posteriormente, estudios de otros investigadores dieron por resultado el comprender que el veneno contiene varios principios activos con distintas propiedades: unas actúan como provocadoras de inflamación, otras son tetanizantes, poseyendo otras acción anestésica.

Además de los efectos locales inflamatorios y anestésicos, estos venenos animales provocan otros generales, parte de carácter anafiláctico, parte de naturaleza tóxica, como leucopenia, taquicardia, modificaciones de tensión sanguínea, cianosis de las extremidades, urticaria, etc.

Las propiedades terapéuticas de los venenos animales, especialmente el de la abeja, han encontrado un amplio campo de acción, empleándose desde hace algún tiempo en numerosas enfermedades, como la ciática, reumatismo, neuralgias rebeldes, etc. BRECHER lo ha considerado como un nuevo e importante a utilizar en la tracomoterapia, especialmente en el tratamiento de las complicaciones tracomatosas de la córnea, exponiendo después con detalle la técnica que debe seguirse.

Las presunciones teóricas de BRECHER se apoyaban en el concepto teórico de que la exposición directa al contagio del tracoma no bastaba siempre para que la enfermedad se produjese, sino que sería de esencial importancia la intervención de otro factor ligado a ciertas anomalías del sistema retículoendotelial. Y por esto, el veneno debe inyectarse directamente en la conjuntiva o en el tarso enfermo, para dar lugar a una modificación en el tejido adenoideo de la conjuntiva tracomatosa, cuya tendencia proliferativa sería capaz de paralizar o dificultar el veneno. Por otra parte, la aplicación directa del agente terapéutico sobre los focos infecciosos ejercería un efecto beneficioso por una especie de antagonismo entre la toxina animal y el germen tracomatoso, idea que ha visto confirmada con los resultados obtenidos en el tratamiento de 130 tracomatosos.

Ahora bien: en sentido práctico, en relación con el tratamiento del tracoma había que tener muy en cuenta la violenta reacción inflamatoria que en los tejidos provocan los venenos animales, aun sirviéndose de dosis mínimas, obstáculo también resuelto por BRECHER al lograr, mediante un procedimiento químico, obtener un preparado especial de la toxina desprovisto de las propiedades inflamatorias, atóxico y capaz de ser aplicado al ojo incluso en grandes dosis sin provocar el menor dolor ni reacción, preparado al que dió el nombre de *Trachocid* y expendido por el Instituto Nacional de Serología de Viena.

Con el favorable resultado obtenido quedaba, además, demostrado que los efectos producidos no podían achacarse a la inflamación, puesto que ésta no se produce con el *Trachocid*, y a pesar de ello, subsisten las propiedades curativas, que han de atribuirse, por lo tanto, a otros principios biológicos contenidos en la toxina.

Los estudios toxicológicos hechos con el *Trachocid* en el Instituto donde se prepara han demostrado que la toxicidad de la toxina integral de la abeja, comparada con la del *Trachocid*, está en la relación de 18 : 1. Este principio de posibilidad de disminuir la toxicidad sin modificar por ello las propiedades biológicas o farmacodinámicas de determinados venenos nos era ya cono-

cido en el campo de otros agentes, como, por ejemplo, en la *Anatoxina*, de RAMÓN.

El autor, en unión de Brecher, ha ensayado en numerosos casos el *Trachocid*, deduciendo la superioridad, bien manifiesta, de este preparado sobre el resto de las medicaciones, lográndose una curación más rápida del "pannus" y, en general, de todas las complicaciones corneales de todos los estadios de la enfermedad, y además, una cicatrización mucho más rápida del tracoma, y, sobre todo, teniendo ésta lugar sin producir la destrucción de tejido, que es inevitable cuando nos servimos de otros medios radicales, como la expresión o el raspado, pudiendo ser empleada la nueva medicación asociada al mismo tiempo que las usuales en la terapia del tracoma. La técnica seguida es la siguiente:

El *Trachocid* se expende en unas ampollas con la letra T, y el producto isonizante y anestésico coadyuvante, en otras rotuladas con la letra R.

Antes de su uso se mezclan en una jeringa de Pravaz los contenidos de ambas ampollas. Brecher se sirve para la inyección de agujas cortas muy finas, en tanto que el autor prefiere una jeringa de dentista, provista de una aguja, también corta y fina, pero con sujeción a rosca, para facilitar la inyección en el tejido resistente del tarso.

En los casos de tracoma agudo inyecta tres veces por semana en cada ojo del modo siguiente: primero, un poco en la conjuntiva del fondo de saco superior; segundo, después de esperar unos minutos, repite la inyección en el tarso superior en dos a cuatro puntos equidistantes; tercero, bajo la conjuntiva tarsal; cuarto, en las inmediaciones de la glándula lagrimal; quinto, una o dos veces durante todo el tratamiento, una inyección en conjuntiva bulbar, en las inmediaciones del limbo esclerocorneal (de dos a tres milímetros de éste), en el punto correspondiente al meridiano de las XII, con el fin de evitar la eventual complicación del "pannus".

La cura completa exige ocho a doce sesiones, o sea unas cuatro semanas, pudiendo ser asociado a otros tratamientos, especialmente al cobre, y de cuya asociación ha visto buenos resultados.

En los casos con "pannus" procede de la siguiente manera: primero, cinco o seis inyecciones en conjuntiva bulbar, a tres o cuatro milímetros del limbo, distribuidas en la zona conjuntival comprendida entre los meridianos entre las V hasta la I; segundo, un número igual de inyecciones en el tarso del párpado superior y en la glándula lagrimal o en sus inmediaciones. En los casos de tracoma especialmente grave o con extensas lesiones de córnea, varía la concentración de la mezcla, sirviéndose de dos partes de la ampolla T y una sola parte de la R.

En un año ha tratado 46 enfermos, continuando la observación de cada uno durante seis meses, lo que le permite con seguridad el sentar las conclusiones a que ha llegado.

Con el fin de hacer una mejor diferenciación del modo de obrar y de la acción del *Trachocid*, lo ha aplicado en otras afecciones oculares no tracomatosas, como en las iritides reumáticas, episcleritides, úlceras atónicas de la córnea, etc., siendo los resultados poco favorables en las iritis, episcleritis y xeroftalmía; en cambio, en

tres casos de úlceras atónicas de córnea que ya llevaban en tratamiento varios meses, se observó ya desde la primera inyección perilímbica de *Trachocid* una aceleración del proceso de epitelización, disminución de la extensión de la úlcera y desaparición de la fotofobia, ocurriendo lo mismo con las ulceraciones tracomatosas, debiendo advertir que en estos últimos casos empleó como único tratamiento el *Trachocid*.

Su aplicación resultó siempre indolora, siendo la tolerancia buena, sin dar nunca lugar a accidentes desagradables. Sólo en muy pocos casos, especialmente en niños escrofulosos, provocó una tumefacción de párpado y conjuntiva, que desapareció fácilmente con fomentación caliente.

En lo que respecta a la acción antitracomatosa del *Trachocid*, se puede sostener que su empleo abre una nueva vía terapéutica al tracoma, y particularmente a las complicaciones corneales del mismo, en especial al "pannus", donde ha dado los mejores resultados. Las úlceras cicatrizan mejor, más pronto y con más regularidad que con cualquiera otro tratamiento, reduciéndose rápidamente el calibre de los vasos neoformados, recobrando la córnea su transparencia. Respecto a los casos con localización puramente tarsoconjuntival, agudos y subagudos, podemos conseguir una buena cicatrización combinando esta cura con los medios corrientes (pomadas de cobre, nitrato de plata, fricciones de bicloruro de mercurio), y sin tener necesidad de apelar al raspado u otras medidas quirúrgicas. La curación así obtenida parece ser más rápida (la de mayor duración fué de cuatro meses) que de ordinario, la cicatriz de conjuntiva más delicada y regular, sin el característico desplazamiento y fusión cicatricial que suele ser consecutiva a los raspados y otras intervenciones análogas.

En los casos de tracoma agudo no tratado no pudo lograrse la curación solo con *Trachocid*, siendo necesario apelar a la asociación con la terapia usual.

En la misma revista se ocupa de este mismo tema Brecher, bajo cuya dirección se ha obtenido el *Trachocid*, citando varios autores que durante los últimos meses han hecho experiencias con buenos resultados.

Hace resaltar la inocuidad del *Trachocid*, que, como derivado biológico de la toxina animal, se caracteriza por no provocar irritación alguna, en tanto que la toxina, aun en dilución extrema, da lugar a intenso dolor, edema, quemosis, inyección ciliar, etc., es decir, los síntomas de una oftalmía artificial. Si recordamos lo doloroso de la mayoría de los tratamientos aplicables al tracoma, nos daremos cuenta del valor del producto a que nos referimos, que es bien tolerado por las personas de todas las edades.

Tratándose de una medicación aplicable por vía subconjuntival, es lógico se pensase en la posibilidad de que pudiera influir en la tensión intraocular, ya que algunos clínicos rechazan toda terapéutica, utilizando esta vía por el peligro del "colmatage", por lo que el autor del trabajo ha procedido durante meses a sistemáticas medidas de la tensión en una serie de enfermos tratados por *Trachocid*, llegando a la conclusión de que en nada se modifica la tensión, no ya sólo en los ojos normales, sino ni siquiera en los de glaucoma crónico,

compensado por el uso de los mióticos, y que de un modo accidental estaban afectados de "pannus".

Quedaba aún por determinar si la creencia, tan extendida, de que los venenos animales ejercen una acción perjudicial, tanto sobre los antiguos focos luéticos como sobre los tuberculosos y gonocócicos, podría hacerse extensiva al *Trachocid*, demostrándole el tratamiento de varios enfermos que es en absoluto inocuo, sin ejercer efecto alguno sobre ninguna de las afecciones citadas, que, por lo tanto, no constituyen contraindicación.

Tampoco se modifica la velocidad de sedimentación.

Nunca ha dado lugar a endurecimientos, nódulos o alteraciones morfológicas aparentes, excepto algún ligero edema palpebral y quemosis, que desaparecen espontáneamente, siendo una ventaja no despreciable el poder hacer el tratamiento ambulatorio sin perturbar lo más mínimo la actividad profesional del enfermo.

Con distinta orientación se ocupa del ensayo de nuevos tratamientos del tracoma *Cardicio* en "Z. f. A.", página 120.

A los ensayos hechos por este autor le han empujado los estudios publicados por LUSIC-MATKOVIC en 1898, demostrando que la reacción de las lágrimas es siempre alcalina. El máximo de alcalinidad lo encontró en los hombres jóvenes que viven en favorables condiciones higiénicas, y el minimum, en los escrofulosos y otros débiles, pareciendo que, tratando de desviar la reacción Ph del medio en la dirección normal, es decir, hacia la alcalinización, se dificultaba la proliferación del eventual germen del tracoma.

Confirmada por diversos autores la alcalinidad de las lágrimas en el hombre sano, sostiene WADA que dificulta en general el desarrollo de casi todos los gérmenes.

Ahora bien: en distintos procesos inflamatorios, y entre ellos en el tracoma, se han hallado valores ácidos o poco alcalinos, lo que orientó a v. PELLATHY y SCHIEDER en el empleo de hidrocarbonato sódico en el tracoma, obteniendo buenos resultados.

El autor, después de haberlo ensayado en ojos de conejos y en los suyos mismos, se ha servido de soluciones de un Ph = 7,7, hasta 8, en forma de instilaciones, y después en la de inyecciones subconjuntivales combinadas con masaje, y, resumiendo, puede decir que con esta técnica ha visto resultados favorables pasajeros en casos aislados, no modificándose el proceso en la mayoría de ellos.

En una segunda etapa ha ensayado los productos oxidantes. La extraordinaria sensibilidad de las toxinas para los oxidantes, la fagocitosis y la formación de anticuerpos que estimulan justifica la esperanza puesta en ellos para tratar el tracoma, por creerlos capaces de destruir la toxina producida por el hipotético virus tracomatoso y quizás dificultando su producción, y, de otra parte, se reforzarían las defensas locales.

La idea de ensayar los compuestos oxidantes se afirmó más en el autor al estudiar el problema de los virus filtrables, sobre los que parecen ejercer una enérgica acción los agentes desinfectantes que desprenden cloro, llamados virulicidas, y, suponiendo de aquella naturaleza al virus del tracoma, parecía lógico investigar sobre acción de estos agentes con las debidas precauciones.

Primeramente se sirvió del hiperóxido de bencilo, y después de combinaciones inorgánicas y orgánicas de sodio, calcio, calcio-magnesio, cinc, cobalto, mercurio, plata, capaces de desprender cloro, ateniéndose a la siguiente técnica:

El tratamiento consiste en la instilación de gotas o en la aplicación de pomadas hechas con soluciones de los productos medicamentosos y combinadas con masaje. Las gotas, para instilar dos veces al día, estando el sujeto acostado con la cabeza apoyada sobre un cojín y un poco doblada hacia atrás. Al hacer la instilación levanta el párpado superior, introduciendo una varilla de cristal hasta fórnix, moviendo la varilla en todas direcciones, para separar los pliegues de conjuntiva y facilitar de este modo que el medicamento llegue a todas las anfractuosidades de esta zona poco asequible estando el individuo sentado. Es preciso proteger la córnea con una pieza protésica, para evitar los posibles agravios mecánicos y químicos consecuencia del masaje, para el que se sirve de un algodón montado en la varilla y empapado en la solución.

Para poder formar un juicio seguro se ha abstenido de emplear cualquiera otra medicación, llegando a la conclusión de que el hiperóxido de bencilo no es capaz de modificar las lesiones tracomatosas.

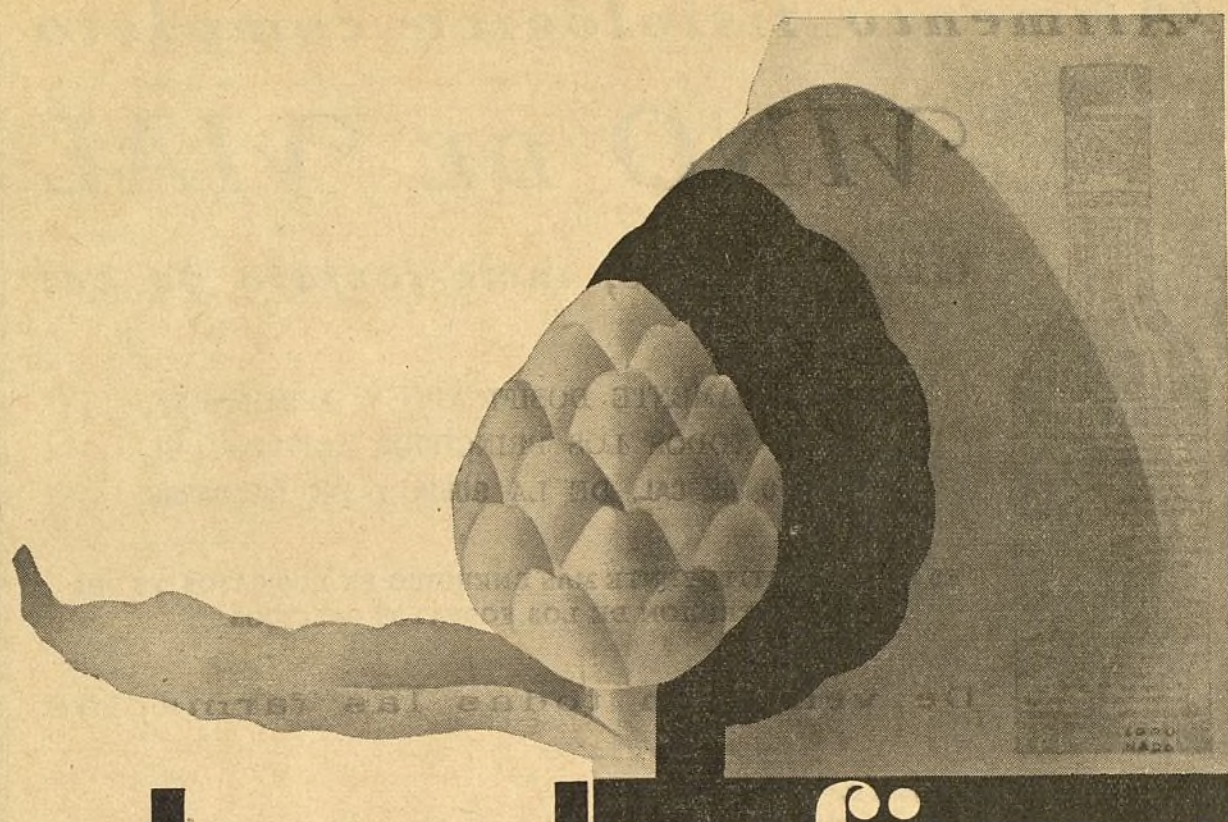
La cloramina en dilución del 1/4 al 1/2 por 100 para instilaciones y masaje se ha mostrado activa, si bien las alteraciones tracomatosas que ya se habían mostrado rebeldes a otros tratamientos retroceden con mucha lentitud. Si continuamos durante un largo período aplicando soluciones más fuertes, se presentan reacciones inflamatorias y, a veces, infiltración serosa de la conjuntiva palpebral y bulbar, con engrosamiento del borde palpebral, lo que hace inutilizable a este producto.

Pensó que el hipoclorito sódico como combinación sencilla que desprende cloro, poseyendo además de la acción oxidante otra alcalina, debería dar buen resultado. En efecto, empleando soluciones hasta el 1/4 por 100 para instilaciones y del 1/2 por 100 para el masaje—especialmente con esta última—ha visto cómo regresaban las alteraciones conjuntivales y de la córnea, sin que haya tenido que lamentar las reacciones inflamatorias que señalábamos al referirnos a la cloramina, habiéndose observado únicamente alguna vez una secreción *sui generis*. Si el tratamiento se prolonga demasiado con las instilaciones al 1/2 por 100 puede dar lugar a un desplazamiento celular, que cree debido al alto contenido alcalino.

La solución Dakin, que ha ensayado alguna vez, ha dado buen resultado.

También es satisfactoria la aplicación del hipoclorito de cal si nos servimos de soluciones recientemente preparadas y filtradas y en concentración análoga a la del sódico y con análogo resultado.

A continuación ha ensayado las combinaciones de metales pesados que desprenden cloro, pensando en utilizar las tres propiedades activas de estos cuerpos compuestos, o sea la oxidante por el componente de cloro, el alcalino, que deberá mantenerse en el límite aproximado a las cifras alcalinas de la secreción lagrimal, y que tenderá a luchar frente a la acidosis local del tejido inflamado, y, por fin, el componente metálico, actuando en el sentido de modificar la estabilidad coloidal, y aun a otros



alcachofina

primer producto nacional
a base de extracto alco-
hólico **integral** de hoja
fresca de alcachofa —

específico del hígado

Muestras y literatura:
E. BOIZOT

Madrid: Luis Cabrera, 47.

Barcelona: Salmerón, 247, pral.

Valencia: Av. 14 de Abril, 16.

Alimento fisiológico completo



VINO DE VIAL

Quina, carne, lacto-fosfato de cal

RIGUROSAMENTE DOSIFICADO Y ASIMILABLE,
REUNE TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS DEL
FOSFATO DE CAL, DE LA QUINA Y DE LA CARNE

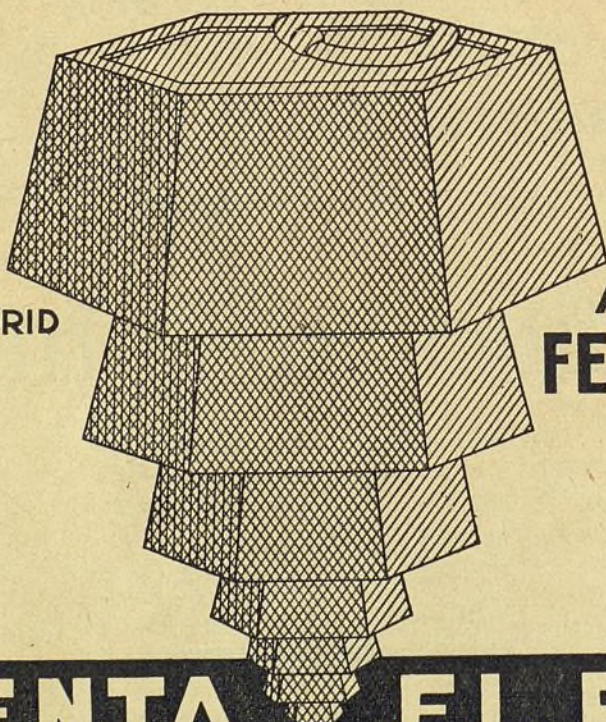
ES EL RECONSTITUYENTE MAS ENERGICO EN LOS CASOS DE DES-
NUTRICION DE LOS FOSFATOS CALCICOS

De venta en todas las farmacias

Depósito general para España:

D. ANTONIO SERRA PAMIES, S. A.-Apartado 26, REUS (Tarragona)

BIOTRIGON



Delegacion
6, Calle Larra. MADRID

**ELIXIR
A BASE DE
FENU GRIEGO**

AUMENTA EL PESO

factores de explicación más compleja y a los que se debería su acción favorable. Estas tres acciones, desarrollándose de un modo armónico, lograrían un efecto beneficioso en los casos de tracoma grave asociado a otras infecciones bacterianas, y del mismo modo, en el tracoma de los escrofulosos, cuya rebeldía nos es conocida.

De todas las combinaciones de metales pesados ensayadas—cobre, cinc, mercurio, oro, plata—la que mejores resultados ha dado es la de plata, o toluelsulfocloramin-plata, en pomada, que se ha mostrado muy activo en las infecciones sobreañadidas y en las formas tórpidas de los escrofulosos, siendo, en cambio, incapaz de curar por sí solo las formas con grave alteración tarsal. Sin embargo, aun estas mismas mejoran mucho con el masaje, sirviéndose de una solución con la conveniente reacción alcalina, solución que es muy poco estable, por lo que ensayó el servirse de soluciones separadas de los componentes para mezclarlas en el momento de ser usadas, no siendo tampoco satisfactoria esta última solución.

El problema de la preparación de las combinaciones oxidantes a que nos referimos ofrece grandes dificultades prácticas, que no han podido ser vencidas hasta hoy.

Al tratar de buscar en la literatura algo que pudiera relacionarse con este nuevo método de tratamiento del tracoma ha encontrado datos de la segunda mitad del siglo pasado respecto al empleo del agua clorada en lavados en los casos de tracoma muy segregante. Además, CALDERÓN, en 1924, ha utilizado el gas clorado, proporcionado por un aparato de Kipp, y que, conducido directamente a través de un tubo, lo aplicaba sobre la conjuntiva enferma, obteniendo buenos resultados en algunos casos rebeldes.

Como resultado de los trabajos del autor puede deducirse que el cloro como oxidante poderoso, y en unión de otros agentes también activos, puede prestarnos un gran servicio incluso en los casos de tracoma complicado, pudiendo ver con su aplicación cómo enfermamos que resistían, sin mejorar, a todo otro tratamiento, mejoraban extraordinariamente con el cloro. Respecto a la acción causal, también cree haber conseguido por este método mejores resultados que con todos los demás.

(Continuará)

Información dermatológica de actualidad

LA ANATOXINA ESTAFILOCÓCICA

POR EL

Dr. JAVIER M. TOME Y BONA

Bibliotecario de la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía

I

TOXINA ESTAFILOCÓCICA

Los estudios de índole experimental efectuados en estos últimos tiempos han producido una honda revolución en los conceptos clásicos sobre la patogenia de las afecciones producidas por el estafilococo y sobre la inmunidad contra el mencionado germen. De ello se han deducido trascendentales aplicaciones terapéuticas, que han apasionado a los clínicos de todos los países, al modificar totalmente el pronóstico y duración de estas piococias.

Por estas circunstancias, nos ha parecido útil para el lector, y oportuno por la actualidad, redactar con alguna amplitud una información científica en este sentido,

orientada desde un punto de vista de aplicación práctica.

El estudio de las propiedades de los filtrados de cultivos de estafilococos ha sido objeto de un gran número de investigaciones y trabajos, efectuados todos ellos a partir del último lustro del siglo XIX. En efecto, ya en 1895, Denys y Van-de-Velde, en su obra fundamental *La Cellule*, hablaban de la existencia de una "substancia deletérea para los leucocitos, hematoblastos y glóbulos rojos, que se forma en los caldos de cultivo estafilocócicos". Sin embargo, los primeros estudios de importancia sobre la toxina estafilocócica se deben a Nicolle (1897), Veillon, Morax y Elmassian (1898-1899), Neisser y Wechsberg (1901), Kraus y Pribram (1906), Dumas (1914), etc.

En el trabajo de Nicolle y Sezary, publicado en 1914, se puntualizan por vez primera, como propiedades fundamentales de la toxina estafilocócica, la producción de hemólisis, escaras y muerte. En este trabajo de los autores franceses se encuentra, en realidad, la semilla y fundamento de los actuales progresos. Ocho años de silencio transcurrieron, sin embargo, hasta que Walbum, en 1922, emprendió de nuevo el estudio de la toxina estafilocócica y, principalmente, de su preparación. Dos años más tarde, en 1924, Julia Parker, americana, demostró objetivamente la acción dermatotóxica de esta substancia.

A partir de 1929, los trabajos de Burnet y sus colaboradores, principalmente Freeman y Kellway, y los de Gengou, hacen entrar en una fase nueva los estudios sobre la inmunidad estafilocócica. Los descubrimientos de Ramón para la obtención de la anatoxina diftérica, inspiraron al citado Burnet la idea de transformar la toxina estafilocócica en anatoxina, por intermedio del conejo. Este último autor ha comprobado en las mezclas de toxina y antitoxina de estafilococos un fenómeno de floculación análogo al que se ha observado con las mezclas de toxina diftérica y suero antidiftérico.

Este trabajo sirvió de punto de partida a una serie innumerable de estudios experimentales sobre la inmunización animal, todos los cuales se encuentran reunidos en las publicaciones de Nelis, de 1935, y los cuales creemos fatigoso e inútil repetir aquí. Unicamente diremos en este lugar, como adelanto a lo que luego estudiaremos con algún detalle, que, a partir de 1931, se inician por Dolman, Connor y Mac Kie, Nelis y Pierard, etc., los ensayos de tratamiento de las estafilococias humanas por la anatoxina específica y que, como consecuencia de todo ello, Gengou, en 1932, afirma ya, de un modo terminante, que la anatoxina estafilocócica inmuniza mejor que cualquier otra vacuna.

Muy recientes son las investigaciones experimentales llevadas a cabo en nuestro país por G. J. Cisneros y Cabrero, las cuales marcan el estado actual de nuestros conocimientos sobre la inmunidad estafilocócica. Resumimos a continuación sus palabras, por creerlas de singular interés para la perfecta comprensión del asunto que estamos estudiando, aunque en ellas se adelanten conceptos sobre los que hemos de insistir en el próximo artículo.

Las amplias experiencias efectuadas por estos autores han permitido deducir los hechos siguientes:

1.º Tanto el cultivo de estafilococos muertos por el calor como la anatoxina poseen un marcado carácter antigénico, que se manifiesta por la producción en el organismo de un alto grado de inmunidad, determinado, al

parecer, por dos clases de anticuerpos, unos antitóxicos y otros antimicrobianos, ambos perfectamente conocidos en sus cualidades.

2.º El carácter antigénico del cultivo de estafilococos, cuando se trata de razas toxígenas, o el filtrado tóxico, es muy parecido, ya que en ambos determina la producción de un mismo tipo de inmunidad, en la que pueden apreciarse los mismos efectos antitóxicos y antimicrobianos, entre los que sólo existen diferencias de grado.

3.º En la inmunidad provocada por el filtrado tóxico formolado o anatoxina, son más marcados los efectos antimicrobianos que antitóxicos.

4.º Según se deduce de las observaciones recogidas por los autores en el curso de sus investigaciones, la inmunidad obtenida por los cultivos muertos de estafilococos muy toxígenos es proporcionalmente inferior a la obtenida con su correspondiente anatoxina, y, en contra de lo que podía suponerse, los efectos antitóxicos más marcados que los antimicrobianos.

PROPIEDADES DE LA TOXINA ESTAFILOCÓCICA

Es un hecho perfectamente conocido de todos que en la producción de las manifestaciones patológicas debidas a la acción del estafilococo intervienen dos factores fundamentalmente distintos: la virulencia y la toxicidad, y que, según sea uno u otro el que predomine, se producen cuadros clínicos enteramente diferentes. Se entiende por *virulencia* la propiedad del germen de vivir y multiplicarse en el organismo, y por *toxicidad*, la capacidad de producir una sustancia difusible, de propiedades patológicas perfectamente determinadas.

Como muy bien resumen recientemente Debre, Bonnet y Thierffry, un cultivo de estafilococos inoculado al conejo, por vía intravenosa, mata al animal más o menos rápidamente, según el poder patógeno de la raza microbiana, la edad del cultivo y la cantidad de gérmenes inoculados. Cuando el animal muere en un breve espacio de tiempo, se encuentran en él lesiones múltiples, y, de un modo especial, abscesos renales. Cuando la supervivencia es mayor, la muerte sobreviene por caquexia. En otras condiciones, cuando el cultivo inoculado es particularmente virulento, la acción letal sobre el conejo se produce en dos o tres días, sin presentar lesiones de importancia. En el caso últimamente mencionado, la rapidez de evolución de la enfermedad y la ausencia de lesiones supurativas inclina el ánimo a pensar más en una toxemia que en una septicemia.

Las propiedades biológicas de la toxina estafilocócica pueden reunirse en cuatro grupos:

- a) Función lísica.
- b) Función escarrótica.
- c) Función neurótropa.
- d) Función letal.

a) *Función lísica*.—Se ha demostrado que el contacto de la toxina estafilocócica con la sangre provoca una lisis de los glóbulos rojos y blancos, con la liberación consiguiente de la hemoglobina. Este poder lísico ha sido comprobado, *in vitro*, igualmente, por Gengou sobre las células hepáticas, renales y esplénicas.

b) *Función escarrótica*.—Es un hecho perfectamente comprobado que la inyección en el dermis de esta toxina provoca la producción de una pápula roja que inmediatamente se escarifica, dando lugar a una ulceración necrótica.

c) *Función neurótropa*.—Nelis y Bonnet han comprobado, por inyección suboccipital, la rápida fijación de la toxina sobre el sistema nervioso. En efecto, muy poco tiempo después de esta inyección aparecen en el animal movimientos convulsivos, parálisis, contracturas y, por último, apnea, en la que sucumbe.

d) *Función letal*.—La experimentación sistemática y repetida ha permitido demostrar como un hecho constante que la inyección subcutánea, intravenosa o suboccipital, de dosis relativamente débiles, de toxina estafilocócica—0,25 a 0,10 de centímetro cúbico—, produce la muerte del animal.

Las investigaciones más recientes de Bouckaert, Picard, Bonnet, Ramón, Poncelet, etc., han permitido puntualizar aún más exactamente estas propiedades de la toxina estafilocócica.

En consecuencia, se admite actualmente que existen ciertas razas de estafilococos de una extraordinaria actividad tóxica, caracterizada clínicamente por la producción de necrosis cutánea, parálisis y trastornos nerviosos, hemolisis y fenómenos de lisis sobre otras células del organismo, hemorragias conjuntivales, ictericias, diarrea, etc.

Sin embargo, como indica Nelis, estas múltiples manifestaciones producidas directamente por la toxina en el curso de las investigaciones experimentales, difiere notablemente de las lesiones habituales provocadas en el hombre por la infección estafilocócica. Esta afirmación, aunque exacta, no tiene un valor absoluto. En efecto, el propio Nelis refiere como ejemplo en la clínica humana de las consecuencias producidas por las mencionadas propiedades de la toxina estafilocócica la osteomielitis aguda. De este modo, cuando se observa en el curso de esta enfermedad la fusión rápida del tejido óseo, no puede menos de pensarse en la presencia de una función lísica en los productos de excreción del estafilococo. Además, la elevada cantidad de antitoxina que se encuentra en la sangre de los osteomielíticos crónicos o curados es una demostración de la presencia pretérita de una toxina contra la cual ha reaccionado enérgicamente el organismo.

El conocimiento de las mencionadas cualidades de la toxina estafilocócica pone de relieve la síntesis del mecanismo patológico de gran número de los distintos cuadros clínicos producidos por el estafilococo. Del mismo modo, estudiadas experimentalmente, permiten, como veremos dentro de un momento, valorar prácticamente la actividad de esta sustancia.

A pesar de ser, como acabamos de indicar, muy importantes las propiedades de la toxina estafilocócica estudiadas hasta aquí, para nuestro particular punto de vista en este trabajo reviste una especial trascendencia su capacidad de producir en determinadas circunstancias la aparición de la inmunidad y de la antitoxina específica. De este modo, Ramón y Richou, en 1935, demostraron que, practicando instilaciones repetidas de caldo estafilocócico en el saco conjuntival del conejo, se obtenía una inmunidad estafilocócica, caracterizada en primer término por la presencia de la sangre de antitoxina, y posteriormente, por la resistencia de las células conjuntivales a la intoxicación.

OBTENCIÓN DE LA TOXINA ESTAFILOCÓCICA

Para la obtención de la toxina estafilocócica, primer paso para llegar a la anatoxina, existen diferentes mé-

todos. Un número bastante considerable de investigadores sigue la técnica propuesta por Burnet, partiendo de un medio semilíquido de caldo y gelosa, sometido, por un dispositivo especial, a una corriente de aire y anhídrido carbónico. Otros muchos autores, y principalmente Ramón y su escuela, han obtenido otros medios de cultivo, especialmente destinados a la producción de la toxina estafilocócica. Estos últimos experimentadores siembran indiferentemente los estafilococos en un medio a base de peptona, pepsina y carne de ternera, o en otro, formado por peptona Martín y maceración de carne de ternera, al que puede eventualmente añadirse un gramo de glucosa o dos de maltosa por litro. Sea uno u otro de estos medios en el que se efectúe la siembra, se hace pasar sobre el cultivo una corriente gaseosa integrada por un 80 por 100 de aire y un 20 por 100 de anhídrido carbónico. Nelis, con esta técnica de Ramón, ligeramente modificada por él, ha logrado obtener productos de un alto valor tóxico. Estos mismos resultados han sido confirmados por Travassos, Burnet y St. Thiefrey.

Mantenido este cultivo durante cinco días en la estufa a 37°, se filtra, y en este filtrado se encuentra la toxina.

Diremos, por último, que muy recientemente, y a propuesta de la "Medical Research Council", se ha adoptado una unidad antitóxica estafilocócica internacional, que permite titular las toxinas, bien sea por el método de floculación o por el de hemólisis.

(Continuará.)

Divulgaciones científicas de actualidad

HIPOGLUCEMIA ESPONTÁNEA

POR EL

Dr. HELLMUT MARX

(ADAPTADO POR M. B.)

Más que a la casuística de enfermedades poco comunes pertenece ya a la clínica corriente el síndrome de la hipoglucemia espontánea, descrito por primera vez en 1927 por Wilder. Desde entonces se han publicado más de 100 casos, entre los cuales se encuentran, desde los casos ligeros, muy frecuentes en la clínica y difíciles de diferenciar de los momentos banales, de malestar que se presentan en la vida corriente, hasta los casos gravísimos que terminan por la muerte en coma.

En cuanto a la patogenia, es indudable el importante papel que en su producción desempeñan el páncreas y la insulina, pero cada vez se pone más de manifiesto la importancia de las alteraciones de la regulación central.

Los enfermos en que la afección es más ligera presentan como síntoma ligeros vahidos, dolores de cabeza, principalmente por la mañana, accesos de desfallecimiento y malestar súbito. Muchos de estos enfermos muestran una clara hipoglucemia cuando tienen hambre, que se manifiesta frecuentemente por la mañana en ayunas, mientras que en otros, el descenso de la glucemia es más intenso después de las comidas hidrocarbonadas, y entonces aparecen las molestias de dos a cuatro horas después de las comidas. Cuando se investiga cuidadosamente, se demuestra que una gran cantidad de los enfermos con labilidad vegetativa, diagnosticados de neu-

rosis, son, en realidad, enfermos que presentan ligeros accesos de hipoglucemia.

Existe otro grupo de enfermos en los cuales la enfermedad presenta caracteres mucho más graves, en los cuales se encuentran con gran frecuencia entre los antecedentes grandes esfuerzos físicos o excitaciones psíquicas.

Es muy frecuente que se produzcan ataques que es difícil diferenciar de los epilépticos, y van acompañados a veces de síntomas piramidales, que pueden perdurar después del ataque; es necesario que todo neurólogo, en presencia de un ataque de tipo epiléptico, piense en la posibilidad de que se trate de una hipoglucemia espontánea. Son muy característicos los estados crepusculares, que van siempre seguidos de una amnesia absoluta. Muchos de los estados de sonambulismo que aparecen en los niños en las primeras horas de la mañana o después de comida rica en hidrato de carbono son debidos a la acentuación de las hipoglucemias fisiológicas. Los fenómenos vasculares, espasmos, etc., son especialmente difíciles de diagnosticar en cuanto a su etiología.

Para el diagnóstico tiene especial interés una anamnesis cuidadosa, que basta, la mayor parte de las veces, para poner sobre la pista. Es necesario investigar el comportamiento de la glucemia, después del ayuno prolongado, de la sobrecarga de glucosa y de la inyección de insulina. Lo mismo que en la hipoglucemia provocada de los diabéticos, no existe relación directa entre la intensidad de la hipoglucemia y la de los síntomas que origina, siendo ésta dependiente, muchas veces, de la rapidez con que ha disminuido la glucemia.

En los casos que la autopsia pone de manifiesto un adenoma insular del páncreas, la patogenia es sumamente clara, como ocurre con los casos de diabetes que presentan en la autopsia alteraciones pancreáticas. Pero en ambas enfermedades existe un gran número de casos en los cuales no es posible demostrar alteración alguna del páncreas, y, por el contrario, se han dado casos en los cuales la autopsia puso de manifiesto un adenoma de páncreas que no había dado síntoma clínico alguno anteriormente de hipoglucemia espontánea. La sensibilidad a la insulina inyectada es sumamente variable de unos casos a otros.

Existe una estrecha relación con la diabetes que se encuentra en gran número de los antecedentes familiares de estos enfermos, y aun en un mismo enfermo se encuentra con relativa frecuencia al lado de síntomas hipoglucémicos, y, alternando con ellos, glucosuria, hiperglucemia y trastornos del metabolismo intermediario, como ocurre en la diabetes verdadera.

Por otro lado, se encuentran datos que hablan en favor de trastornos del mecanismo regulador central, como son la aparición de la enfermedad en algunos casos después de un traumatismo craneal y la curva de hiperglucemia provocada, que en muchos casos presenta la subida rápida, la meseta pequeña y la reacción hipoglucémica que caracterizan a la participación de la hipófisis. La labilidad de los otros procesos metabólicos de la acción especificodinámica de las albúminas del equilibrio del agua, etc., ponen también de manifiesto las alteraciones centrales. Muchas veces son estímulos nerviosos los que han provocado los ataques.

El tratamiento ha de dirigirse siempre a la alteración que motiva todos los síntomas. Una dieta adecuada es el mejor tratamiento. En los casos ligeros se consigue su-

primir muchas veces todos los ataques con una dieta, de la que se han excluido todos los hidratos de carbono de fácil absorción; en otros casos, es necesario recurrir a elaborar un horario y plan muy cuidadoso para las comidas, teniendo en cuenta el perfil de la curva de glucemia durante el día. En los casos graves son insustituibles las frecuentes comidas hidrocarbonadas. Wilders ha llegado a dar hidratos de carbono cada hora para evitar un coma. En estos casos graves puede conseguirse la curación por un tratamiento quirúrgico: sección del páncreas o la extirpación de un adenoma, caso de que exista.

BIBLIOGRAFIA

DIATETIK ("DIETÉTICA"), por el Dr. W. Heupke.—Tomo XX de los Manuales de Medicina Práctica, dirigidos por Grote, Fronme y Warnekros, y editados por T. Steinkopff.—Dresden y Leipzig, 1936.—Un tomo de 192 páginas, 9,50 marcos oro (25 por 100 de descuento para extranjeros).

El tomo de Dietética redactado por Heupke no merece en nada de los anteriores. El autor, con estilo claro, redacción concisa y conocimiento perfecto de la materia, se ocupa en sucesivos capítulos de las bases científicas de la alimentación: composición química y características de los diversos alimentos; alimentación racional del hombre sano; dietética de los enfermos, tanto cuantitativa (curas de hambre, de cebamiento, seca, pobre en purina, sin hidrocarbonados, decloruradas, etcétera), y dietas cualitativas, con su utilización en los diversos procesos morbosos, y, por último, alimentación artificial.

La obra es sencilla. Se ha prescindido en ella de todo lo que significa discusión de teorías y cosas problemáticas, pero, en cambio, está puesta al día, y el médico práctico encuentra en ella todo cuanto precisa saber para prescribir la alimentación oportuna de un enfermo cualquiera. Algunos capítulos, como el de vitaminas, la dieta declorurada, el valor y utilización del café, té, cacao, alcohol y condimentos, por no citar más, son verdaderamente notables. El autor no se limita a señalar la significación e importancia de cada alimento y dieta, sino que insiste en las formas de preparación culinaria de las mismas, a fin de obtener los resultados apetecidos.

Aun con la limitación parcial de las distintas condiciones de alimentación de su país y el nuestro, la obra es utilísima a todos los que quieran tener a mano un guía sencillo y seguro que en cada momento pueda indicarles qué es lo que deben hacer y cómo lo deben hacer en materia de alimentación de enfermos.

Muy bien editada por la Casa Steinkopff, y de coste módico, en comparación con otras obras editadas en Alemania, coste que para nosotros está reducido en un 25 por 100 del mercado.—F. G. D.

MINISTERIO DE LA GUERRA.—SECCIÓN DE SANIDAD.—RESUMEN DE LA ESTADÍSTICA SANITARIA DEL EJÉRCITO ESPAÑOL CORRESPONDIENTE AL AÑO 1933.

Hemos recibido el folleto correspondiente a la Estadística Sanitaria de nuestro Ejército en el año 1933, y se consignan en cuadros numéricos, gráficas y mapas las cifras de ingresados y muertos en nuestros hospitales

militares, clasificados por regiones, por Armas o Cuerpos y por enfermedades diversas, ateniéndose para éstas al nomenclátor internacional.

Aunque no se hace consideración alguna sobre las cifras que se señalan ni se dan normas o guías para interpretarlas debidamente, por lo que es fácil incurrir en errores al juzgarlas, sin embargo, hay algunos hechos bastante llamativos para poder formar juicio acerca de ellos, y como la sanidad de nuestro Ejército es, por una parte, reflejo bastante exacto de la civil, y, por otro lado, influye más de lo que parece en el porvenir de la Sanidad nacional, queremos señalarlos.

Respecto a las infecciones, poco hay que decir, y ello en elogio de la Sanidad castrense. Las cifras de viruela son insignificantes, aunque debieran ser nulas, y sólo se registran dos entrados en la circunscripción Occidental de Marruecos. Tampoco la tifoidea hace víctimas entre nuestros soldados; la vacunación antitífica es obligatoria, y sólo hay 38 asistidos en toda la Península y 32 en Africa. Descontando dos que existían ya en 1.º de enero, quedan 68 entrados en el año, o sea 0,55 por 1.000 soldados. De los 68 ingresados, 47 lo fueron en el trimestre agosto-octubre. Los que recordamos cifras de 3 y 4 por 100 en nuestro Ejército, no podemos por menos de felicitarnos de haber acabado con esa plaga.

La tuberculosis sigue ocasionando víctimas. La pulmonar da 8,72 por 1.000 de ingresados, y las de otros órganos, 0,37; en total, un 9 por 1.000. Ciertamente se la diagnostica pronto y bien y sólo mueren 0,40 por 1.000, pero el resto sale sin asistencia ulterior, ni siquiera con vigilancia sanitaria, y va a diseminar su dolencia por toda España.

Sigue siendo enorme la cifra de enfermos venéreos: 2.916 ingresados por blenorragia, 1.698 por chancro blando y 2.853 por sífilis; estando establecida en el papel la profilaxia antivenérea para lo civil y para lo militar, nos parecen demasiados. La sífilis va francamente en aumento: de un 16,28 por 1.000 de ingresados el año 1924, se llega a un 23,45 en 1933. Para la blenorragia, las cifras se mantienen más estacionarias, y sólo el chancro blando desciende. De todos modos, hay regiones, como la primera (Madrid), en la que las cifras son elevadísimas, mientras que en la cuarta (Barcelona) se registran las cifras mínimas durante los últimos años, con diferencias tan grandes para la sífilis como son 57,12 por 1.000 en la primera región, y 4,39 en la cuarta para el año que nos ocupa. Y como en los años 32 y 31 se aprecian las mismas diferencias extremas, hay que pensar en que la Sanidad civil—que es la directamente responsable de esto—, es muchísimo más deficiente en este punto en Madrid que en Barcelona. De todos modos, parece que la sífilis es menos frecuente en algunas regiones como la catalana, Burgos, las Vascongadas y Galicia, en donde constantemente se encuentran cifras bajas de atacados.

Hagamos notar, por último, el número no escaso de neumatismo agudos—cerca de 20 por 1.000—, enfermedad terrible por las secuelas que a esta edad suele dejar tras sí, y la escasez de neumonías típicas—sólo 173 en el año, y todas localizadas en las regiones del Norte: Burgos, Valladolid y Coruña—, mientras que apenas si se vieron en Madrid.

Cada año se aprecia alguna mejora en la confección

de los cuadros, y aparece alguno nuevo, útil siempre, para formarse idea más acabada de la Sanidad de nuestras tropas.—F. G. D.

MEDICINA AERONÁUTICA Y AVIACIÓN SANITARIA.—*Antonio Box*.—Un tomo de 124 páginas, con 20 figuras y grabados en el texto.—Madrid-Ceuta, 1936.—5 pesetas.

El Dr. Box es un joven médico militar, que, dado los comienzos de su carrera, siente afición por las cosas del aire. Por lo que nos cuenta en el prólogo, al acabar la carrera, antes de ser médico militar, fué ya médico de un Aéreo Club en Mallorca, y allí comenzó a planear la obra, que después maduró y perfeccionó durante su estancia en Madrid como médico alumno de la Academia de Sanidad, y que finalizó en Ceuta.

El autor ha tratado, indudablemente, de recopilar lo mucho que anda disperso en artículos de revistas y en folletos, haciendo con todo ello un resumen, muy puesto al día, de todos estos asuntos, y lo ha conseguido. Hay que agradecerle su labor, porque no contábamos con manuales de esta clase. Su experiencia personal no es mucha, pero está bien orientada.

Una exposición clara y bastantes dibujos y fotografías hacen agradable la lectura de la obra, que recomendamos a los que quieran iniciarse en estos asuntos.—F. G. D.

ERBANLAGE UND VERBECHEN ("Predisposición hereditaria y crimen").—Investigaciones psiquiátricas y características en los familiares de criminales. *F. Stumpf*. Tomo 61 de las monografías sobre temas de neurología y psiquiatría, dirigidas por O. Foerster y E. Rüdin, y editadas por J. Springer (Berlín). Un tomo de 302 páginas, con 18 gráficos.

El Dr. E. Rüdin (Munich) es sobradamente conocido como impulsor y trabajador infatigable en todas las cuestiones de eugenesia y de herencia. A él se deben interesantísimos trabajos sobre herencia de las diversas enfermedades mentales, y pocos han influido como él en la promulgación de las leyes de defensa de la raza en Alemania. A su lado, y en su colaboración, trabaja en Munich el autor de esta monografía, el Dr. Stumpf, que se ha dedicado de un modo especial a cuestiones de criminología, estudiando las relaciones entre crimen y enfermedades y trastornos mentales. Entre sus obras y trabajos descuellan, de un modo llamativo, esta monografía, en la que da cuenta de sus estudios acerca de frecuencia de psicóticos y de psicópatas en los criminales y, más especialmente, en sus familiares. La obra está hecha con un rigor científico que estaba haciendo mucha falta en estos estudios, en los que tanto se había abusado de las frases hechas, de lugares comunes y de prejuicios que venían repitiéndose, sin que hubiera nada que los autorizara ni confirmara. Las conclusiones son interesantes. Demuestra cuán raras son las psicosis—enfermedades mentales propiamente dichas—en las familias de los criminales; en cambio, abundan los psicópatas, es decir, los que padecen anormalidades en su carácter y en su personalidad, especialmente en los que no son criminales de ocasión reincidentes, en los que no son capaces de modificarse ni se dejan influir apenas por el mundo externo. Acepta para el estudio de los psicópatas el concepto y la clasificación de K. Schneider; señala como extremada-

mente peligrosa la asociación de la hipertimia con la falta de sentimientos éticos y de todas clases; discute, y pone en serio entredicho, la concepción de los epileptoides, y en todos cuantos asuntos estudia pone de relieve su concienzudo trabajo y su excelente criterio.

Lástima que estas obras sean tan difíciles de poner al alcance de todos, pues lo limitado de su público impide que los editores se lancen a traducirlas, y lo serio de su obra las hace repulsivas para la turbamulta de leguleyos y de peritos que en los juicios públicos hacen tan brillante como triste papel repitiendo y sosteniendo errores que apenas si pasan ya por el mundo científico.—F. G. D.

DAS VENTRIKULOGRAMM ("EL VENTRICULOGRAMA"), por *Erik Lysholm*, con la colaboración de *B. Ebenius* y *H. Sahlstedt*. Suplemento núm. XXIV al Acta Radiológica. Estocolmo, 1935.

El presente folleto, esmeradísimo editado, es sólo la primera parte de la publicación, y trata de la técnica roentnológica para la obtención del ventriculograma. Esta técnica ha tomado gran impulso con el perfeccionamiento de la cirugía, que permite intervenir en muchos casos de tumores cerebrales, pero necesita una corrección y una seguridad, que, hasta la fecha, no se ha logrado por completo. Los autores estudian primeramente la anatomía del espacio que rellena el líquido cefalorraquídeo, para lo que acompañan a una descripción clara y precisa esquemas y fotogramas muy perfectos. Hablan luego del ventriculograma normal, y, después, se ocupan de las técnicas de la ventriculografía, bien sea sirviéndose del aire, ya recurriendo al aceite yodado. Describen con gran detalle los métodos que pueden seguirse en cada caso, y hacen una sucinta crítica de las mismas. La parte gráfica, ya hemos dicho que es muy abundante y perfecta, y facilita la comprensión, incluso a los profanos en la materia.—F. G. D.

PERIODICOS MEDICOS

J. BERETERVIDE, D. DI BENETO y D. BARRIOS.—*Tratamiento de la úlcera gastroduodenal por medio del benzoato de sosa endovenoso (método de Bazzano)*.

Alentados por los trabajos de Bazzano, hemos empleado este tratamiento en varios casos, y podemos decir:

De los 10 casos así tratados, en cinco hemos observado elevación precoz de los valores ácidos después de la inyección de benzoato de sodio, en tres sólo ligera disminución, y en los otros dos, el benzoato ha determinado un ascenso progresivo de la acidez total y clorídrica hasta el final de la experiencia.

De los 16 enfermos tratados, 14 eran ulcerosos gástricos o duodenales y dos hiperclóricos con gastritis. En éstos obtuvimos mejoría en sus trastornos subjetivos en un caso. De los 14 ulcerosos, el resultado fué negativo en 11, favorable en uno, y en los dos casos restantes no pudo continuarse la observación.

Por tales razones, y de acuerdo con nuestras investigaciones, consideramos que el método de Bazzano resulta ineficaz en el tratamiento del úlcus gastroduodenal.—(*La Prensa Médica Argentina*. Buenos Aires, 22 de abril de 1936, núm. 17, pág. 1.035.)—M. A. C.

BAJKAY.—*Modo de hacer abortar los romadizos en sus comienzos.*

Ante todo, suprimir la ingestión de líquidos durante las primeras veinticuatro horas y administrar una dieta seca. Son muy útiles los baños de luz de Brünig, elevando progresivamente la temperatura hasta 60 y aun hasta 90°. Los baños durarán una media hora. Mas, como esto no siempre es posible, hay que recurrir al yodo. La mejor fórmula, según el autor, es la siguiente:

Yodo puro	0,3 gr.
Yoduro potásico	3,0 —
Agua destilada	30 —

Para tomar cinco a 10 gotas diarias en agua o leche. Si el catarro es muy fuerte, pueden doblarse, y aun más, el número de gotas.

Para aliviar la obstrucción nasal, tan incómoda sobre todo por la noche, restringir la secreción de la mucosa y mitigar el dolor de cabeza, se recomiendan las inhalaciones o rapés de polvos de ortoformo, sozoyodato sódico, bolus alba, renoformo y mentol. También puede abrir las narices aplicando dos o tres veces al día la disolución de suprarrenina, cuyas propiedades anemiantes son bien conocidas.

No hay que olvidar que los romadizos son muy graves en los niños de pecho y en los viejos, pues en ambos pueden ir seguidos de neumonías amenazadoras. En los niños de pecho, el romadizo dificulta la alimentación, pues, al mamar el niño, no respira por la boca, y no puede hacerlo tampoco por la nariz. A fin de evitar esto, se instilarán en las fosas nasales unas gotas de aceite mentolado (mentol, 0,3 gramos, y parafina líquida, 100 gramos), o de suprarrenina, en disolución al medio por mil. (*Zeitschrift f. arzl. Fortbildung*, 1936, núm. 5.)—F. G. D.

G. MARAÑÓN, COLLAZO, I. TORRES y E. RODA.—*La acción de los extractos hepáticos sobre la colesteroína y la eliminación de la colesteroína por la bilis.*

El extracto hepático—sea cual sea el laboratorio de donde proviene—determina una hipercolesterinemia clara y constante; ésta se manifiesta asimismo cualquiera que haya sido la vía empleada en la administración de la misma.

La hipercolesterinemia, consecutiva a la inyección de extracto hepático, se produce rápidamente al cabo de quince minutos, y alcanza su máximo a la media hora poco más o menos, disminuyendo enseguida con mayor o menor rapidez, según las condiciones experimentales, para volver a la cifra inicial a la hora de empezada la experiencia.

Los autores nos dicen que han obtenido idénticos resultados en el conejo, en el perro y en los enfermos afectados de addisonismo. Con respecto al desenvolvimiento de la curva colesteroínica, vemos que es más lenta en el hombre que en el animal.

El estudio de eliminación de la colesteroína por la bilis en los perros con fistula biliar demuestra que esta eliminación, después de la inyección de extracto hepático, es paralela a la curva de colesteroinemia.

Los resultados obtenidos nos dicen que permiten la hipótesis de que exista en el hígado una substancia movilizadora de la colesteroína; esta substancia tendría que ser de tipo hormonal.

La acción hipercolesterinémica de los extractos hepáticos es paralela a su acción antianémica; sin embargo, hoy por hoy es imposible decir si se trata de la misma substancia o de agentes distintos.

Terminan su trabajo diciendo que, si los extractos hepáticos se calientan a una temperatura de más de 120 grados, se anula su acción hipercolesterinémica. (*Revue Medico-Chirurgicale des Maladies du Foi, du Pancréas et de la Rate*, núm. 3, pág. 166, mayo-junio 1934.) J. H.

LEVADITI y REINIE.—*Modo de dispersión del virus linfogranulomatoso en el sistema retículo-endotelial de los monos receptibles.*

La dispersión del virus linfogranulomatoso en los diversos territorios del sistema retículoendotelial de los monos inoculados por vía intracerebral, se explica por la virulencia de la linfa y de los glóbulos blancos de la sangre. Sin embargo, la sangre total puede aparecer como desprovista de virulencia, mientras que los leucocitos la encierran en alto grado. Esto se explica por las propiedades virulicidas que puede poseer, aun normalmente, el suero de los monos. (*Cont. Rend. de la Soc. de Biol.* Tomo 118, núm. 2, 1935.)—T. B.

H. CHAOU, de Berlín.—*Radioterapia a corta distancia.*

La radioterapia a corta distancia está caracterizada por la aplicación de dosis muy elevadas solamente en la región enferma; los tejidos sanos situados alrededor y debajo de la región no son irradiados, de manera que quedan capaces para tomar parte en la reparación consecutiva a la radiación. La distribución de la dosis es obtenida por la producción de una disminución rápida de la intensidad en el interior de los tejidos y por el empleo de aparatos de metal, dando un campo de irradiación de 9 a 25 cm². La corta distancia del foco necesaria se obtiene por el empleo de un tubo monopolar, de tipo nuevo, con una tensión constante de 60 kv., y una filtración total equivalente a 0,2 mm. de cobre.

Las dosis, de 300 a 500 "r", se administran durante dos a cuatro minutos, todos los días. La dosis total, aplicada en el curso de dos a cuatro semanas, es de 5.000 a 10.000 "r". Estos datos muestran que la nueva terapéutica por rayos X tiene muchos puntos de semejanza con la terapia ordinaria por radio.

Hasta fines de 1935, llevamos tratados 231 casos por este método, con un período de observación hasta de cuatro años. La estadística comprende casos de cáncer de los labios, de la boca, de los párpados, de la nariz, de las orejas y de la superficie del tronco y de los miembros.

La utilidad de este método no está limitada a los casos de tumores situados en la superficie, cerca de la superficie del cuerpo o en cavidades accesibles. Recientemente ha sido aplicada a los tumores profundos, principalmente del recto, hechos accesibles por cirugía. Los resultados obtenidos en estos casos son muy alentadores.

Este método está contraindicado en los grandes tumores o cuando hay numerosas metástasis, así como los casos intensamente tratados por rayos X o por radio. ("Proceedings of the Royal Society of Medicine", volumen XXIX, núm. 7, Londres, mayo 1936, pág. 791.)—M. A. C.

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.—ACADEMIAS Y SOCIEDADES.—Sentido pésame.—La Real Sociedad de Medicina de Londres y el Dr. Marañón.—El Dr. Torre Blanco y el Seguro Social de Enfermedad, por J. H. S.—Temas profesionales: Unión, por José Dolset.—Cruzada Pro Reivindicación Médica: Plumas..., ¡en guardia!, por A. Lozano Borroy.—Presente, por Angel F. Domínguez.—Rápidas impresiones de la Asamblea de Miranda, por Ramón Paadín Estrella.—Orientación del problema balneario en España y estudio de la reorganización del Cuerpo de Médicos de Baños.—Sección oficial.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Tertulia.

BOLETIN DE LA SEMANA

Una advertencia obligada

La sucesión de los conflictos llamados sociales, que llega en estos días a poner en angustiosa situación la vida española, tiene un aspecto, en lo que se refiere a la Sanidad en Madrid, que no puede pasar inadvertido a quienes, por obligación y aficiones, se mantienen, como nosotros, siempre alerta en la vigilancia de los problemas que pueden poner en peligro la salud pública.

Madrid es una población en la cual las enfermedades evitables no sólo no han podido ser desterradas, sino que gozan de ancho campo para su desarrollo, que se refleja en estadísticas muchas veces vergonzosas para una nación como la nuestra, que debiera ocupar rango muy distinto en la escala de la civilización sanitaria.

Si a estas condiciones de descuido, que pudiéramos llamar *normal* para Madrid, se añaden las que venimos sumando desde hace una temporada, por motivo de las huelgas de oficios que tienen influencia inevitable en el buen funcionamiento de los servicios públicos, se llega a crear un estado de evidente peligro, al cual nos queremos referir en esta advertencia, que dirigimos, no sólo a las autoridades sanitarias, no sólo al Gobierno de la nación, sino también a la clase médica y a los vecinos de Madrid.

La política que hoy se ejerce no permite, según parece, ir a la mano en el remedio de ciertas actitudes que mantienen barrios de Madrid populosos y de deficiencia marcada en salubridad, sin servicio de aguas, que es el elemento básico de la canalización sanitaria urbana, y que han tenido sin agua durante semanas hospitales de importancia señaladísimos. Al propio tiempo, toma un auge dramático el consumo de sustancias alimenticias en deficiente estado: la fruta, las carnes y los pescados hay zonas de Madrid en que se consumen en situación inaceptable.

El hambre y la miseria se dejan sentir de modo por todos conocido, que mantiene el espíritu de asalto en las masas, conforme se ha proclamado en el Parlamento por diputados de tendencias distintas. Y las autoridades de Sanidad municipal y de Sanidad del Estado se mantienen en una cohibida actitud, al amparo de la cual se viene desarrollando todo gé-

nero de abusos contra la higiene pública. No hay más que ver en Madrid el descaro con que se procede a la venta de helados, refrescos, mariscos y chucherías, sin el más ligero control, y frente a esto, una campaña en que se dice que cada cinco minutos muere un niño; nos parece demasiado optimista el que hizo tal cálculo, y, sobre todo, si las cosas siguen así, auguramos que antes de primero de septiembre morirán en Madrid más de media docena de niños por minuto, y que la viruela, la disentería y la tifoidea no tardarán mucho en presentarse en forma amenazadora para todos.

Si el Gobierno no puede obligar, o no quiere hacerlo, a que los servicios públicos estén debidamente atendidos; si el Ayuntamiento, o Comisión gestora, o lo que sea, entiende que estos asuntos son de poca monta para su personalidad superpolítica y superrevolucionaria, pidamos desde estas columnas a los médicos que hagan una campaña humanitaria para intensificar cuando menos la labor de vacuna contra la viruela y la tifoidea, y que por el Colegio de Médicos de Madrid se eleve al Gobierno una razonada protesta de que se ponga en tales riesgos la salud de una gran ciudad por abandono incalificable.

DECIO CARLÁN.

ACADEMIAS Y SOCIEDADES

ACADEMIA MEDICOQUIRURGICA ESPAÑOLA
Presidencia. Dr V. M. Nogueras

(Sesión del 22 de junio de 1936.)

SESIÓN ESPECIAL DEDICADA A LA "FÍSICA, MEDIDA Y RESULTADOS DE LA TERAPÉUTICA POR LA ONDA CORTA", por el Dr. Carlos Gil y Gil.

Comienza diciendo el ponente cómo la terapia por ondas cortas representa un nuevo método de tratamiento, que tiene gran afinidad con los procedimientos diatérmicos antiguamente empleados, y que se diferencia de los mismos en sus características de tipo, tanto físico como biológico, o sea totalmente fundamentales.

En la práctica pueden muy bien utilizarse ondas entretenidas y amortiguadas, según sean producidas las interrupciones por una válvula eléctrica o por un estallador de chispa, corrientemente llamado chispómetro.

Los primitivos aparatos de estallador, dice cómo generaban ondas de longitud muy variable, y, así, junto a la onda predominante, existían otras de mayor y menor longitud que enmascaraban la pureza de la emisión.

El eminente Prof. Raab nos dice en sus trabajos que los modernos aparatos de estalladores generan ondas de gran pureza, comparables en un todo a las producidas por dispositivos con válvula electrónica.

En general, los aparatos de válvula, con igualdad de condiciones electrónicas, producen mayor rendimiento y una gran pureza en la longitud de onda emitida. Hasta el día de hoy, son idénticos los resultados terapéuticos que se obtienen empleando indistintamente los resultados mencionados.

Con respecto al campo de las indicaciones por onda corta, nos dice el Dr. Gil y Gil que es de una gran extensión; sin embargo, estima que, en tiempo no lejano, se habrán delimitado las aplicaciones médicas de las ondas cortas y extracortas a aquellos procesos que con toda evidencia se benefician de su influencia, y se encontrarán asimismo nuevas aplicaciones en procesos que no han sido investigados o insuficientemente estudiados hasta la fecha.

Para comparar los resultados clínicos habidos con las ondas cortas y los otros métodos terapéuticos—quirúrgicos, radioterápicos, etc.—, se precisan con toda intensidad estadísticas numerosas, que, hasta la fecha, no se han publicado. Mientras tanto, es de todo punto imposible el enjuiciar con certeza el valor terapéutico del método.

Asimismo dice el ponente cómo tampoco es sabido hoy en día si la terapéutica por las ondas cortas en combinación con otros medios terapéuticos puede dar una mayor ventaja.

Estima a continuación de urgencia el buscar una estandarización de los métodos de tratamiento y un sistema de mediciones práctico y seguro que nos indiquen con la máxima aproximación la energía que se aplica en cada uno de los casos.

Dice cómo no se sabe con exactitud el mecanismo de acción de las ondas cortas, y que es evidente que el calor producido no es el causante exclusivo de los resultados terapéuticos obtenidos. Débese pensar que la calidad de la radiación y la especificidad de la longitud de onda influyen de gran manera sobre la curación del proceso. Mientras que un gran número de autores, entre otros, Schliephake, emplean grandes cantidades de energía, el vienés Liebensni y los franceses Dres. Saidmann y Cahem trabajan con pequeñas cantidades, que apenas si producen calor perceptible por el enfermo. El Dr. Gil y Gil estima que el "optimum" es una energía de mediana intensidad.

Termina su ponencia diciendo que existe, por tanto, en el espesor de los tejidos una transformación de energía, a cuyo proceso físico debemos atribuir el mecanismo de curación.

"FÍSICA, MEDIDA Y RESULTADOS TERAPÉUTICOS DE LA TERAPÉUTICA POR LA ONDA CORTA", por el Dr. Emilio Larru Fernández.

Comienza éste su trabajo diciendo que, en los actuales momentos, los aparatos generadores de ondas cortas que disponen de emisor o emisores de tubo-válvula son los más apropiados para verificar con ellos la terapéutica médica. Con respecto a la potencia mínima de dichos aparatos de onda corta para tratamientos locales es la de aquellos que se anuncian que rinden 300 voltios.

Con respecto a la comprobación de rendimiento de un aparato de onda corta, dice debe hacerse en el circuito

terapéutico, siendo la prueba fisiológica actualmente la más fiel y sencilla para conseguir aquélla.

Las longitudes de onda más convenientes, a su juicio, para la práctica médica son, por el momento, las comprendidas entre seis y 25 metros, y los datos que los ondómetros nos dan son de orden puramente cualitativo. Los aparatos que disponen de dos o más longitudes de onda, fijas o variables, tienen ventajas indudables sobre los que disponen de una sola.

El acondicionamiento apropiado de la habitación, nos dice Larru, es de un gran interés para lograr un mejor rendimiento del generador.

Con respecto a los electrodos, dice que los de Schliephake han de emplearse en los casos en que se deseen obtener efectos térmicos profundos: los de carácter flexible en los tratamientos de las extremidades, y siempre que el calentamiento que se desee conseguir corresponda a capas superficiales.

Estima que el enfermo, para ser tratado por la onda corta, debe desnudarse y quitarse los vendajes, y antes de empezar la sesión con la misma, el paciente ha de ser advertido de las sensaciones térmicas que debe percibir durante ella, así como de la conveniencia de exteriorizar la menor molestia.

La correcta aplicación y selección de los electrodos supone uno de los puntales sobre los que se apoya la técnica en las aplicaciones de onda corta.

Para el autor, los mejores efectos se obtienen con grandes distancias de aire—hasta unos cinco centímetros como máximo—, que presuponen ondas muy cortas y de una gran intensidad.

Con respecto a esta última, e igualmente con relación a la duración de cada sesión, nos dice cómo no hay reglas absolutas, y quedan ambas cosas al criterio del médico conocedor de los fundamentos del método la elección de las más convenientes. Igual puede decirse en relación con el número de sesiones que deben instituirse a cada enfermo.

Es de absoluta necesidad que durante el tiempo que se desarrolle la sesión de onda corta el enfermo sea vigilado por el médico o por personal de su confianza.

Con respecto a los fracasos, estima el Dr. Larru que son debidos en la mayoría de los casos—aparte de los ocasionados por una falta de diagnóstico o de indicación—, a defectos en la elección de la técnica más apropiada y de su ejecución.

Con relación a las técnicas electropirécicas, nos dice que utilizando la onda corta se requiere el empleo de un aparato generador de una potencia mínima de 700 voltios, así como una línea eléctrica adecuada. No cree aquí oportuno el uso de los electrodos laterales.

Con objeto de quitar el sudor durante la sesión de onda corta, es lo mejor el utilizamiento de mantas. Y termina su ponencia diciendo cómo las características de cada enfermo y afección a tratar serán la base de la temperatura a que debe llegarse como máximo, así como la duración y número de sesiones. El Dr. Larru, en el curso de su disertación, se auxilió ampliamente del aparato de proyecciones.

El Presidente de la Academia dice que, dado lo avanzado de la hora, se suspende la sesión, por lo que la lectura de la ponencia del Prof. Fernando Enríquez de Salamanca y la discusión de las tres se verificará en la próxima, que será mañana martes, a la misma hora de costumbre.—J. H. S.

Medalla de Oro, Exposición Universal, París 1900.

Granulos de CATILLON

0.001 Extracto Normal de

STROPHANTUS

Con estos gránulos se han hecho las obras discutidas en la Academia de Medicina, París 1889. Proban que 2 ó 4 producen pronta diuresis, reaniman el corazón debilitado, disipan

ASISTOLIA — DISPNEA — OPRESION — EDEMA — Lesiones MITRALES

Granulos de CATILLON

0.0001

STROPHANTINE

CRISTAL

TÓNICO del CORAZON por EXCELENCIA

Efecto inmediato — Uso continuo sin inconveniente ni intolerancia. — Exigir la firma CATILLON

Premio de la Academia de Medicina de París, por "Strophantus y Strophantine"

Laboratoire CATILLON, 3, Boulevard St-Martin, PARIS
Agentes para España, GIMÉNEZ-SALINAS y C^a, Avda. Eduardo Dato, 10, MADRID

ION-CALCINA

PALLARES

Hemostático-reconstituyente

a base de *cloruro de calcio*

FRASCO.-Para uso interno

AMPOLLAS.-Inyección intravenosa

Laboratorio M. PALLARES

Plaza Mosén Sorell, 6

VALENCIA

STROPHANTIUM

PALLARES

Tintura de estrofantus, especial-
mente preparada y exactamente
dosificada

EN LA TUBERCULOSIS

LABORATORIOS ABELLO

Vinaroz 5 MADRID



Croscanil
Tiosulfato doble de Oro y Sodio

INYECTABLES

para el tratamiento de las afecciones de las vías respiratorias

OPTOBALSAN

(OPTOQUINA Y BALSAMICOS)

Fórmula Adultos

Optoquina.....	0,03 gr.
Hidrastina.....	0,002 gr.
Colesterina.....	0,05 gr.
Alcanfor.....	0,20 gr.
Gomenol.....	0,20 gr.
Guayac l.....	0,10 gr.
Aceite de olivas lavado	c. s. para 3 cc.

Fórmula Niños

Optoquina.....	0,015 gr.
Hidrastina.....	0,001 gr.
Colesterina.....	0,025 gr.
Alcanfor.....	0,10 gr.
Gomenol.....	0,10 gr.
Guayacol.....	0,05 gr.
Aceite de olivas lavado	c. s. para 1,5 cc.

Representante para Madrid y provincia:

Don Antonio Sánchez Soubrier. - Glorieta San Bernardo, 8 (Farmacia)

Laboratorio Vda. de Salvador S. Ortiz. - BAZA (Granada)

(Sesión del 23 de junio de 1936.—Última del curso.—

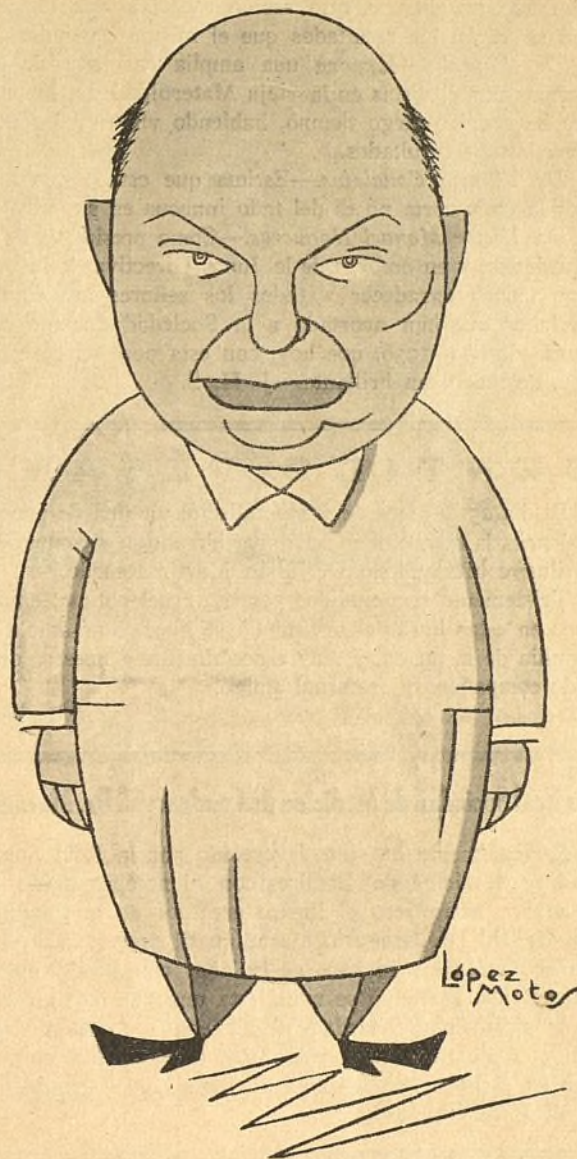
FÍSICA MÉDICA Y RESULTADOS DE LA TERAPÉUTICA POR LA ONDA CORTA, por el Prof. Fernando Enríquez de Salamanca.

El Dr. Salamanca comenzó su disertación con unas ligeras consideraciones acerca de las ondas cortas. Estas producen tanto más efecto cuanto menor es su longitud; en las de 15 a 6 metros de longitud de onda se produciría un calentamiento de los tejidos, y por debajo de esta longitud de onda se obtendría el calentamiento de las células. Los cuerpos no conductores transmiten mejor el calor cuanto menor es la longitud de la onda. Explica detenidamente el peligro que puede existir con las ondas cortas, de hacer hervir las micelas intracelulares. Aparte de esta acción térmica de la ondoterapia, no hay duda que desarrolla ésta también una acción directa sobre el dinamismo vital. Clínicamente, considera el influjo de este método terapéutico sobre los siguientes órganos y sistemas: en los músculos lisos, la ondoterapia determinaría, primero, relajación; luego, constricción, seguida en último extremo de nueva relajación, lo que habría que tener en cuenta para el tratamiento de los espasmos y atonías vasculares. Los vasos son tanto más sensibles a la ondoterapia cuanto más estrechos son—cuadro de la glomerulonefritis—. En las tromboarteritis se puede emplear esta terapéutica, como lo ha hecho el ponente, en su clínica de la Facultad de Medicina, con excelente resultado. La hipertensión arterial no se modifica por el tratamiento local, sino por el general. Puede emplearse también como tratamiento del estreñimiento espástico o atónico. En el asma bronquial no ha visto efectos apreciables. En las flogitis ha apreciado un efecto beneficioso en las de tipo crónico, y poco favorable en las agudas, en las que, en general, cree que no se deben emplear las ondas cortas. Las ondas cortas aumentarían las defensas de un modo general sin tener una acción específica propiamente dicha. La inflamación tuberculosa no es justificable del tratamiento por ondas cortas. En los traumatismos asépticos, su acción es francamente buena. En el reumatismo crónico, igualmente beneficiosa. En las artritis tuberculosas produciría malos efectos. Igualmente originaría malos efectos en las glomerulonefritis agudas o crónicas. Como analgésica, la ondoterapia debe tenerse siempre en cuenta. Por último, como una prueba de la estimulación funcional que esta terapéutica produciría, señala el ponente que la irradiación de hígado aumenta la diuresis.

Dr. Vital Aza y Díaz.—Comienza elogiando el acuerdo de la Junta Directiva al elegir para una ponencia especial esta que en la tarde de ayer y hoy han traído los Dres. Gil y Gil, Larra y Salamanca, “y permitidme—dice—que dirija mis más fervientes y sinceros elogios hacia la de este último, ya que es un compañero de carrera al que, no viendo más que de tarde, me une una grande y emocionada amistad”.

Continúa diciendo cómo en Ginecología existía antes de la terapéutica por la onda corta un difícil bache. Tal era el del paso del proceso agudo al crónico, en el cual nada podía hacerse. Hoy, merced a ésta, este estado recibe muy beneficiosas influencias. En los demás procesos de índole ginecológica habremos de confesar con toda sinceridad que esta terapéutica no rinde efectos que puedan valorarse intensamente.

En los casos de mastitis va bien la onda corta, si bien



El Dr. Francisco Luque, nombrado recientemente socio del International Medical Club of American.

si se hallan drenadas, según decía muy acertadamente el Prof. Salamanca.

Dr. Fernández de la Portilla.—El no conocer muy bien este medio terapéutico y el no poseer el mismo en los servicios que dirijo me hace imposible disertar sobre él ampliamente.

Dice cómo si, este método da resultados en la parálisis general, será una terapéutica magnífica.

Con respecto a los resultados que la citada terapéutica da en los procesos dermatológicos, dice va muy bien en las linfogranulomatosis inguinal subaguda o enfermedad de Nicolas y Favre, si bien no substituye al antígeno de Frei.

Dr. Piga.—Habla de la arsonvalización, y dice cómo la onda corta salió de ésta. Con respecto a los efectos de calor que produce, dice cómo los mismos son muy diferentes de los que posee la diatermia. Y termina con unas consideraciones acerca de la acción germinicida, según la longitud de onda que se emplee. Cree asimismo necesario que la Junta Directiva traiga de nuevo

el curso próximo, a otra sesión especial, este tema, y así se verán los resultados que el mismo ha dado.

Dr. Parache.—Expone una amplia casuística de enfermedades por él vistas en la vieja Maternidad y a las cuales ha seguido largo tiempo, habiendo visto en las mismas buenos resultados.

Dr. Alonso Canalejas.—Estima que esta terapéutica por la onda corta no es del todo inocua en sus efectos.

Dr. Víctor Manuel Noguera.—Como presidente de la Academia, y en nombre de la Junta Directiva de la misma, quiero agradecer a todos los señores académicos la labor que han aportado a la Sociedad durante este curso de 1935-1936, que hoy, con esta ponencia, se cierra, de modo tan brillante.—J. H. S.

SENTIDO PÉSAME

El día 25 del mes de junio falleció, víctima de penosa dolencia, la madre de nuestro querido amigo y compañero el ilustre oftalmólogo D. Julián Martín Renedo.

Tristemente sorprendidos por tan cruel noticia, enviamos en estas líneas el testimonio de nuestro pésame a la familia de la finada, y muy especialmente a nuestro querido compañero y fraternal amigo.

L. R.

La Real Sociedad de Medicina de Londres y el Dr. Maraño

Recientemente ha sido favorecido por la Real Sociedad de Medicina de Londres con el nombramiento de Miembro extranjero el ilustre profesor de la Facultad de Madrid Dr. Gregorio Maraño. El gran aprecio que en el Extranjero se hace de la labor científica y cultural del Dr. Maraño se manifiesta una vez más en esta prueba que una Sociedad de abolengo tan significado rinde al ilustre clínico madrileño, llamándole a colaborar en el hogar de las más distinguidas personalidades médicas de Inglaterra.

El Dr. Torre Blanco y el Seguro Social de Enfermedad

En el Colegio de Médicos, el Dr. Torre Blanco disertó en este cursillo acerca del tema "El servicio de especialidades y la asistencia en el Seguro de Enfermedad". A la conferencia asistió un gran número de médicos, y, como en las anteriores, fué presentado el orador con frases, de gran cariño y encomio, por el presidente del Colegio, Dr. Velasco Pajares.

"Quiero ante todo—comienza diciendo Torre Blanco—agradecer al Dr. Velasco Pajares las palabras que acaba de decir y el gesto que ha tenido al invitarme, con gran gentileza, a ocupar esta tribuna; pero he de decir que vengo a ella, no como representante del Instituto Nacional de Previsión, al cual pertenezco como inspector del Seguro de Maternidad, y si tan sólo con mi modesta representación personal, que va a aportar a esta charla un pensamiento honrado y sentido desde hace ya mucho tiempo; y si en la conferencia algún dato se desliza en referencia con el Instituto y con el Seguro de Maternidad, estad seguros que los doy a título particular y porque no hay otro remedio para el mejor desarrollo de la misma.

"En primer lugar, tenemos que ver nosotros si el Seguro debe dar los servicios de especialidades y hospitalarios que yo he destacado en el título de mi charla de esta noche ante vosotros. En casi todos los países donde aquél se ha implantado de una manera efectiva se dan los mismos. Uno de los que no lo hacen así es Inglaterra, y por eso, al margen del Seguro hay otras entidades que los facilitan al asegurado. Y esto lo digo con respecto a las naciones donde el Seguro de Enfermedad es de carácter obligatorio, ya que en países como Bélgica, que aún no tienen implantado el Seguro, pero sí aceptado el Convenio de Ginebra, dan las entidades privadas los tales servicios. En los Estados Unidos tampoco existe el Seguro, pero sí existen Compañías aseguradoras privadas y unos servicios hospitalarios de Medicina general, Cirugía general y Especialidades de un rango científico verdaderamente magnífico y esplendente. Así, pues, creo estaremos todos conformes en que, si el Seguro Social de Enfermedad se implanta en nuestro país, debe dar, sin género de dudas, estos beneficios, ya que siendo este Seguro para una clase débilmente pobre debe cubrir los riesgos económicos a que la misma no podría llegar a soportar. A este respecto, basta en que nos fijemos que las Compañías privadas de Seguros que hoy día funcionan en España ya los dan.

"Es indudable, además de lo que he dicho anteriormente, que los Seguros Sociales deben ejercer una acción favorable en los países donde se instalen, tanto en el terreno de la higiene individual y pública por la Medicina profiláctica como en la higiene de la vivienda, el lugar de estudio y de trabajo, así como en las condiciones de salubridad—alcantarillado, etc.—. Y, a más, los Seguros Sociales, por la gran cantidad de dinero que hacen circular, pueden ser de una máxima utilidad a la nación—construcción de obras sanitarias, etc.—." (A este respecto lee datos de una conferencia dada por René Sand en el Instituto Nacional de Previsión, que prueba este aserto con respecto a Alemania.)

El modo de cómo estos servicios se van a dar es una pregunta que el Dr. Torre Blanco, al hacérsela, juzga de una gran importancia, ya que, a su juicio, se trata de lograr un gran fin sin perjudicar los intereses de nadie, y, si ello es posible, mejorando los citados intereses.

Dichos elementos son las Sociedades mercantiles y Mutuales de hoy, y el Estado, a través de sus organismos hospitalarios del Municipio y la Provincia, y aquí es de temer que al dar el Seguro los servicios que éstos prestan hoy absorba su clientela, que es casi la del Seguro, con lo que tenemos la casi desaparición de los mismos, que es a todas luces peor que su desaparición absoluta.

Y viene después la clase médica, la cual proyecta problemas hondísimos, que tan sólo pueden, a mi modesto juicio, resolver con una completa unión e indisolubilidad entre todos.

"Así, en primer lugar, nos hallamos los médicos, como yo, de Beneficencia, los cuales veremos que si el Seguro da fuera los servicios de nuestros Hospitales y Asilos, nos quedaremos sin ella, y si lo da dentro, asistiremos gratis, con evidente perjuicio, a quien no debemos, tanto más que se perjudicará a los especialistas y operadores de las Sociedades de hoy, y también a los mismos de carácter libre, ya que el Seguro absorberá una gran parte de su clientela, viendo así muy merma dos sus ingresos.



El ilustre Profesor Maestre al terminar su lección de Medicina legal ante la promoción de los que fueron sus alumnos hace treinta años.

"Es también grande el peligro que puede entrañar el Seguro para los Hospitales y Facultades de Medicina al absorber su clientela, y con ello su material de enseñanza, por lo que es también factor que en el desarrollo del mismo habrá de ser tenido en cuenta por sus implantadores."

Con respecto a las entidades aseguradoras, dice cómo las mutualistas se encuentran hoy más tranquilas que las demás, porque saben que podrán entrar en el Seguro, mientras que las mercantiles no podrán hacerlo, y de éstas cree que deben quedar, sin género de duda, fuera del Seguro aquellas cuyos patronos son médicos.

Pasa a decir cómo si estamos ciertos que el Seguro va a dar tales servicios, la manera de realizarlo. El primer problema de los establecimientos tiene una positiva, si bien no magna, envergadura, y estima debe pensarse, cuando llegue su construcción, no en los españoles que se van a asegurar, y sí en los 20 millones de habitantes que hoy constituyen el país.

En cuanto a los Hospitales, es su juicio que no sean para ricos, asegurados y pobres, y sí para enfermos tan sólo, y el Hospital no debe exigir el dinero a la Beneficencia más que en el último caso. En los otros, debe pedirlo al paciente, con creces, y al Seguro.

No puede darse en la asistencia médica libertad absoluta para escoger el especialista o el operador, ya que ello no es científico y da malos resultados, y a este respecto expone las funestas consecuencias habidas por este procedimiento en el Seguro de Maternidad en Cataluña, donde tenían las aseguradas libertad absoluta para escoger su operador. A su juicio, todos los especialistas que de verdad lo son querrán estar dentro del Seguro, pues si bien estarán, acaso, algo peor dotados económicamente, trabajarán dentro de unas condiciones científicas inmejorables.

Cree que los establecimientos deben ser de tipo de contratados, ya que evitan problemas y luchas muy importantes. Al ir al último Congreso de Ginecología de Alemania, dice ha podido observar que sólo existe un edificio de diagnóstico propiedad del Seguro, y que todos los demás son de tipo contratado.

Vuelve a evidenciar la necesidad de que el Seguro de estos servicios, cuando se implante, que se debe implantar, ya que dará un mayor valor a la Medicina y a los médicos que lo sirvan, que cree podrán ser muchos.

"Y, gracias de nuevo, compañeros, por la cordialidad y el respeto con que habéis oído mis modestos, pero sinceros pensamientos sobre tan importante tema."—J. H. S.

Campaña Pro-Reivindicación Médica

Temas profesionales: Unión

Voluntariamente retirado de escribir, desde hace unos dos años, varias veces he estado a punto de romper mi silencio para comentar algún asunto que he considerado de interés profesional; pero al recordar la apatía de la clase—tradicional en ella—y ver que iba a predicar en desierto, decidía continuar mi silencio.

Pero el desarrollo de los hechos y la plausible campaña que *La Medicina Ibero* y otros periódicos profesionales han emprendido, de una parte, y de otra, el comprender que mi silencio es suicida, ya que soy uno de la clase, y, por tanto, lo que sea de ésta será de mí, me han hecho desistir de mi actitud, y, aunque modesto por ser mío, que aporte mi granito de arena a la obra de procurar despertar a la clase del sopor en que se halla sumida.

En estos últimos tiempos han sucedido dos cosas que si, por una parte, han satisfecho mi vanidad, me han dolido por otra, al ver cómo caían por tierra las ilusiones que tantos y tantos compañeros habían forjado a su alrededor. Me refiero al fracaso rotundo—hay que confesarlo así de claro—de la ley de Coordinación Sanitaria y de la Asociación Oficial del Cuerpo de Médicos de Asistencia Pública Domiciliara, confesada ésta por su presidente, al declarar públicamente su impotencia para resolver uno de los puntos más graves de la

profesión, cual es el cobro de nuestros haberes, declaración que para mí equivale a confesar el fracaso de la misma.

Los hechos han venido a confirmar mi creencia de que ni la ley de Coordinación Sanitaria ni la Asociación sirven para nada práctico con relación a la clase en general; sirven, sí, para que, con motivo de la ley, se haya creado una nueva entidad con su personal y aumento de gastos correspondientes a la Asociación, para que sus directivos disfruten de sus cargos y de las prebendas que los mismo llevan anejas.

Todo el que asistiese a la última Asamblea Nacional que el entonces Cuerpo de Inspectores Municipales de Sanidad celebró en Madrid en el local del Colegio de Médicos, hace, si mal no recuerdo, tres años, recordará que entre todos los asistentes sólo dos, el representante de Avila y el que estas líneas escribe, defendimos el criterio de que debía irse a una organización de tipo sindical y abandonarse la Asociación Oficial, que demostrado tenía había servido para bien poco. Me duele confesar que nuestras palabras cayeron en el vacío más absoluto—advertiré, para salir al paso de posibles suspicacias, que he dicho me duele, no porque no se acogiera la idea, sino únicamente por el tiempo perdido—; a los tres años, el mismo presidente de la Asociación nos confiesa el fracaso de la misma como Asociación Oficial, pues aunque se quiera revestir de otra cosa, su escrito puede resumirse en una sola palabra: FRA-CASO.

Respecto a la ley de Coordinación, todos los compañeros con quienes he hablado me han oído decir siempre que el triunfo para la clase que muchos creían representaba y del cual habló tanto la Asociación como de cosa propia, cuando todo fué labor personal del Dr. Pérez-Mateos—a quien rindo público testimonio de admiración y respeto por su buen deseo—, que para mí sólo tenía una ventaja, aparte la ligera elevación de nuestros haberes, la relativa estabilidad en nuestros cargos al quitarles a los Ayuntamientos la facultad de nombrarnos y destituírnos.

Pues, respecto al cobro de haberes, no hay más que leer la Prensa profesional y no profesional para ver que cientos y cientos de compañeros siguen sin cobrar; es más: a algunos nos ha perjudicado, pues el que estas líneas escribe cobraba antes todos los meses cuando los Ayuntamientos pagaban directamente, y ahora tiene siempre dos o tres meses pendientes. A lo que hay que añadir que el Ayuntamiento nos pagaba el impuesto de Utilidades, con lo cual cobrábamos el sueldo íntegro, y ahora no solamente pagamos el impuesto de Utilidades, sino también el 1 por 100 para la Mancomunidad y otro 1 por 100 para habilitado. Total: que a los médicos del Municipio donde ejerzo nos cuesta la ley de Coordinación de 25 a 30 pesetas mensuales de merma en nuestros no pingües sueldos y... el cobrar con retraso.

Hablemos ahora sobre la provisión de plazas. Todo el que me lea recordará el concurso de antigüedad que hace unos veinte días se ha resuelto, y al cual hemos concurrido unos DOS MIL titulares para 178 plazas, la mayoría de ellas de tercera, cuarta y quinta categoría—había 14 de primera y 33 de segunda—. Igualmente recordarán el enorme número de opositores para otras 178 plazas, la mayor parte de ellas también de tercera,

cuarta y quinta categoría. He sido uno de los solicitantes al concurso de antigüedad solamente para poder demostrar que no sirve más que para complicar la vida y hacernos gastar unas pesetas en pólizas y certificados, algunos como el de pertenecer a la Asociación, y que ésta no expide como no se esté al corriente en el pago. (¿Para cuándo queda el artículo de la Constitución, que dice que el deber de asociarse es voluntario?) Y, respecto a las oposiciones, es doloroso y ridículo al mismo tiempo que un médico, después de trece años de estudios, tenga que hacer una oposición para ir a ganar 2.000 ó 3.000 pesetas a un pueblo de 200 a 300 vecinos. En cualquier otra carrera del Estado en que no se exige título ninguno se gana bastante más. Y al pobre compañero que le "caiga" una placita de esas ya puede irse armando de paciencia para salir de ella, pues como espere al concurso de antigüedad para coger una plaza de primera o tercera categoría, que espere a tener unos sesenta años, o estar haciendo oposiciones hasta conseguirla. En resumen: algo así como esperar que le caiga la lotería. Todo sin contar con que al ir a tomar posesión de la plaza, tanto tiempo soñada y con tanto trabajo y dinero conseguida, no se encuentre con que algún otro compañero, "más práctico", haya contratado de antemano las igualas por varios años y tenga que recoger la maleta y volver a su casa (¡!).

Cada día me explico menos el porqué hemos de ser la clase más insensible de todas; parecemos una clase muerta que no reacciona a ningún estímulo. Estamos viviendo una época de intensa lucha social en que cada clase se dispone a dar la batalla para asegurar su bienestar; en cambio, nosotros no hacemos absolutamente nada, no solamente por adquirir mejoras, sino ni aun para defender lo que debía ser más sagrado para nosotros: nuestros haberes, que son el pan de nuestros hijos. Por toda solución nos limitamos a escribir y protestar, sin caer en la cuenta que así no conseguiremos nada. Para convencerse de la razón que me asiste, volvamos la vista al pasado, repasemos nuestra actuación y veremos que casi estamos donde estábamos.

Hay que evolucionar y reformarse. Hay que agruparse en una sola Asociación y, TODOS UNIDOS, exigir el mínimo a que tenemos derecho por nuestros años de estudios y por la importantísima misión que desempeñamos en la sociedad:

PASE AL ESTADO; SUELDO MINIMO DE SEIS MIL PESETAS; ASCENSOS POR ANTIGÜEDAD, CON ARREGLO A UN ESCALAFON COMO EL DE LOS DEMAS FUNCIONARIOS DEL ESTADO; ASCENSOS TAMBIEN POR OPOSICION Y LIMITACION DE INGRESOS EN LAS FACULTADES.

Estimo son éstas las condiciones mínimas exigibles.

¿Cómo conseguirlas? Primero, uniéndonos. Dos medios hay para ello: o fundar una nueva Asociación de tipo sindical que nos agrupe a todos los titulares, o aprovechar la existente, quitándole el carácter oficial y reformándola en su estructuración y dirección. Si optamos por lo primero, agrupémonos seguidamente en el Sindicato Médico Nacional que esta organizando el apóstol de esta cruzada Pro-Reivindicación Médica, mi querido compañero Lozano Borroy. Si por lo segundo, preparémonos a dar la batalla, los que piensen como el que esto escribe, en la próxima Asamblea Nacional de

la Asociación, que, según dijo *La Voz Médica* en su último número de mayo, se celebrará en Madrid a mediados del próximo julio.

Pero, desde luego, tanto para una cosa como para otra, la mencionada reunión debe servirnos para fundar con base firme el órgano que precisamos para conseguir nuestros propósitos. Después..., tomemos ejemplo de las clases proletarias. Porque, al fin y a la postre, ¿qué somos nosotros, la inmensa mayoría de los médicos rurales, sino unos proletarios con chaqueta y corbata?

Organizado "en serio" y al frente de nuestra organización unos hombres decididos y enérgicos, el triunfo no se haría esperar.

¡Médicos rurales de toda España! Dejad vuestra apatía por las cosas de la clase. Animaos. Pensad en que sólo agrupándonos "en serio" conseguiremos lo que por hace tantos años venimos luchando y por lo que también lucharon los padres de muchos de vosotros, que también fueron "médicos de pueblo", como nosotros. Y si todos no podéis acudir a Madrid, reuníos en vuestros respectivos distritos para nombrar un representante que, con instrucciones concretas, vaya a Madrid dispuesto a luchar junto a los demás compañeros de España por el triunfo de nuestros ideales, que representan la tranquilidad para nuestros hogares y el pan para nuestros hijos. Acordaos de los compañeros que, a causa de la organización actual, pasan necesidades y hasta hambre en sus hogares. Por una vez, dejemos el egoísmo, tan característico en la clase, y pensemos con altruismo en los demás.

Y para terminar, un ruego: estudiad con cariño esta idea tan modesta y modificarla en todo aquello que encontréis mal y pueda ser un obstáculo para conseguir lo que tanto deseamos. Siempre me tendréis a vuestro lado para trabajar por la clase como un modesto soldado de filas.

JOSÉ DOLSET CHUMILLA.

Cruzada Pro-Reivindicación Médica

PLUMAS... ¡EN GUARDIA!

A todos los escritores médicos.

En EL SIGLO MÉDICO reiteradamente, y en el número del 17 de abril de *La Voz Médica*, en nuestro artículo "Ya es hora de actuar", hacíamos un llamamiento a la clase médica en general, para que, con la fuerza de su ayuda, pudiéramos caminar hacia la esperada reivindicación por la que batallamos en nuestra cruzada. No hacíamos distinciones entre titulares y libres. Llamábamos a todos con un espíritu de amplia confraternidad, porque sinceramente declaramos nuestra creencia de que es ese el único camino capaz de llevarnos al triunfo. Estamos cansados de observar cómo Asociaciones partidistas y Colegios con sus límites reducidos y pasividad enervante nos han llevado al más rotundo fracaso.

La clase obrera, menos, muchísimo menos preparada que nosotros para la lucha, por poseer menos principios de cultura, nos está dando una formidable lección de organización defensiva.

Conocemos, claro está, la idiosincrasia de la clase médica. Sabemos de su desconfianza, hija indudable de

la ineptitud de las directivas de sus organizaciones profesionales, y tenemos por descontada la gran labor que hemos echado sobre nuestros hombros al asegurar rotundamente que hemos de lograr despertarla del letargo en que se halla sumida.

La clase médica, como la linda princesa del bosque, encantada, se halla dormida con el más profundo de los sueños, porque alguien, sin duda alguna, le dió de comer la maléfica manzana envenenada con el más activo de los hipnóticos. Vamos, pues, a administrarle el más enérgico de los eméticos. Lleguemos a ella con el ánimo seguro y decidido, y hagámosle arrojar la manzana de su esidia, volviéndole a la vida, que es actividad, que es lucha, que es alegría.

Pero nosotros no somos tan ilusos que supongamos que basta con nuestra presencia para librar a la princesa de aquel terrible "mal de ojo" que alguna bruja le diera. Nosotros no somos arrogantes príncipes, sino modestos trovadores, y nos tememos que al pulsar nuestra cítara sea el conido demasiado leve para conseguir el deseado despertar.

Pero si bien una rapsodia resulta pobre con un modesto clarinete, suponed ahora la magnífica instrumentación de una orquesta filarmónica, y deleitaréis vuestra imaginación con recuerdos sublimes de excelsas páginas musicales que acariciaron vuestros oídos y elevaron vuestros espíritus con sus armónicos acordes.

Reconozcamos, amables compañeros, que en nuestra clase médica hay algo más que una bella princesa yacente. Existen una porción de trovadores que intentan en vano despertarla, y son inútiles sus esfuerzos, porque sus ecos por separado apenas si tienen intensidad para dejarse oír.

Creemos sinceramente que toda esa legión de brillantes plumíferos que lanzan sus páginas en las columnas de la Prensa profesional lo hacen con el mayor desinterés personal por su parte. Desde luego, apenas si hay alguno que cobre algo por sus artículos, y éstos, afirmamos valientemente, no serán capaces nunca de llevarnos a una redención. No queremos a nuestro lado plumas mercenarias, suavizadas con el lubricante de su bienestar. Pero queremos, en cambio, que todas esas vibrantes plumas que batallan porque *les sale de adentro* unifiquen sus esfuerzos, que ahora son estériles, y que serán fecundos—lo aseguramos nosotros—en el momento en que se decidan a laborar unidos, siguiendo un plan previamente trazado por ellos mismos en íntima comunión de ideas.

Nosotros tenemos derecho a exigir a todos aquellos escritores médicos que han lanzado mil veces en sus artículos la palabra UNION, que prediquen con el ejemplo, que acudan a nuestra "Cruzada pro Reivindicación Médica", que es la suya y es la de todos, para lograr lo que con tanto desinterés como fuego defienden en la Prensa.

Queremos que este artículo vea la luz en cuantos periódicos profesionales sea posible, porque es nuestro más ferviente deseo que todos los escritores médicos de todos los sectores acudan a nuestra llamada. Por eso rogamos a todos los periódicos que verdaderamente sientan el amor a la clase reproduzcan estas páginas, dejando a un lado sentimientos de amor propio, incompatibles en este caso con el fin que nos proponemos.

Ya, por fortuna, contamos a nuestro lado con nom-

bres tan prestigiosos como los de Polo Fiayo, Gregorio Nieto, Sisinio Crespo, Jacinto Escudero, Gonzalo Ocampo, Roselló, González Luaces, Constantino, Rives, Germán Vicén, Francisco Andrés Henche, José León Álvarez, Francisco Carmona Prada, Pintado, Dolset, R. Boquet, Blas L. Díaz, Rufino Velasco, Eduardo Buisán, Emilio Comendador, Anastasio Pérez González, etc., etcétera.

Es indudable que, siendo los escritores médicos precisamente los que llevan tras sí un estado de opinión, los directores, digámoslo así, de una masa amorfa, contar con la ayuda de ellos ha de ser la seguridad del triunfo. Por ello no vacilamos en prometerlo. No por la vanidad de nuestro valer, que es bien pequeño, sino por la valiosa ayuda que todos nos otorgáis. Muchas gracias a todos.

Y a los que todavía no se hubieran acercado a nosotros, que lo hagan enseguida, escribiendo a nuestra residencia: Palamós (Gerona); y respondan así a nuestro grito de *Plumas... ¡en guardia!*

De otro modo, nos veremos obligados a dudar de su sinceridad cuando en sus artículos nos hablen de una unión que ellos no sienten.

A. LOZANO BORROY.

Palamós (Gerona), junio de 1936.

P R E S E N T E

¿Me llaman? ¡Respondo! ¿Me reclaman? ¡Acudo!

En su último artículo, titulado "¡Plumas..., en guardia!", se dirige el compañero Lozano Borroy a cuantos venimos colaborando en la Prensa profesional. He aquí mi respuesta a su llamada.

Por fortuna, ha ido el Sr. Borroy dejando aquellas llamadas a "los menos, pero los mejores", dirigiéndose a los libres. Afortunadamente, este artículo de hoy, nada tiene de aquél en el que, por mencionar de "pulso, nos obligó a escribir algún otro sobre ello. Ahora, decididamente, declara la necesidad de la UNION plena, total, absoluta, de todos los médicos, sin distinción, sin matices, sin etiquetas distintivas.

Así como en anteriores actitudes, no solamente no teníamos ni podíamos tener sitio, sino que habíamos de combatirlos, ahora declaramos que en estas filas podemos tener un hueco. Veamos de qué forma podremos tenerle.

¿Qué programa tiene, con qué labor a desarrollar cuenta la Cruzada? He aquí todo compendiado. Yo no soy, ni puedo ser, de los que sigan la corriente rutinaria, por el hecho de serlo. Expóngase ese programa, desarróllese en lo que ha de consistir esa labor, y, si responde a las afirmaciones de ese artículo de hoy; si concuerda con las palabras de ese artículo de hoy, nuestra pluma será propagadora, defensora, propugnadora de ese programa que TIENE que conducir hasta la consecución y logro de las elementales reivindicaciones de la clase médica española. Mas, sin conocer dicho programa, lo cual consideramos primario, no podemos declararnos partidarios decididos de lo que desconocemos.

Conozcamos ese programa, en el que es preciso coincidir todos los médicos; acordado ese programa, sabiendo hacia dónde vamos, lo que pedimos, lo que merecemos y lo que LOGRAREMOS mediante UNION y dis-

ciplina..., adelante hasta el logro de la confirmación práctica de ese programa. Entonces, sí. Cuantos hemos colaborado y colaboramos en la Prensa profesional, a escribir, a publicar, a luchar en esa labor de divulgación compacta, ordenada, decidida y constante.

Cuando hasta mí llega este número de *Vida Médica*, con el artículo de Borroy, llega a la vez una carta de un compañero. Carta triste, pesimista, cómo han de ser la mayoría, si no todas, las cartas que hoy hemos de escribir los médicos, especialmente los que somos rurales. De ella entresacamos párrafos como éste:

"Creo que la solución más pronta y eficaz sería ingresar en la U. G. T. o en la C. N. T. o en otro partido extremista. Con la ayuda de uno de estos partidos, nosotros conseguiríamos lo que consiguieron los maestros, empleados de Correos y Telégrafos, de Banca, obreros, etcétera."

Esto, señores, tras amplios detalles de las reclamaciones efectuadas en la Mancomunidad, ese ya prontamente famoso reservorio de incumplimientos de la ley por la que fué creada.

Meditad, señores, que os llamáis médicos. Meditad sobre este caso, que bien lo merece, de un compañero que me pide sea portavoz de su opinión, porque él "no podrá, por falta económica, asistir a las asambleas". Ese compañero llega a la anterior conclusión después de haber pasado inútil, ineficazmente, por todas las demás: Colegios, Mancomunidad, Asociación, súplica y persuasión cerca del alcalde, sin haber obtenido ni siquiera unas migajas de lo mucho que le adeudan por la titular, como aquí, como en tantos y tantos otros sitios adeudan a los sanitarios. Meditad, señores que os llamáis médicos, meditad.

A este compañero, yo bien quisiera esperanzarle. ¿Con una mentira? Ya ha recibido demasiadas y pagado las consecuencias de excesivos engaños, para que reciba uno más de otro compañero. Ni siquiera disfrazada con el burdo ropaje de "piadosa" podría quedar justificada. Y, como no podría justificarse ante mí—juez de mis actos, de mis escritos, de mis palabras—, digo desde estas columnas a ese compañero comunicante en esa carta emocionada: "Desgraciadamente, tiene usted toda la razón. De continuar esta ignominia, conducente a la miseria, hoy iniciada, mañana completa, esos extremismos—también desgraciadamente—irán absorbiendo en sus filas a los parias, desamparados, de la Sanidad."

Así, hace algún tiempo, yo lo indicaba en uno de mis artículos, titulado "El porqué de los médicos revolucionarios", publicado en *La Vos Médica*, de octubre del 34. Entre otras cosas, yo decía en aquella ocasión, a raíz del movimiento de Asturias:

"Fascinados por espejuelos pulimentados con falsía, se enrolan en las filas revolucionarias por huir de la situación mísera en que el Estado les deja, más que por abrazar un régimen ideal."

¿Pero qué valor pueden tener los escritos de uno de tantísimos titulares esparcidos por el ingrato suelo aldeano? ¿Qué importancia puede concederse a lo que dice uno de tantos sanitarios rurales? ¿Qué trascendencia han de ver los gobernantes en las afirmaciones de un médico rural, por cargadas que se hallen de razón y veracidad?

Y se equivocan los gobernantes, como suele decirse por esta tierra de garbanzos, "de medio a medio". No precisamente y personalmente para conmigo, es decir, para con mis modestos escritos y más humildes opinio-

nes. Se equivocan con no escuchar y tener en cuenta lo que decimos cuantos en el agro vivimos; los que conocemos los problemas e incertidumbres y modo de paliarlas o resolverlas; los que compartimos día tras día sus medios de vida y medio ambiente del pueblo, del verdadero pueblo, de ese 70 por 100 de la totalidad de españoles, habitantes del medio rural, de sórdidas, inhumanas, antihigiénicas aldeas. Los gobernantes, separados, alejados de ese pueblo, ignoran lo que demanda su corazón, sus aspiraciones, sus necesidades, los cauces que la incompreensión de sus agudos problema precisan. Porque nosotros no podemos tener por compenetración con el pueblo—el verdadero pueblo, el 70 por 100—la visita o visitas oficiales, en las cuales todo es espectacular, por ser preparado de antemano. Ni tampoco podemos tener, por hermanarse con las necesidades del pueblo—del verdadero—, recoger las impresiones de segundas o terceras personas partidistas, apasionadas, interesadas por éste o el otro matiz, de cuanto vea y oiga; de lo poco que puede ver y oír en una visita relámpago. Nosotros, profesionales intelectuales, con ejercicio y vida en medio rural, los presenciamos y tocamos como nadie, porque nadie se halla en las condiciones favorables de observación, penetración, intimidad y recepciones confidenciales en que nos hallamos los médicos rurales.

De seguir por estos derroteros, ¡cuán lejos llegaríamos! Así, pues, y para terminar, repetiré al compañero Borroy que, cuando me sea conocido ese programa, caso de coincidir con el artículo hoy comentado, seré un cruzado entusiasta, como lo soy de cuantos problemas defiende. En lo poco que alcancen mis fuerzas, estarán al servicio de esa cruzada, quedando, por hoy, mi actitud supeditada al conocimiento de ese programa.

ANGEL F. DOMÍNGUEZ.

Rápidas impresiones de la Asamblea de Miranda

Como estaba anunciado y convenido, se celebró, el 27 de junio, la Asamblea Regional de Miranda. La hora de comienzo era la de las once, pero lo de siempre, lo castizo en España, y sobre todo entre médicos: la demora. Da comienzo el acto muy cerca de las doce, y como estas Asambleas suelen complicarse y siempre hay algunos que creen que con oratoria más o menos platónica, al resolver el problema planteado a la clase, el tiempo va apremiando y viene luego lo que el compañero Soto decía (aun cuando aplicado a otro caso): vienen el imperativo categórico del estómago, que en los médicos parece más imperativo. ¡Ah, si tuviéramos que declarar la huelga del hambre! Empieza la Asamblea tarde, se echa encima pronto la hora de comer, y la Asamblea se impacienta ante peroratas y ante unas cuartillas que está dispuesto a leernos el compañero Sisinio Crespo.

La Mesa provisional, que por aclamación se convirtió en definitiva, empieza a deliberar. Empieza Luis Heras con un saludo a la clase de los compañeros de Córdoba y un recuerdo para los compañeros caídos: Para, de Segovia, asesinado vilmente, a cuya viuda se le pone un telegrama; Ayera Navarro, el gran entusiasta de los titulares; el inolvidable para los de Burgos, don Cesáreo de Río, y, por último, recuerda también a Pérez-Mateos, implantador de Previsión Médica.

Se propone que empiecen exponiendo los representantes de las provincias la marcha y vicisitudes de la ley de Coordinación en las mismas. Alava dice que allí rige, pero únicamente Vizcaya, Guipúzcoa y Navarra, por su región especial, bien; Logroño, bien, y Burgos dice que se va encauzando, que queda solamente un 10 por 100 de débitos, que el actual delegado está dispuesto a encauzarle en su totalidad, mientras la ley sea ley.

Se deduce de las distintas manifestaciones, que allí donde el delegado de Hacienda quiere, la ley marcha con más o menos rozamientos; donde no, donde se hace dejación de los resortes de los reglamentos, se cobra mal. Se confirma lo que es de sentido común: que todo el problema es de imponer la ley sin contemplaciones, en armonía con el espíritu que la aprobó, y con el que la anima, que es corregir las grandes deficiencias de los Ayuntamientos en la demora de los haberes de sus funcionarios sanitarios.

Se leen las bases, que son aprobadas, y, a propósito de su discusión, escuchamos las observaciones de la Asamblea por boca de algunos miembros, siendo las principales que la Asociación siga siendo Nacional, y que, para el caso del traspaso a las regiones de los servicios sanitarios, sigamos en el mismo plan: ni mayores ni menores derechos. Nada de margen para los médicos vascos o gallegos, pues si bien es cierto que es una realidad el dialecto, que es necesario cursar en algunas comarcas, nadie va a pretender ejercer en ellas que no lo conozca, y esto también es una realidad.

El compañero Soto, con la cálida oratoria que le caracteriza, expone con rasgos de honda emoción lo que es el ejercicio profesional rural actual, y que esto no puede seguir así, y que será necesario recurrir a todos los procedimientos para redimirnos de tanta miseria y ruindad.

Sisinio Crespo renuncia, por lo avanzado de la hora, a leer unas cuartillas, pero expone las conclusiones: sueldo de 5.000 pesetas para arriba, modificación de las clasificaciones de partidos, para que quepan más, y otras que, si hoy por hoy, son irrealizables, deben ser el ideal de los titulares y no debemos abandonarlas. Claro es que para muchos todas estas mejoras, aun conseguidas, será letra muerta, y no hay que lamentarse, como lo ha hecho alguno, de que tiene que resolver el aumento, o sea dejarlo de las iguales, porque ellos han tenido la culpa de no saber defender sus derechos. Han hecho dejación de mejoras, y ahora les pesa.

Por último, el que esto escribe dice a la clase que, aun cuando se arregle y se imponga la ley, los sueldos mezquinos de las actuales titulares no permiten la emancipación económica completa; el titular vivió y vive a expensas de dos factores: titular e iguales, de mayor volumen éstas, y, puesto que el Seguro de Enfermedad es un hecho a corto plazo, y que no se puede implantar sin médicos, en su mano tienen éstos el imponer el Seguro y conseguir la emancipación total, si no queremos ser suicidas. Está claro que mientras los pueblos tengan el recurso de disponer de las iguales a plazo fijo, el titular no gozará de plena independencia económica.

Dejo para lo último consignar que el compañero Ruiz Heras es todo un político sanitario. Encauzó bien a este respecto la discusión de bases. Tiene, indudablemente, clara comprensión de nuestros asuntos, está entrenado en ellos, conoce a la clase y dispone de una dialéctica muy política y muy suave. *Sabe apartar con gran tacto las piedras del camino.* Es un Gil Robles de los médi-

cos. Como éste, pretende encauzar todo por la más escrupulosa legalidad. Pero los médicos, en el ambiente actual, padecemos *empacho de legalidad*. Se promulgó una ley y no se cumple. Ha fracasado, pues, la táctica legalista, y quizá resultase mejor la táctica leguleya estilo secretarial, pero mucho mejor aún es que vaya pensando la clase (mientras los políticos estudian nuestros problemas) en organizar *algo contundente*. ¿La huelga? No está demás estudiarla y prepararla, señores de la Asociación, y si una vez organizada, y atenta sólo a la voz de mando, las circunstancias cambian, mejor que mejor, pero nunca que nos cojan desprevenidos. En este sentido, el que esto escribe formuló una pregunta: "Si fracasamos, ¿qué se hace?" Como ya era tarde, el Sr. Ruiz Heras creyó más prudente contestar que "al tomar el café se hablaría de ello". No se ha hablado, pero no duden todos los compañeros que lo verdaderamente interesante en estos momentos es saber lo que haremos si fracasamos. Ya no son tiempos de esperar más: son de actuar, y el principal tema de estas Asambleas Regionales y de la Nacional de Madrid debía ser lo que haremos y *lo que nos comprometeremos en el caso de un nuevo fracaso*.

La concurrencia sobrepasó a lo que se calculaba, dada la idiosincrasia de la clase, pero muy exigua, dada la importancia de lo que se ventila. Sobre 200 compañeros, ¡no son muchos!

RAMÓN PAADÍN ESTRELLA.

Orientación del problema balneario en España y estudio de la reorganización del Cuerpo de Médicos de Baños

Vuelve de nuevo a estar de actualidad el problema balneario.

Y todos los años sucederá lo mismo, mientras falten en las esferas que dirigen la Sanidad española interés, capacidad sobre estas cuestiones y decisión.

En tanto la industria balnearia nacional se arruina, y cuando en todos los uíses, cualquiera que sea su tendencia política—Francia, Alemania, Rusia, etc.—se ocupan seriamente de estudiar y organizar la cura balnearia y de poner de manifiesto el interés e importancia de este asunto, aquí, en España, seguimos ocupándonos de esta cuestión cuando apremia el tiempo y es preciso resolver el concurso de médicos de baños. Se nombran Comisiones para estudiar y resolver lo más urgente—precipitadamente—y queda luego la labor sin terminar, incompleta, ineficaz, para volver a repetir al año siguiente la eterna cuestión.

¿Tendrá la Comisión nombrada este año mejor suerte que la de años anteriores?

Hagamos nuestros votos por que así sea. De la competencia, buena intención y deseo de las dignas personas que la integran, no podemos dudar. Una sensibilísima pérdida ha venido a entorpecer su labor: el reciente fallecimiento del ilustre maestro Dr. Rodríguez Pinilla, luchador incansable, defensor de la hidrología nacional, primera figura entre los hidrólogos españoles. La clase médica española se halla de duelo por esta irremediable pérdida. Que descansen en paz el digno maestro, y que su esfuerzo y ejemplo sea semilla que fructifique para que la cura balnearia en nuestro país no siga permane-

ciendo en el lamentable estado en que ahora la vemos.

Seguiremos nosotros, con el tesón de nuestras convicciones, marchando, aun cuando siempre obtuviéramos el escaso resultado que hasta ahora. Tenemos la seguridad de que, más o menos tarde, se hará justicia a los efectos curativos de nuestras aguas y se acabará de comprender por todos—médicos, sanitarios, políticos, obreros, propietarios, industriales, comerciantes, etc.—que es este asunto digno de ser tomado en consideración y del que puede obtenerse excelentes beneficios para la humanidad que padece y para la riqueza nacional.

A fin de que se vea cómo cualquier labor hecha en favor de la Hidrología Médica y estudiada con interés puede estar siempre de actualidad, expondré más adelante un esquema de orientación de problemas balnearios y de reorganización del Cuerpo de Médicos de Baños, ya presentado hace más de un año en la Sección correspondiente de la Dirección general de Sanidad, cuando fuimos requeridos tanto médicos como propietarios de balnearios, etc., a fin de aportar iniciativas al asunto que nos ocupa.

Cuando lo redactamos aún no se había resuelto el pleito de los Médicos del Cuerpo de Baños.

Lo publicaremos íntegro, ya que, aun cuando parezca inmodestia, pensamos que dan nuestras líneas mejor solución al problema y lo hubiera dejado en mejores condiciones, para futuras orientaciones.

Cualquier cosa hubiera sido mejor que este caos e incertidumbre en que se encuentran actualmente las cuestiones balnearias, enredadas entre leyes antiguas, decretos modernos y acuerdos del Supremo.

Brindamos estas líneas a la nueva Comisión nombrada, no con la idea de que pudieran ser implantadas tal como van: sería inmodestia pretender semejante cosa, pero sí creemos que pueden dar algunas luces y ser origen de futuras orientaciones que, perfiladas, modeladas y acabadas con arreglo al buen criterio de la Comisión y utilizando también otras iniciativas aportadas para resolver el problema, contribuyamos, con arreglo a nuestro leal saber y entender, a que pueda plasmarse una futura ley balnearia que deje de una vez para siempre orientadas las nuevas normas que han de gobernar el desarrollo de la Hidrología Médica en nuestro país.

El fundamento de estas líneas puede encontrarse en los artículos que publicamos en el "Boletín de Medicina", números 37 (1934), 39 y 45 de 1935.

No queremos terminar este exordio sin manifestar nuestro sentimiento por el olvido y la poca consideración que los políticos y autoridades que dirigen la Sanidad actual han tenido con respecto a los médicos que hace muchos años venimos, interinamente, ocupándonos de estas cuestiones.

Aun cuando modestos en nuestras pretensiones, creemos que debiera recurrirse a nosotros al formar esas Comisiones de reorganización. Si no una capacidad y merecimientos, hubiéramos aportado nuestros conocimientos en el problema, que hemos vivido y seguimos viviendo hace varios años, y, por lo menos, hubiéramos llevado al seno de esas Comisiones el dinamismo que se desprende de nuestro entusiasmo, de nuestra especialización y quizá de nuestra juventud, ya que somos los elementos más jóvenes de los que vienen ocupándose e interesándose por el problema balneario.

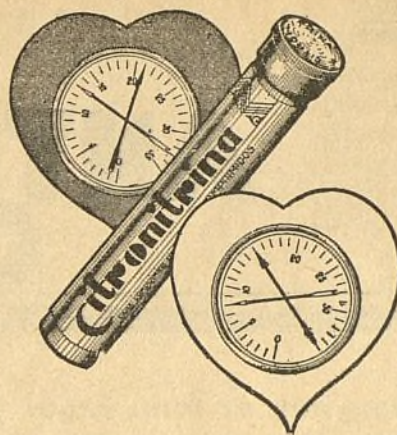
No dudamos de que las relevantes y capacitadas figu-

*Para sus hipertensos
y arterioesclerosos.*

TRATAMIENTO PROLONGADO
DE LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL
DE LA ARTERIOESCLEROSIS
Y DE SUS COMPLICACIONES
POR LA

Citronitrina

Vergés & Oliveres



CITRONITRINA es un citronitrato sódico asociado al citrato de sosa, presentado en forma de comprimidos. Actúa por la acción vasodilatadora que ejerce el nitrato sódico y la hipoviscosa del citrato.

INDICACIONES: Hipertensión arterial, cualquiera que sea su forma y origen. Arterioesclerosis, Aortitis, Angioespasmos, Embolias, Flebitis, Angina de pecho, Estados pletóricos y congestivos, etc.

Composición por comprimido: Citronitrato sódico, 0'10. Citrato sódico, 0'40. Sustancia inerte, c. s.

DOSIS: De tres a 4 comprimidos al día. Dosis corriente, 3 comprimidos.

VERGÉS & OLIVERES
Laboratorio Quimioterápico del Ebro
TORTOSA

MUESTRAS GRATIS A LOS SEÑORES MÉDICOS



LINITUL

Compresas de tul engrasado y esterilizado a 120°

Impiden las adherencias del apósito a las heridas y llagas. El levantamiento de la cura se hace, por tanto, cómodamente y con toda facilidad. Evita el DOLOR y las HEMORRAGIAS, dejando los tejidos en las mejores condiciones para que verifiquen rápidamente el trabajo de cicatrización.

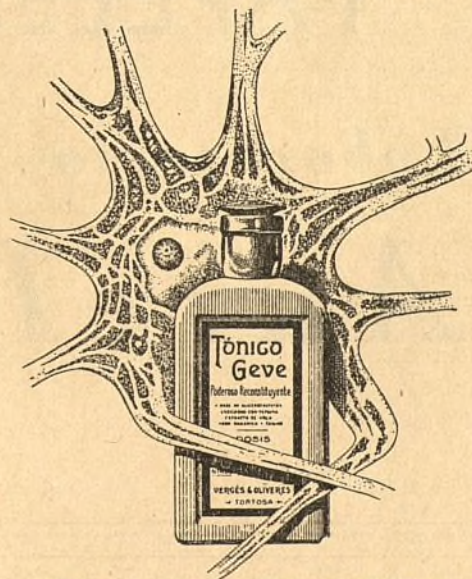
El apósito ideal, tanto en las curas de alta como de pequeña cirugía

PÍDANOS MUESTRAS Y LITERATURA

LABORATORIO QUIMIOTERÁPICO DEL EBRO
VERGÉS & OLIVERES - Tortosa

TÓNICO "GEVE"

Granulado a base de glicerosfosfatos asociados a la kola y con pepsina



TÓNICO "GEVE"

fija el calcio de su composición al elemento celular

Dosis. *Adultos:* Cucharadita de las de café bien llena, después de la comida y cena.—*Niños:* misma dosis.

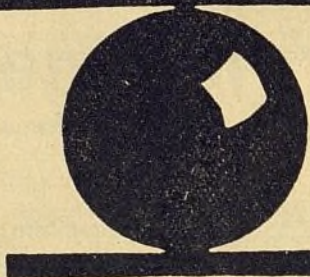
Muestras gratis
a los señores médicos

VERGÉS & OLIVERES
Laboratorio Quimioterápico del Ebro
TORTOSA

ATLA
BOLOGNA

ANTISPASMINA COLICA

**Deprime el tono vagal y
devuelve el equilibrio
al sistema nervioso
vegetativo**



ES EL MEDICAMENTO ESPECIFICO
DEL DESEQUILIBRIO VAGO-SIMPÁTICO Y DE TODAS LAS AFEC-
CIONES QUE DE ÉL SE DERIVAN: ESTREÑIMIENTO ESPÁSTICO,
COLITIS AGUDAS Y MUCO-MEMBRANOSAS, ENTERONEUROSIS,
CRISIS PSEUDO DIARREICAS, METEORISMO

EJERCEN SU ACCIÓN EN EL MISMO SITIO DEL ESPASMO

LAB. FARMACOLÓGICO REGGIANO - Correggio (Italia)

Cada pildora contiene
Papaverina 1 cigr
Estr. Belladona 2 »
- Valeriano 2 »

De 3-6 Pildoras
queratinizadas
al día



Representante para España: Dr. J. Valles y Ribó. Enrique Granados, 90-92. Barcelona

PAPELES YHOMAR

Laboratorio

Aurelio Gámir

Valencia



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)

ras que integran la Comisión nombrada llevarán a cabo su difícil misión con el éxito que es de esperar. Si creen que la colaboración de todos los que nos interesamos por estos asuntos en calidad de médicos-directores, interinos o contratados, puede serles útil, no duden de que nos tienen por completo a su disposición, pues siempre hemos demostrado nuestro leal y desinteresado deseo de colaborar en tan importante y difícil cometido.

* * *

El problema balneario tiene gran importancia para el país, que puede beneficiarse con su perfecta resolución en tres aspectos interesantes:

Aspecto industrial y turístico.

Aspecto sanitario y social.

Aspecto científico y médico.

I. Comprende el primero: fomento, protección y difusión de la industria balnearia, dando facilidades a cuantos orienten sus actividades en este sentido. Son aspectos de este capítulo: la propiedad balnearia, aguas embotelladas, industrias accesorias, hoteles, turismo, ferrocarriles, ingeniería para el estudio de captado y protección de los manantiales, etc.

II. Comprende el segundo capítulo: la vigilancia sanitaria del establecimiento y localidad balnearia, higiene en los balnearios, desinfección, aislamiento, aguas potables, desagües, excretas, estadísticas sanitarias, clima y salubridad de la comarca.

En su aspecto social, interesa: la profilaxia de procesos influenciados con la cura balnearia, estados, constitucionales débiles, linfatismos, raquitismos, manifestaciones alérgicas, diátesis. Esto a base del tratamiento en la infancia de dichos procesos hereditarios del reumatismo, etc. Tratamientos de heridas, úlceras, traumatismos, fracturas con callos viciosos y otros procesos de evolución tórpida, incluidos entre accidentes de trabajo y causantes de incapacidad temporal o inutilidad permanente.

III. En su aspecto científico médico interesa: estudio e investigación en los balnearios y con aguas mineromedicinales diversas, análisis químico, radiactividad, fisicoquímica, etc., y labor docente, hidrología médica, hidroterapia, fisioterapia, clínica balnearia, estadísticas clínicas, etc.

ENTIDADES NECESARIAS

Para llevar a cabo esta orientación creemos necesaria la creación de dos nuevas instituciones.

1.^a Una Liga, Patronato o Junta de protección, difusión y propaganda de la cura balnearia. Entidad integrada por propietarios de balnearios, médicos especializados, médicos prácticos, catedráticos, especialistas, ingenieros, representantes de turismo, ferrocarriles y transportes; hoteleros, periodistas y figuras de alto relieve político que se interesen por este problema.

2.^a Un Instituto de Hidrología que orientara la parte científica médica, e incluso médicosocial, del cual dependiese la investigación y labor docente, preparación de los médicos en materias relacionadas con la especialidad y formación de Inspectores y médicos-directores de Baños.

El Estado precisa de la formación de un grupo de inspectores especializados en estos asuntos; se podría, por consiguiente, enviar desde la Escuela de Sanidad a los Sanatorios que quisieran orientarse hacia esta especialidad. También podrían prepararse en el Instituto de

Hidrología los médicos que quisieran capacitarse para dirigir un establecimiento balneario.

CUERPO FACULTATIVO BALNEARIO

Debiera estar integrado por dos grupos de médicos.

1.^o Inspectores-médicos de baños. Dependientes del Estado, retribuidos por él, que formasen un Cuerpo central adscrito al Cuerpo de Sanidad Nacional, pero independientes de los inspectores provinciales, aun cuando sometidos a la dirección y disciplina de los sanitarios.

La función de estos inspectores habría de ser distribuirse la inspección de escaso número de balnearios para poder permanecer temporadas en cada uno cumpliendo su misión, no en *visitas*, sino fijando residencia para mejor vigilancia y estudiar los problemas sanitarios relacionados con cada balneario.

2.^o Médicos-directores de balnearios. Cuerpo no retribuido por el Estado, pero protegido por él, que exigiría previamente una prueba de capacidad para el desempeño del cargo.

Estos médicos desempeñarían las funciones inherentes a la dirección técnica de un establecimiento. Vigilarían que se lleva a cabo la libre prescripción balnearia por cualquier colega, dirigiéndola y orientándola en el caso de que el médico que prescribiera no residiera en la localidad.

Se ocuparían de todas las funciones pertinentes a su cargo que hemos expuesto en los artículos publicados. Estudio de las aguas, vigilancia de los enfermos, curso del tratamiento, perfeccionamiento de los medios de aplicación de las aguas, vigilancia e instrucción de bañeros, masajistas, enfermeros, etc.

Estos médicos podrán ser escogidos por los propietarios entre los que tengan demostrada su capacidad, serán retribuidos por los propietarios y por el público asistente, puesto que propietarios y enfermos se beneficiarían de la inteligente actuación del médico-director de baños.

Creemos que estas orientaciones no rozan para nada la libertad balnearia, sino, al contrario, la confirman y velan por su eficacia.

En cualquier ciudad, todo médico posee libre ejercicio, y así debe ser. No obstante, cuando precisa enviar a sus clientes a algún dispensario, sanatorio, etc., puede seguir perfectamente el curso y el tratamiento de los enfermos que envía; pero eso no quita que dicho establecimiento, sin menoscabar su libertad de actuación, disponga de un director capacitado que vele precisamente por la perfecta marcha del establecimiento, para dar facilidades a los enfermos y al médico que los asiste, lo cual garantiza el prestigio del centro que dirige, en beneficio de los que han de utilizarlo y del propietario del establecimiento, que elige su director y le retribuye. Todo lo cual no es obstáculo para que dicho centro esté sometido a la inspección por parte de las autoridades sanitarias.

Vemos claro el paralelo a esta conducta, que debemos establecer en caso de la cura balnearia. Sólo que, en este último caso, el Estado está obligado a intervenir, por tener participación clara y manifiesta en la propiedad de la explotación de los manantiales de agua mineromedicinales declarados de utilidad pública.

También se ve claro la necesidad de que el Estado vele por la comprobación de la capacidad de los médicos que han de poder ser elegidos como médicos directores, por los siguientes motivos:

1.º Hemos demostrado en varias ocasiones, y es bien notorio, que la clase médica en general desconoce en absoluto la cura balnearia, siendo éste uno de los principales motivos del abandono de esta rama de la terapéutica y de la industria balnearia, que florecería con su uso. La exigencia por parte del Estado de la citada prueba, estimularía y fomentaría el estudio de la Hidrología médica española, con el consiguiente provecho de esta industria.

2.º Si para dirigir dispensarios, hospitales, etc., pertenecientes al Estado, Provincia o Municipio, se precisa una oposición o concurso, a pesar de llevarse a cabo en ellos el ejercicio profesional y la práctica de nuestros estudios durante la carrera, justo es que en unos centros médicoquirúrgicos como son los balnearios, en los que el contingente de enfermos es muchas veces superior al de muchos hospitales y dispensarios, procure el Estado que estén dirigidos por profesionales que hayan profundizado sus estudios en Hidrología médica, materia que todos sabemos no se estudia en el curso de la carrera casi nunca, y, caso de hacerlo, sólo en forma de ligerísimos rudimentos.

Además, esto da a los directores de baños más autoridad en las cuestiones profesionales, evitando intromisiones de profanos, con las consiguientes fantásticas propagandas de las aguas minerales como panacea universal, lo cual lesiona la severidad científica de la cura y provoca desconfianza y escepticismo en la clase médica. (Concluirá.)

SECCION OFICIAL

MÉDICOS DE BAÑOS

Gaceta de 26 de junio:

Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión. — Varias órdenes.

Se aprueba el concurso del 18 de junio, por el que se adjudicaron las direcciones de: Panticosa, a D. Teófilo Hernando, que deja Molinar de Carranza; ésta, a don Isaías Díez, que deja Villaro, y ésta, a D. Luis Infante y Ortiz, que deja Boñar. Quedan vacantes Boñar y Buyerés de Nava, que se proveerán según lo que disponen el Estatuto del 25 de abril de 1928 y la Orden del 29 de mayo de 1936. Todas estas plazas se incluirán en el concurso general para la temporada de 1937.

Don Teófilo Hernández renuncia a la Dirección de Panticosa, y pide la excedencia. Dicha Dirección se provee en D. Leonardo Rodrigo Lavín.

La temporada de Hervideros de Fuensanta será del 5 de julio al 15 de septiembre, ambos inclusive.

Se declaran nulos los contratos celebrados entre dueños de balnearios y médicos que no tengan aprobadas las asignaturas de Análisis químico e Hidrología médica. Esta aprobación se tendrá que demostrar ante la Dirección general de Sanidad en el plazo de quince días, mediante la presentación de la oportuna certificación de estudios expedida por la Facultad de Medicina de Madrid. Transcurrido dicho plazo, los contratos de los médicos que no hubieran hecho la justificación requerida serán nulos, y los dueños de los establecimientos tendrán que sustituirlos en el plazo que se les fije, que será brevísimo.

La vacante que quedó en la Comisión encargada de reorganizar el Cuerpo de Baños por el fallecimiento de D. Hipólito Rodríguez Pinilla queda provista en don Rafael Fraile Herrera.

Se aprueba el concurso del 13 de junio, para proveer las direcciones de:

La Isabela, a D. Gervasio Carrillo Garrido, que deja Villaro; ésta, a D. Isaías Bobo-Díez, que deja Incio; ésta, a D. Mariano Ruiz Lleónart, que deja Camarena de la Sierra.

Quedan sin proveer, por falta de solicitantes, Camarena de la Sierra y Céltigos, que se proveerán con arreglo a lo que disponen el Estatuto del 25 de abril de 1928 y la Orden del 29 de mayo de 1936.

Todas estas plazas se incluirán, para su provisión definitiva, en el Concurso general que se anuncie para la temporada de 1937.

FORENSÍAS

Gaceta del 2 de julio:

Ministerio de Justicia.

Se hallan vacantes las forensías siguientes, todas de la categoría de ascenso: Albuñol, Baya, Motril, Sanlúcar la Mayor, Santa Cruz de Palmo, Valverde del Camino y Burgo de Osma. Las seis primeras se proveerán por antigüedad. Instancias, hasta el 1.º de agosto. La última, es decir, Burgo de Osma, por traslación. Instancias, hasta el 17 de julio.

GACETA DE LA SALUD PUBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 709,9; ídem mínima, 704,4; temperatura máxima, 28,2º; ídem mínima, 15,4º; vientos dominantes, OSO., O. y SO.

Los trastornos digestivos, en su mayoría diarreicos, han venido a poner fin, durante esta semana, a los procesos de infección intestinal que se venían acusando durante las dos anteriores. Ceden fácilmente al tratamiento dietético. Hubo también numerosos casos de urticaria.

En los niños, diarreas; no sólo en los lactantes, sino también en la segunda infancia y algunos casos de difteria.

CRONICAS

Indicaciones del fórceps y técnica operatoria del mismo, por el Dr. D. A. Paulino Pons. Prólogo del Doctor R. Ramón y Cajal. Un tomito con numerosos grabados, 4 pesetas. Pedidos al apartado 121, Madrid.

Gélotanin. Medicación antidiarreica. Lean nuestros suscriptores el prospecto de los Laboratorios E. Biozot, que acompañamos con el presente número.

Tratado práctico de Etiqueta y distinción social, sexta edición. Distribución esmerada por asuntos, 4 pesetas ejemplo. Pedidos al apartado 121, Madrid.

Medicación por la quinina. Fiebres palúdicas, gripales, etc.

NIÑOS *Quinintantina*
DELGADO RONCO

En papeles, de acción eficaz y agradable de tomar

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

DOS NOVEDADES EGABRO

PARALENTER: Alimento antidiarreico sin astringentes. Fórmula originalísima. Alto índice nutritivo y asimilación total. Energética en estado naciente: Indicado en *dispepsias*, *gastroenteritis*, *enterocolitis* y en todos los trastornos gastroentéricos de tipo emético o tipo diarreico con o sin fiebre. Siempre que se quiera conseguir el «restitutio ad integrum» de la función digestiva del niño, del infante o del adulto. Cada caso de ensayo será un éxito clínico indudable.

FEBRIFUGOL AL PIRAMIDON: El máximo de las probabilidades curativas en las fiebres tíficas, colibacilares, etc., por los maravillosos efectos de la *Plata coloidal* y la *Urotropina*, acentuados acusadamente con el *Piramidón*, antitérmico definido por Krehl en sus matices de tolerancia e inocuidad.

Indicaciones y dosis: Las mismas exactamente que las del FEBRIFUGOL simple.

SERVIMO: MUESTRAS A LOS SEÑORES MÉDICOS indicando estación destino.

Laboratorio EGABRO
CABRA (Córdoba) España.

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:
Laboratoires
André GUERBET & C^e
22, rue du Landy
Saint-Ouen — 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.

III Congreso Internacional de Paludismo

Madrid, 12-18 de octubre de 1936

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

Apellidos y nombre
Título o cargo
Dirección
Miembro { protector (mínimum 250 Ptas.)
 o
 efectivo (50 Ptas.)
Le acompañan como miembros asociados personas. (25 Ptas. cada una.)
Envío por { cheque s. Madrid } pesetas
 giro postal

(Firma.)

(Se ruega escribir con la mayor claridad.)

Por ausencia de Madrid del Dr. G. Ferradas le sustituye en la Secretaría general del Congreso el Dr. D. Emilio Luengo a quien deberá dirigirse toda la correspondencia, como Secretario del Comité Organizador del III Congreso Internacional de Paludismo — Instituto Nacional de Sanidad. — Calle de Recoletos, 19. — MADRID, 6 (España)

DERMATOSIS INFANTILES

desaparecen rápidamente con

DEPURATIVO INFANTIL CABALLERO

de sabor agradabilísimo.

PASTA POROSA CABALLERO (Dermatosis rezumantes).

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

LA MEDICACIÓN CLÁSICA DE LA

EPILEPSIA

JARABE ANTI-EPILEPTICO URGELL

Excelentes resultados en la gran mayoría de afecciones nerviosas.
(Corea, Histerismo, Convulsiones, Neurosis, etc., etc.)

PUREZA DE COMPONENTES

©

TOLERANCIA MAXIMA

Fórmula p. cucharada: Jar. nar. agr. 16,48 = Br. K. 3,50. Br. Zn. 0,02.

Vías respiratorias

JARABE FAMEL
a base de Lactocresola soluble

**ACCIÓN
RÁPIDA
Y
SEGURA**

calma la tos
facilita la expectoración
reanima el estado general

Depósito general para España
Curiel s. A. Aragón 228 - Barcelona

TRATAMIENTO EFICAZ

**REUMATISMO
YODOVISAL**

Salicilato sosa
YODURO potasa

**ESQUIZOFRENIA
MANGAN - ARSENILO
Cacodilato de man-
ganeso - Cacodilato
de sosa**

Muestras y literatura:

**D. FENOLLOSA
PAZ, 26 VALENCIA**

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.

El Problema Médico-Social de la Tuberculosis

Por el Dr. TOMÁS DE BENITO

(Dispensario «Amparo Landa»)

PRECIO, 7,50 PESETAS ♦ PEDIDOS AL APARTADO 121

Baños de Alange

En ALANGE, provincia de Badajoz

Los más antiguos de España. Datan de la época romana, como lo acreditan las dos piscinas de dicha fecha que se conservan intactas y utilizan en la actualidad.

Especiales para todas las enfermedades del sistema nervioso, neurastenia, histerismo, enfermedades propias de la mujer, epilepsia, etc.; proporcionan gran alivio en las enfermedades mentales.

Temporada oficial: 1.º de Junio a 30 de Septiembre

Para más detalles dirigirse al Administrador del Establecimiento D. Agustín de Rueda, en ALANGE.

muy bien por algún comentarista la verdad palpitante de todo el relato antes de la posesión (lo realmente vivido) y la falta de color y la precisión de lo que ocurre cuando el amor se hace carnal (lo imagina lo).

Después de este amor de juventud, muchos amoríos completos, pero intranscendentes, que sucedieron en la

JARABE ALMERA

A BASE DE FOSFATO DE CAL
GELATINOSO, EL MAS ASIMI-
LABLE

vida de Flaubert. De todos ellos, solamente dos son realmente interesantes: uno, con la novelista Luisa Colet, porque fué el más duradero y de él nació una larga correspondencia, que en varias de sus cartas muestra el escrito mucho más el desnudo que en sus obras; y el otro, fugaz, con una aldeana, Kuchiuk-Hanem, durante un viaje del artista por el nilo. Esta noche de amor oriental embalsamó la imaginación de Flaubert lo suficiente para llevar muchas remembranzas de ella a su novela histórica de costumbres cartaginesas "Salambo". Pero también—parece indicarle unas palabras del escritor que refieren su nostalgia y terminan: "Este igual, yo pasé allí una noche como pocas se pasan en la vida. Por lo demás, bastante lo ha sentido."—es creencia muy fundada que Flaubert sufrió allí el contagio de la sífilis, a la cual se atribuye generalmente su muerte casi repentina, cuando el escritor tenía cincuenta y nueve años.

De cada aventura amorosa le quedaban a Flaubert sólo unos pasos amargos, cada vez más fuertes, que aumentaban hasta el paroxismo la fobia de fondo neurótico indudable que el novelista sentía hacia todo lo humano. Entonces se hundía más y más en su casa de Croisset, con su madre y su sobrina, primero, y después sólo, llevando una vida de trabajo completamente ascética. Su sed de espiritualidad y de belleza imposibilitada de orientación hacia una fe religiosa que no había sentido nunca se refugiaba

Fábrica especializada en Productos Dietéticos
y de Régimen Vegetariano

CASA SANTIVERI, S. A.
Call, 22. — BARCELONA

en el arte, al que se entregaba como un místico a su Dios. Entonces escribía: "Llevo una vida áspera, vacía de toda vida exterior, en la que no tengo para sostenerme más que una especie de rabia permanente que llora alguna vez de impotencia, pero que él continúa. Amo a mi trabajo como amor frenético y pervertido, como un asceta el cilicio, que le araña el vientre. Me odio y me acuso de esta locura de orgullo que me hace huir tras la quime-

ra. Un cuarto de hora después, todo ha cambiado, y el corazón me late de alegría... He entrevistado a gunas veces en mis grandes días de sol a la luz del entusiasmo que hacía escalofriarse mi piel desde los pies a la raíz de los cabellos, un estado de alma superior a la vida, para el que la alegría no sería nada y aun la felicidad inútil... Tengo, a veces, grandes fastidios, grandes vacíos; dudo que me abofetean la cara en medio de mis satisfacciones más ingenuas. Pues bien, yo no cambiaría esto por nada, porque me parece, en mi conciencia, que yo cumplo un deber, que obedezco a una fatalidad superior, que hago el bien, que estoy en el seno de lo justo." El que dude, materialista al uso, de la existencia en todo hombre de un instinto específico, verdadero sentido religioso en su más amplio concepto, que lea estas palabras escritas por un hombre sin fe, pero que siente con claridad magnífica que es algo más que el animal rapaz y exquisitivo que él ve por todos lados bullir y hacer fracasar, con sus víctimas, los valores nobles de la vida, porque nadie como él vió tan clara la tragedia del individualismo, que lle-

SOPA DE AGRIMAX

Sopa de "Babeurre"

Leche parcialmente descremada y acidificada
— con la adición de Hidraos de carbono —

Fábrica y Laboratorio de Productos Dietéticos
MAX F. BERLOWITZ - Apartado 595. - Madrid

va en sí cuando quiere ser infinito el germen de su propia destrucción, y, por eso, porque lo veía claramente y le faltaba, en cambio a su instinto altruista o específico el apoyo necesario de una fe religiosa, lo trasladó al arte; pero no siendo esta base suficiente, Flaubert fué, a pesar de sí mismo, pesimista a costa de estrangular continuamente su propio corazón, que se resistía siempre a morir del todo en su pecho. Este concepto budista de la vida se ve quizá mejor que ninguna otra de sus obras en "Madame Bovary", la más bella de sus novelas—dedicado un ejemplar por el escritor tiernamente a su madre—y desde luego la más conocida. Emma, la protagonista, bella mujer, soñadora y vulgar, ve fracasar uno tras otro sus frágiles ensueños y abandonada sucesivamente por sus dos amantes y cercada cruelmente por la miseria económica, a la que sus locos—o tontos—despilfarros la han llevado, acaba por envenenarse con arsénico ante su pobre marido, que, ignorante de todo, ve hundirse lo que él creía su felicidad.

Todo lo que en "Madame Bovary" ocurre pasó, en realidad, en Ry, pueblecito francés, a veinte kilómetros de Rouen. El médico Bovary se llamaba, en la vida real, Eugenio Delamare, y fué discípulo mediocre del padre de Flaubert en su clínica del Hôtel-Dieu. Se casó con una jovencita, bastante guapa, de una granja de las cercanías,

Adelfina Verónica Conturier—Madame Bovary—, la cual, un poco por natural propensión y otro poco por aburrimiento de la vida del pueblo y de la vulgaridad de su marido, le fué infiel, primero, con un vividor rico, Luis Campion—el Rodolfo de la novela—, y después, abandonada de éste, con un pasante de notario, que terminó por

ALMORRANAS internas, externas

y afecciones del recto. Medicación hemorroidal completa.

Doctor **RIBALTA** -- Prospectos
gratis.

Rambla Cataluña, 44.—BARCELONA

dejarla también. Como en la novela, Adelfina se suicidó con arsénico; pero, en cambio, como prueba que la vida, a veces, sabe también castigar a los canallas, el cínico Rodolfo lo pasa peor en la realidad que en la ficción. A los cuatro años del suicidio de Adelfina, Campion, arruinado, se mató de un tiro en la cabeza, en plena calle.

En cuanto al señor De Amare, el infeliz Bovary, un secretario de Saint-Beuve describe en su obra "Memorias de un crítico", cómo se lo encontró en un camino, reciente su desgracia, con la estampa conmovedora y ridícula a la vez, de un Don Quijote, caballero él también "de la Triste Figura". en un jamelgo parecido a Rocinante. Consumido por la pena, murió poco después.

Al mismo tiempo que su cuidadoso ajuste a la realidad, satisfaciendo así el ojo anatómico disector, exacto, del novelista la narración de éste lleva incrustados, como bellísimas gemas, en su estilo, trabajado a la manera de orfebre, los ensueños de poeta, sus simpatías y también sus odios, y, por encima de ello, la amargura de ver cómo en la vida es imposible toda bondad y todo idealismo, pues únicamente los caracteres duros, rapaces, libres de escrúpulos, son los que vencen. Así, el boticario Honais—el cuco universal y eterno, mediocre siempre, y "gracias a su buena cabeza", siempre vencedor—, el usurero Lhereux—zorro cruel, como todos sus congéneres—y los dos conquistadores: el cínico Ro-

OPTOBALSAN

(Optoquina y balsámicos)

● INYECTABLE ●

dolfo—señorito de pueblo, Don Juan Bulgar, de los románticos de aldea—y el seudolírico León—egoísta y co-barde femenino.

Pero aquí del vacío espiritual de Flaubert. El siente que hay algo más que esa basura en la vida; su corazón se lo está diciendo sin cesar; pero su cerebro, que no cree en la virtud ni en el poder infinito de una fe religiosa, bien indicada en el alma, no quiere re-

TERTULIA MEDICA

gistrar otros valores de bondad—bobe-
ria, o imbecilidad en su obra—que los
borrosos de Emma y Bovary, espiri-
tual, pero vulgarmente perversa la pri-
mera y ridículamente bonachón el se-
gundo. El carácter fuerte de su bon-
dad y en su espiritualidad, capaz, por
tanto, de luchar con ventaja con las
alimañas antes descritas, ése no cuen-
ta para Flaubert. Y era lástima, por-
que su padre y su madre le brindaban
dos ejemplos. Pero su padre y su ma-
dre llevaban el germen destructor en

que por él desfilan tienen siempre un
rasgo grave y triste. Se diría que tie-
nen la conciencia de su propia maldad.
Y la expiación llega, terrible, definiti-
va, con su valor, a pesar del aparente
sentido materialista del libro, profun-
damente religioso. Un detalle escalof-
riante de la muerte de Emma subra-
ya esta religiosidad: "malgré tout".
Un ciego, de cara monstruosa, mendi-
go, entrevisto por Emma varias veces
en sus viajes a Rouen para reunirse
con el pasante de notario, canta una
canción de amor al pie de una venta-
na cuando ella agoniza. Entonces, Em-
ma, agitada por una última risa espanto-
sa, de horror y de desesperación,
"creyendo ver la cara odiosa del mi-
serable, que se alza en las tinieblas
eternas como un espanto", muere. La
muerte de un condenado, en cualquier
librito de catequesis, no estaría me-
jor descrita. En cambio, al dulce y
mujeriego Lamartine le indignaba este
final trágico, que encontraba excesivo
para las culpas—más bien, para él,
travesuras—de amor.

Desde niño, era Flaubert de tempera-
mento extrañadamente nervioso. A los
trece años—niño precoz—pensó en el
suicidio. Pero ha de tenerse en cuenta
la época furiosamente romántica y el
hecho de que dos jóvenes camaradas
de Gustavo se suicidaron realmente:
uno, de un pistoletazo, y otro, ahor-
cándose; todo como por juego, por pu-
ra moda literaria.

Hacia los veinte años, se cuenta que

das con su amigo Boulhet, fumando en
pipas y charlando. Las mujeres, por
otra parte, sentían que era un feme-
nino; bromeaban con él y lo trataban
en camarada. Esto juzga a un hom-
bre..."

Pero, sin embargo, es indudable que
varias mujeres quedaran sensualmen-
te prendadas de él. Tal Eulalia Fou-
caud, como lo prueban sus tres car-
tas, llenas de frases ardientes. Tam-
bién Luisa Collet estuvo, por lo menos
al principio, enamorada del novelista.

Ioduros Bern

De K y Na y café-
nado, químicamente
puros. No provocan IODISMO. Fabricación
nacional

sus caracteres, bien templados, pero
sobre el vacío. Porque, apagada la fe
religiosa, la moral seguía viviendo so-
lamente por inercia, y bien pronto ha-
bía de morir a manos del primer Gar-
con desaprensivo que le saliera al paso.

Se cuenta que, cuando preguntaban
a Flaubert quién era realmente Madam-
e Bovary, éste respondía: "¿Madame
Bovary? ¡Soy yo!"

En esta aparente "boutade" escon-
día el novelista una terrible sinceridad.
Porque la naturaleza soñadora
de Emma, su fuerte sensualidad, su
abulia ante las situaciones decisivas
de la vida, sus crisis espirituales bus-
cando en la religión un consuelo que
nunca llegaba a sentir; su nostalgia
ante el recuerdo de los primeros años
puros de su vida; su absoluto despe-
go de los bajos intereses económicos,
que la entregaba atada de pies y ma-
nos al odioso usurero Lhereux. (Em-
ma, arruinada, visita al notario Gui-
llermín, rico, bien considerado. En la
mira con ojos sensuales y propone su
salvación económica al precio de su
cuerpo. Emma, asqueada, lo deja con
la palabra en la boca. Ella se da, pero
no se vende. Prefiere el suicidio al ne-
gocio.) Todos estos rasgos, atribuidos,
con una amarga acentuación grotesca,
a la pobre insignificante pecadora, pro-
cedían realmente con la carne y la
sangre de Flaubert, que se entregaba
enteramente a su obra en una doloro-
sa confesión sentimental.

Tiene, por último, "Madame Bova-
ry", entre sus muchos méritos, uno de
entrañable calidad humana: su valor
ejemplar. Es un libro crudo, valiente,
sin viles—fué denunciado por inmo-
ral cuando se publicó—, pero nunca
un libro libertino. Los pecados de la
carne y todas las miserias humanas

IODARSOLO

Primer producto de iodo y arsénico
BALDACCI-PISA

envidió tanto a Orígenes, que tuvo la
idea de mutilarse él también. Con tal
motivo, se le ha atribuido trastornos
en el desarrollo sexual, principalmente
la frigidez.

No parece dudoso que su sexuali-
dad no fué muy enérgica. El hecho
de haber vivido siempre junto a la ma-
dre lo demuestra como de contextura
psicofísica un poco infantil. El hecho
también de haber sido su amor más
intenso, su amor platónico, viene a re-
forzar tal idea. Zola escribió de Flau-
bert: "Las mujeres apenas lo estima-
ban. Enseguida estaba todo termina-
do. El mismo decía que había sopor-
tado sus relaciones amorosas como una
carga... Me aseguraba que... sus me-
jores recuerdos eran las noches pasa-

Precisamente cuando él la escribía:
"No estoy hecho para gozar. Me dijo
siempre que voy a callar tu desdicha...
Entonces la náusea de la vida me sube
a los labios, y tengo un asco inaudito
de mí y una ternura del todo cristia-
na por ti." En suma, Flaubert aparece
como un joven de cebilidad precoz,
de sexualidad algo retardada y de gran
emotividad. Un nervioso, como antes
se decía. Pero, hasta ahora, nada hay
en él que pueda calificarse francamen-
te de patológico.

Es en octubre de 1843, según Du-
Camp, o más bien en enero de 1844,
según el mismo Flaubert, cuando, vi-
niendo éste de Pont-l'Évêque—Du-
Camp escribía Pont-Audemer—,
guiando un cabriolé acompañado de
un hermano, Aquiles, súbitamente, co-
mo atacado de apoplejía—escribe el
propio Gustavo—, cae en el fondo del
coche, creyéndose muerto unos mi-
nutos. Fué inmediatamente sangrado
por su hermano. Después, ya en su ca-
sa, sobrevinieron, según Du-Camp,
cuatro ataques más en quince días,
tratados todos por el padre de Flau-
bert—según la doctrina de Broussais—
con la sangría inmediata y el corte-
jo de la dieta, los purgantes, etc., to-
do lo cual provocó en Gustavo un ver-
dadero hundimiento orgánico y de es-
píritu, creyéndose, con su habitual ten-
dencia a la obsesión, un viejo ya, de-
finitivamente inútil. Estos cuatro ata-
ques citados por Du-Camp no parecen
confirmarse en otros relatos, pero sí
que el mismo Dr. Flaubert diagnosti-
có a su hijo de epilepsia y que la pena
que esto le produjo lo deprimió de tal
manera, que aceleró su enfermedad y
su muerte.

(Concluirá.)

○ PAN INTEGRAL INSOJA ○

EL PAN DE MAS ALTO VALOR NUTRITIVO Y SABOR AGRADABLE

El empleo de la Soja en la Panificación, acontecimiento
científico inapreciable, es una patente nacional de la

Panificadora de Usera

Francisco Mora, núm. 40
Teléfono 74548 - MADRID

IDIABÉTICOS! INATURISTAS! Pedirlo en Panaderías y establecimientos de régimen.

DEPÓSITOS CENTRALES: Mantecuerías Rodríguez. La Suiza, Cruz, 26; Tintoreros, 4.

filítica o tuberculosa. Por otra parte, deben mencionarse blefaritis que proceden de defectos de refracción, la mayoría de las veces de hipermetropías y astigmatismos ligeros que pasan desapercibidos para el enfermo mismo. Esta clase de blefaritis son rebeldes a todo tratamiento y se curan espontáneamente al corregir mediante cristales el defecto de refracción.

Se caracteriza la blefaritis por rubicundez del borde libre de los párpados con producción de escamas y caída de las pestañas. Además, hay epifera, lagrimeo y picor.

El tratamiento será etiológico cuando la etiología sea conocida, por ejemplo, en las blefaritis debidas a defectos de refracción. Cuando el factor etiológico sea desconocido, se aplicarán astringentes y cáusticos. Los más usados son el óxido amarillo de mercurio en pomada, de concentración variable entre el 2 y el 10 por 100, generalmente el 5 por 100, y el nitrato de plata en solución al 2 por 100. Cuando se trate de una blefaritis ulcerosa hay que procurar, antes de aplicar la medicina, limpiar el borde libre palpebral de costras, pues, de lo contrario, no se absorbe la medicina y no se consigue efecto alguno. A este fin se aplican sobre los párpados compresas empapadas en solución caliente de ácido bórico, para que se reblandezcan las costras, con lo cual se pueden levantar con unas pinzas sin causar molestia al enfermo. Después de esta operación se recurrirá al arrancamiento de las pestañas, el cual se llevará a cabo en varias sesiones. Para aplicar la pomada de óxido amarillo se toma una varilla de vidrio, bien limpia y de extremos redondeados. Con uno de éstos se toma una porción de pomada, y evertiendo ligeramente ambos párpados, aplicados uno contra otro para que los dos bordes libres miren hacia adelante, se impregna dicho borde con la pomada. Vuelcos los párpados a su posición normal, la pomada que quede en contacto con la piel se limpia con un algodón, porque pudiera corroer los tegumentos. No

Para un papel. Háganse 15 iguales. Para tomar tres al día. Indicación: anemia diséptica con diarrea fétida en niños de uno a tres años.

Benzoato de bismuto.—Es un cuerpo de propiedades parecidas al subnitrito, algo más antiséptico y menos cáustico que el salicilato.

Sellos:

Benzoato de bismuto	40 centig.
Benzonattol	aa 20 —
Carbón vegetal	aa 20 —

Para un sello. Háganse 12 iguales. Para tomar de tres a seis al día. Indicación: diarrea.

Poción:

Benzoato de bismuto	4 gr.
Extracto tebaico	5 centig.
Jarabe de ratania	40 cc.
Cocimiento de bistorta	60 —

Mézclase y agítase. Esta poción se tomará en un día en tres o cuatro veces. Indicación: diarrea (en el adulto).

Galato básico de bismuto o dermatol.—Es un polvo amarillo como el azufre, inodoro, insoluble en agua y, por consiguiente, insípido. Tampoco es soluble en alcohol y éter. Se disuelve en una solución de sosa, dándole color rojo. Tiene propiedades antisépticas y astringentes. Debe usarse los tejidos con que se pone en contacto. En el intestino se descompone en parte, formando sulfuro de bismuto, pero no se absorbe, pues no se halla en la orina ácido gálico ni bismuto ni ninguno de sus derivados. No es tóxico.

Al exterior se usa para espolvorear las úlceras, siendo muy útil en úlceras atónicas y, especialmente, en las varicosas. También se ha empleado con éxito en el tratamiento del chancro blando, de los gomas en vías de supuración, la balanitis, bubones, forúnculos, eczemas y blenorragia. Incluso se ha aplicado en pomada en el reu-

matismo articular agudo. Al interior es conveniente en las diarreas, principalmente en las de los tuberculosos, pero es ineficaz en las de origen nervioso.

Polvo:

Almidón	2a 10 gr.
Talco	20 —
Oxido de cinc	20 —
Dermatol	20 —

Mézclese intimamente. Para aplicaciones en las úlceras y placas eczematosas húmedas.

Pomada:

Dermatol	10 gr.
Lanolina	20 —
Vaselina	70 —

Mézclese.

O también:

Dermatol	aa 5 gr.
Oxido de cinc	90 —
Vaselina	90 —

Mézclese. Para unturas. Indicación: reumatismo crónico.

Pasta:

Dermatol	aa 5 gr.
Oxido de cinc	aa 5 gr.
Gelatina	aa 30 gr.
Glicerina	aa 30 gr.
Agua	aa 30 gr.

Mézclese. Para las aplicaciones externas (Heinz.)

Bujías:

Dermatol	60 centig.
Lanolina	10 gr.
Cera blanca	C. s.

para una bujía uretral. Mientras esté aplicada se harán algunos masajes. Indicación: gonorrea crónica.

Sellos:

Dermatol	50 centig.
Polvos de Dover	10 —

Para un sello. Háganse 12 iguales. Para tomar cuatro a seis al día. Indicación: diarrea, gripe gastrointestinal.

Poción (para niños):

Dermatol	2 gr.
Poción gomosa	120 —

Mézclese. Para administrar previa agitación del frasco una cucharada de café de hora en hora. A los niños menores de seis meses se les recetará sólo un gramo de dermatol.

Oridoyodogalato básico de bismuto o aivol. (Véase tomo I, página 146.)

Yoduro doble de bismuto y cinconidina o eritrol.—Es un polvo muy fino, de color rojo vivo, inodoro e insoluble en agua. En medio alcalino se descompone, originando yodo libre naciente.

Se usa al interior contra las fermentaciones gástricas e intestinales con fetidez del aliento, y al exterior, en úlceras fétidas, principalmente de la boca y amigdalas. Se dan 10 centigramos en un sello para tomar después de cada comida. Se puede asociar con igual cantidad de carbonato cálcico.

BLEFARITIS

Significa esta palabra la inflamación, no de todo el párpado, como pudiera creerse, sino sólo del borde libre del mismo. Hay una blefaritis escamosa o pitirriásica que produce a la larga caída de las pestañas y una conjuntivitis tulerosa, en la que además, se producen costras que al caer dejan úlceras algo rebeldes, y cuando cicatrizan producen a veces por retracción un ectropión ligero. Pocas veces es la blefaritis primitiva, soliendo ser secundaria a conjuntivitis, blefaro-conjuntivitis y diátesis si-



PARA PROTEGER SUS OJOS DE LA LUZ
INTENSA, CRISTALES DE COLOR CIENTÍFICO

"LUXTAL"

EXIJA LA MARCA



GRABADA EN CADA CRISTAL

TODAS LAS RECETAS O GRADUACIONES
PUEDEN SER EJECUTADAS CON
ESTOS CRISTALES.
DE VENTA EN TODOS LOS ÓPTICOS

ANALISIS

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

Laboratorio del Dr. E. ORTEGA

Sucesor del Dr. CALDERON

Carmen, 12.-Madrid

FUNDADO EN 1866

¿Tiene usted la colección de Monografías
editadas por EL SIGLO MEDICO?
¿No? Pues haga inmediatamente su
pedido y nunca se arrepentirá de ello.

SANATORIO PEÑA-CASTILLO SANTANDER

Destinado a enfermos del aparato digestivo, nutrición y sistema nervioso

Clima delicioso, once hectáreas de parque, completa instalación de mecanoterapia, electricidad, calor y terapéutica física. Hotel de dietética. Dos hoteles para psiconeurosis. Pabellón especial de radioterapia profunda. Sección de toxicómanos.

Director, EXCMO. SR. D. M. MORALES

"HOZNAYO" - LA MEJOR AGUA DE MESA



UROMIL SALZ

Eter etil-fenil-cincónico—Sales de Piperacina—Hexametilentetramina

INDICADO EN LOS CASOS DE
METABOLISMO ANORMAL

Moviliza - disuelve y elimina

EL ÁCIDO ÚRICO

SUPRIME LAS CAUSAS DE LA DIÁTESIS

CONTESTACIONES

al Programa oficial vigente para OPOSITAR a las vacantes
de Médicos titulares Inspectores Municipales de Sanidad.

4 TOMOS, 1.600 páginas, 35 pesetas

20 % de descuento a nuestros suscriptores



Pedidos al Apartado núm. 121.-Madrid

LABORATORIO FARMACEUTICO

PONS, MORENO Y C.^A

DIRECTOR D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA

(ESPAÑA)

Jarabe Bebé

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

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

Tetradinamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

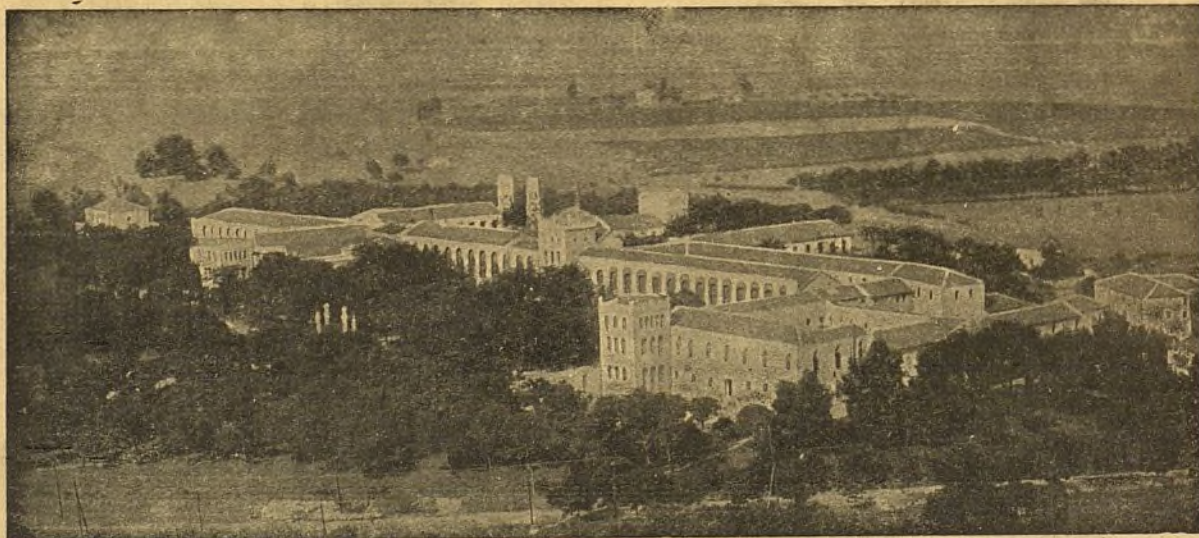
Preparado cardio-tónico y diurético a base de tinturas alcohólicas decoloradas y valoradas de digital, estrofantus y escila.

Mutasán

(INYECTABLE)

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

AL PEDIR MUESTRAS INDÍQUESE ESTA REVISTA Y ESTACIÓN DEL FERROCARRIL



SANATORIO PSIQUIATRICO ESQUERDO

FUNDADO EN 1877

PARA AMBOS SEXOS, CON SEPARACIÓN ABSOLUTA

Cuatro jardines exteriores e independientes con vistas al campo. Rodeado de pinar y terrenos propios en extensión de 300 hectáreas, con dos granjas de labor, varias huertas y hoteles independientes.

TRATAMIENTOS MODERNOS ♦ CUATRO MÉDICOS INTERNOS

Director: JAIME ESQUERDO SAEZ

INFORMES.-MADRID. . . { Alfonso XI, 7
Teléfono 16962

SANATORIO. . . { Carabanchel Alto
Teléfono 20