

# EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

Núm. 4.309.—Tomo 98

AÑO OCHENTA Y TRES

11 Julio 1936

## LABORATORIO FARMACEUTICO

### PONS, MORENO Y C.<sup>^</sup>

DIRECTOR D. BERNARDO MORALES

**BURJASOT VALENCIA**  
(ESPAÑA)

**Jarabe Bebé**

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

**Agentes exclusivos, J. URIACH Y C.<sup>a</sup>, S. A.—Barcelona.**

**Tetradinamo**

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

**Septicemiol**

(INYECTABLE)

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

**Eusistolina**

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

**Mutasán**

(INYECTABLE)

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

AL PEDIR MUESTRAS INDÍQUESE ESTA REVISTA Y ESTACIÓN DEL FERROCARRIL



## 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)



# PAULINO

camisería

PELIGROS, 14

TELÉFONO 16117

MADRID

Especialidad en camisas a medida.  
Trajes de Baño Ribana.  
Novedades en todos sus artículos.

## LA VACUNA DE FRIEDMANN

está indicada en la profilaxis antituberculosa de niños de pecho y de los expuestos al contagio

por no ser un suero, ni tuberculina, sino *vacuna viva*, de efectos específicos, formada de bacilos tuberculosos de la tortuga, tuberculosa espontáneamente y de un modo natural y cuya vacuna nunca ha tenido contacto con bacilos tóxicos humanos ni bovinos.

Referencias médicas, literatura científica y muestra a disposición de los Sres. Médicos.

Louis W. Hoffmann, Av. de Menéndez Pelayo, 27.-Madrid

Representante para España de: Tuberkulose-Heilstof-Werk, G. m. b. H., en Alemania.

PARA EL ESTOMAGO E INTESTINOS

## Elixir Clorhidro Pépsico Amargós

DIGESTIL

(Nombre registrado)

TONICO DIGESTIVO. - ACIDO CLORHIDRICO, PEPSINA, COLOMBO Y NUEZ VOMICA

Delicioso medicamento que suple en los enfermos la falta de jugo gástrico.

### Correspondencia administrativa

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

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

Don Cipriano Torrecilla, pagado fin diciembre 1936

D. José Cerezo, ídem íd.

D. Saturnino Mozota, ídem noviembre 1936.

Colegio de Médicos de Zaragoza, ídem diciembre de 1936.

Librería Valero Gasca, ídem íd.

D. José Raviña, ídem íd.

D. José Velázquez, ídem íd.

D. Valentin Santiago, ídem íd.

D. Casto Lagorio, ídem íd.

D. Desiderio García y García, ídem íd.

D. Avelino García Ruiz, ídem íd.

D. Manuel Alvarez, ídem íd.

D. J. Urbano Chaparro, ídem íd.

D. Porfirio Vaquero, ídem íd.

D. Gil Herrero, ídem íd.

D. Juan Lara, ídem íd.

D. Fidel Ballesteros, ídem íd.

D. Jesús Rodríguez, ídem íd.

D. Teodoro López Alonso, ídem íd.

D. Emilio Pelarda, ídem íd.

D. Miguel Díaz, ídem íd.

D. Emilio Marín, ídem íd.

D. Miguel Calvo Casado, ídem íd.

D. José G. de la Huebra, ídem íd.

D. Lucas Rodríguez, ídem íd.

D. Angel María Castiñeira, ídem íd.

D. José María Martínez, ídem íd.

D. Lorenzo Vicente y Vicente, ídem íd.

D. Daniel Jarabo Torrijos, ídem íd.

D. Rogelio Gimeno, ídem íd.

D. José Pérez, pagado fin diciembre 1937.

D. Manuel Fernández, ídem diciembre 1936.

D. José Allen Rodríguez, ídem íd.

D. Fernando Benedicto, ídem íd.

D. José Sánchez Benito, ídem íd.

D. Francisco Lloret, ídem íd.

(Continúa en la página XIV)

## 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.

# BIFOSFOTIOCOL

## TOSSES Y CATARROS



de Marina en La Habana, Don Domingo Pavia, por haberles suspendido en el ejercicio profesional y goces del mismo.

El comandante general de Marina, previo el acuerdo de la Junta (que presidió Don Juan de Araoz, junto con los capitanes de Navío Don Luis Toledo y Don Ambrosio Justiniani, el mayor general de Escuadra Don Cosme Carranza y el secretario, teniente de Navío Don Ambrosio de Mendoza), lo restituyó a su cargo, resolución que había de ser aprobada posteriormente por Lángara y S. M., reprobando la conducta seguida por Pavia.

Este es el punto de contacto, cuya duración se desconoce, por el que el Dr. Pérez Delgado aparece unido al servicio activo de la Armada por cierto tiempo, que seguramente fué el suficiente para mantener los lazos de compañerismo y de fraternidad en condiciones de que, cuando aquel conjunto de médicos, tan unidos por afanes profesionales, mantenidos en la esfera oficial de la Marina de Guerra, decidieron sumar sus entusiasmos en pro del pueblo de La Habana, no olvidaran la ayuda de este facultativo, que ocupó (junto con Romay, Cózar y Sánchez Rubio) un lugar en la Junta Central de la Vacuna, formada en 13 de julio de 1804, siguiendo las insinuaciones de Balmis.

Antes de dar por ultimada la labor desarrollada en La Habana en pro de la vacuna, nos queda por apuntar un último Facultativo Naval que coadyuvó grandemente en esta labor. Nos referimos a la actuación del Dr. Don José Antonio Bernal y Muñoz, que, en ocasión de poseer el nombramiento de segundo profesor médico cirujano (por R. O. de 24 de mayo de 1806) de la Armada, *llevó la vacuna, "a su costa", a la ciudad de San Juan de Jarusco, inculcada por la viruela, aplicándola por sí mismo, hasta conseguir su desaparición.*

En una certificación expedida por Romay como secre-

tán de Navío Don Miguel Palacios), y de lo sucedido en esta señalada navegación, su hoja de servicios informa:

"A los dos días de estar en la mar (al salir de La Habana), habiéndole caído dos marineros con viruelas naturales, propuso a su comandante vacunar a los que no habían tenido esta enfermedad, con el objeto de preservarlos, y *al mismo tiempo llevarla fresca a Veracruz*, a cuyo punto se dirigían; logró, en efecto, el permiso, y con seda impregnada en este fluido, que llevaba el piloto Don José Angel Zumarán, verificó la operación en cuatro marineros, de los cuales en dos consiguió el efecto, los que sirvieron a la llegada a Veracruz *para vacunar por primera vez*, que fué el 11 de abril de 1804, siguiendo vacunando en adelante con buen éxito en dicho puerto, en consorcio con el Dr. Florencio Comoto, hasta lograr su propagación en casi todas las provincias del Reino de Nueva España.

Por fallecimiento de un compañero, trasborda en 2 de junio de 1804 a la fragata "Anfirite", a las órdenes del capitán de Navío Don Juan Varela.

Pocos días después (8 de julio) pasa a la fragata "Sabina", de la que desembarca por enfermo.

En 27 de noviembre es destinado al bergantín "Flecha", volviendo a enfermar gravemente, trasladándose al depósito flotante corbeta "Amistad" en 19 de julio de 1805.


En el navío "San Lorenzo" (embarcado en 10 de marzo de 1806) hace repetidos viajes a La Habana, Canarias y El Ferrol, conduciendo prisioneros franceses. En este tiempo es ascendido a Primer Cirujano (18 de noviembre de 1806), continuando insistentemente en destinos de barco durante seis años más, hasta el 14 de enero de 1813, en que cubre destino interino en las salas de Cirugía del Hospital Militar de La Habana, y más tarde en propiedad (15 de septiembre de 1818).

Ya todos sus servicios se han de prestar en tierra, adjunto a Hospitales y Arsenal de Cuba.



Suma de la Hoja L...		1	6	1
16	1875	De la Hoja L...		
17	1875	De la Hoja L...		
18	1875	De la Hoja L...		
19	1875	De la Hoja L...		
20	1875	De la Hoja L...		
21	1875	De la Hoja L...		
22	1875	De la Hoja L...		
23	1875	De la Hoja L...		
24	1875	De la Hoja L...		
25	1875	De la Hoja L...		
26	1875	De la Hoja L...		
27	1875	De la Hoja L...		
28	1875	De la Hoja L...		
29	1875	De la Hoja L...		
30	1875	De la Hoja L...		
31	1875	De la Hoja L...		
32	1875	De la Hoja L...		
33	1875	De la Hoja L...		
34	1875	De la Hoja L...		
35	1875	De la Hoja L...		
36	1875	De la Hoja L...		
37	1875	De la Hoja L...		
38	1875	De la Hoja L...		
39	1875	De la Hoja L...		
40	1875	De la Hoja L...		
41	1875	De la Hoja L...		
42	1875	De la Hoja L...		
43	1875	De la Hoja L...		
44	1875	De la Hoja L...		
45	1875	De la Hoja L...		
46	1875	De la Hoja L...		
47	1875	De la Hoja L...		
48	1875	De la Hoja L...		
49	1875	De la Hoja L...		
50	1875	De la Hoja L...		
51	1875	De la Hoja L...		
52	1875	De la Hoja L...		
53	1875	De la Hoja L...		
54	1875	De la Hoja L...		
55	1875	De la Hoja L...		
56	1875	De la Hoja L...		
57	1875	De la Hoja L...		
58	1875	De la Hoja L...		
59	1875	De la Hoja L...		
60	1875	De la Hoja L...		
61	1875	De la Hoja L...		
62	1875	De la Hoja L...		
63	1875	De la Hoja L...		
64	1875	De la Hoja L...		
65	1875	De la Hoja L...		
66	1875	De la Hoja L...		
67	1875	De la Hoja L...		
68	1875	De la Hoja L...		
69	1875	De la Hoja L...		
70	1875	De la Hoja L...		
71	1875	De la Hoja L...		
72	1875	De la Hoja L...		
73	1875	De la Hoja L...		
74	1875	De la Hoja L...		
75	1875	De la Hoja L...		
76	1875	De la Hoja L...		
77	1875	De la Hoja L...		
78	1875	De la Hoja L...		
79	1875	De la Hoja L...		
80	1875	De la Hoja L...		
81	1875	De la Hoja L...		
82	1875	De la Hoja L...		
83	1875	De la Hoja L...		
84	1875	De la Hoja L...		
85	1875	De la Hoja L...		
86	1875	De la Hoja L...		
87	1875	De la Hoja L...		
88	1875	De la Hoja L...		
89	1875	De la Hoja L...		
90	1875	De la Hoja L...		
91	1875	De la Hoja L...		
92	1875	De la Hoja L...		
93	1875	De la Hoja L...		
94	1875	De la Hoja L...		
95	1875	De la Hoja L...		
96	1875	De la Hoja L...		
97	1875	De la Hoja L...		
98	1875	De la Hoja L...		
99	1875	De la Hoja L...		
100	1875	De la Hoja L...		

Parte de la Hoja de Servicios médicos navales del Dr. D. Fran  
pañeros de profesion y clase, de la práctica de las



**SELLO TERCERO**  
**DOS REALES AÑOS DE 1826 Y 1827.**

Lo que han obrado el go  
a de su facultad, para  
contribuir con algo en favor  
de la causa de la patria  
lo y. Que persona de el  
Madrid y el año 29 de 1822

Don  
Don  
Don

Bernal, el Vacunador primario y altruista de San Juan de  
sion de honores, por los servicios prestados a la Marina.



# TERTULIA MEDICA

## HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

### AMENIDADES

11-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.

(Conclusión)

Desde entonces, es también rigurosamente cierto que perdió Flaubert para siempre la confianza en sí mismo, y continuamente temía la aparición de otro ataque. Estos se repitieron a lo largo de la vida del artista, aunque no se sabe de cierto la frecuencia. Ahora bien, todos ellos reproducían la escena del cabriolé en las palabras entrecortadas del enfermo, que, según él mismo, no perdía la conciencia, aun ya privado de la facultad de moverse voluntariamente, y el aura le daba tiempo a buscar el lecho, no habiendo padecido nunca ni mordedura de lengua ni herida por súbita caída al suelo. ¿No parece indicar esto que, más bien que de una verdadera epilepsia, se trata de accidentes neuróticos de tipo histeroepiléptico? La aparición tardía del mal—a los veintitrés años—argumentan en contra de una epilepsia verdadera—aunque, por otra parte, Flaubert mismo ha creído haber sufrido ataques de niño, durante el sueño—, a no ser que, como algún comentarista piensa, se atribuya el mal a una infección sifilítica, puesto que parece seguro que Flaubert fué luético, si bien no se sabe

aspecto psíquico del caso que el orgánico, y así, pensar si el carácter de Flaubert puede calificarse de epiléptico. Sabemos que los enfermos de este mal, fuera de sus ataques y en los casos larvados, se manifiestan en su vida con un tono demasiado activo, de una violenta agresividad. ¿Fué así Flaubert? ¿No fué, por el contrario, un hombre eminentemente pasivo, recluso en su retiro como un monje, con una actividad puramente espiritual? Se cuenta que, gustándole la princesa Matilde, de la que era invitado, una noche le pidió verla a solas. Accedió la princesa, y apareció Flaubert en el salón “calladamente, más como tímido estudiante que como

## STROPHANTUM PALLARES

Valoración biológica:

Un cc. contiene 2 1/2 miligramos de Estrofantina

guerrero victorioso”. Se aseguró con una mirada temerosa de la soledad de la princesa, y, dejándose caer en un sillón, se absorbió en la deliciosa contemplación de los hombros, desnudos, y de sus finas manos. “¿Qué me tiene que decir tan urgente y confidencial? Ya estamos solos, y yo estoy pronta a oírle”, dijo ella. Entonces, Flaubert, súbitamente rojo y enseguida pálido, balbució algo incoherente, se levantó y se fué, casi huyendo. La princesa le esperó, en vano, unos minutos.

¿Se hubiera conducido así un carácter epiléptico?

Por último, supongamos indudable la existencia de una epilepsia. Gustavo Flaubert no era responsable de padecerla; no había en ello absolutamente nada vergonzoso, puesto que él no tenía la culpa de su desgracia. Únicamente queda por ver si la enfermedad ahogó en él al artista y si, por tanto, su obra no es verdaderamente bella, sino la obra defectuosa, insuficiente de un enfermo.

Pero esta cuestión está fallada definitivamente. “Madame Bovary” y

**Acidol-Pepsina**  
Gastritis - Dispepsias  
Diarreas gastrogenas

“Salambo”, por no citar sino la más conocida, son dos joyas de la novela francesa. La una, creada sobre la realidad que vive y sangra; la otra, sobre una resurrección maravillosa del pasado, en la fantasía del artista, auxiliada de una copiosa y científica documentación.

Si Du-Camp, escritor también, califica a Flaubert de genio abortado por la enfermedad, él, en cambio, gozando, según parece, de una salud absolutamente normal, podrá enseñarnos sus obras, para demostrarnos con ellas el valor de un cerebro absolutamente sano. ¿Y quién se acuerda de las obras de Du-Camp?

Quizá su mayor castigo sea haber obtenido, como difamador, la fama que no pudo ganar como creador.

Flaubert, como hombre, tuvo siempre la finura de espíritu de no desear nada ni pedir nada. Trabajó lo mejor que supo hacerlo, creando dolorosamente, como verdadero artista, las obras que sentía nacer en su interior. Se sometió—y en esto intervinieron directamente Du-Camp, que luego le negaba capacidad imaginativa, y Bo-

## SOPA DE AGRIMAX

Sopa de “Babeurre”

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

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

cierto si en la época del primer ataque estaba ya infectado.

Como todas estas discusiones juegan siempre alrededor de testimonios indirectos, y, por lo tanto, inseguros, puesto que el testimonio directo—el enfermo—no existe ya, se comprende que es prácticamente imposible llegar a una conclusión definitiva. Por ello, creo preferible examinar más bien el

## JARABE ALMERA

A BASE DE FOSFATO DE CAL  
GELATINOSO, EL MAS ASIMILABLE

nilhet, como amigo íntimo, que, al leerles Flaubert la “Tentación de San Antonio”, le dijeron: “No seas difuso. Por tu lirismo, a pan seco. Toma un asunto prosaico y ciñete a tratarlo con un tono natural...” —a una disciplina rigurosamente científica, para escribir sus libros, que por ello fueron raros en número, pero admirables. Fué buen

**FIMONAL**



VIAS  
RESPIRATORIAS



hijo y buen hermano. Y, cuando hizo falta, dió cuanto tenía, sin pensar en las consecuencias ni reservar nada para sí.

Máximo Du-Camp trabajó mucho, pero siempre buscando un resultado. Escribió libros, tuvo amores y amistades. Todo lo cotizó y lo negoció. Así pudo llegar a la posesión de dignidades y honores oficiales que Flaubert no tuvo nunca. Fué, como se decía antes, un incansable arrivista, o, como decimos ahora, "un eficaz". Y cuando se elevó sobre la eficacia, lo hizo para proteger con su compasión al pobre amigo Flaubert, al que la enfermedad

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

le privaba de la necesaria fuerza creadora...

Citamos, para terminar, unas palabras que Flaubert le escribió a su amigo Du-Camp, cuando éste, henchido de orgullo por sus relaciones mundanas, excitaba a Gustavo a seguir su ejemplo: "En cuanto al puesto de hombre de letras, te lo cedo de todo corazón y abandono la garita, llevando el fusil bajo el brazo. Rehúso el honor de semejante título y de tal misión. Soy, sencillamente, un burgués que vive retirado en el campo, ocupado en la literatura, sin pedir nada a los otros, ni consideración, ni honores, ni aun estima. Ellos pasarán bien sin

## ION-CALCINA PALLARES

A base de Cloruro de Calcio  
Frasco e inyectables

mis luces. Yo les pido, en desquite, que no me envenenen a mí con sus teas humosas. Por esto me mantengo apartado."

Este noble orgullo, el más exquisito lujo de un espíritu escogido, es lo que sin duda no pudo nunca perdonar a Gustavo Flaubert su buen amigo el barón Máximo Du-Camp.

(La documentación para este artículo ha sido tomada de las obras de Flaubert y de las excelentes biografías del novelista, escritas por René Dumesnil y Albert Thibaudet.)

**DULCIMIDA**

PASTILLAS DE 0.03 gr.

**DULZOR DE RÉGIMEN**

LABORATORIOS MORATÓ

## CLEMENCEAU SU VIDA PROFESIONAL

POR EL

Dr. F. JAYLE

(Adaptación de J. H. S.)

Después de haber presentado su tesis en 13 de mayo de 1865, Clemenceau, que no ha cumplido todavía los veinticuatro años, no abre su consulta acto seguido, como muchos jóvenes de aquellos días. Su padre le lleva a Inglaterra, donde le presenta a Stuart Mill, y del cual va a tomar algunas ideas, máxime que más tarde va a ser traductor de algunas de sus obras — «Augusto Comte y el Positivismo». Esta traducción, que German Bailliére le había propuesto a cambio de la reedición de su tesis, fué realizada en América el año 1868.

Al terminar su estancia en Inglaterra, que no fué muy larga, Clemenceau logra de su padre permiso para ir a América, donde se acaba de terminar la guerra de Secesión; tenía un interés profundísimo por conocer este país, en el cual creía se hallaban resueltos todos los problemas que a la libertad atañen.

La guerra de Secesión se terminaba, y para un espíritu como Clemenceau, la vida de Nueva York debía de ser de un interés profundo, ya que en el mismo los hombres se batían por las ideas. Su padre le llama, pero él no le hace caso; le corta los víveres, pero él busca lecciones y las encuentra en un pensionado de señoritas en Stamford, en el cual enseña lengua y literatura francesa y equitación, ya que es un consumado jinete. Las clases de este tipo son las que más le gustan, y en los juegos de las mismas deja que penetre el amor, y así se decide en solicitar en matrimonio a una de ellas. Pero surge una dificultad ante esto, y es que el joven Clemenceau, en 1861, había firmado un documento «de jamás recibir ningún sacramento de religión alguna», y la familia de la novia exige indispensablemente el matrimonio religioso. La intransigencia absoluta se mantiene por ambos lados, y Clemenceau vuelve a Francia en 1869.

Con respecto al momento en que ha comenzado a ejercer su profesión, me he servido de su carnet de notas, que su distinguido y amable secretario me ha permitido revisar con toda detención.

Según este carnet, Clemenceau empezó a ejercer la Medicina con regularidad a partir del 20 de noviembre del año 1893, si bien añade un pequeño número de actos de índole médica que había llevado a cabo antes de esta fecha, si bien de una forma irregular, y no es aventurado

pensar que al arreglar éstos pensara en la utilidad de confeccionar un pequeño carnet, índice y recordatorio de los mismos.

A los pocos meses de volver de América, vuelve a partir para allí, y, a pesar de la intransigencia de la familia de la novia, se efectúa el matrimonio el día 28 de junio de 1889. Parece ser que este verano lo pasa en aquellas tierras, y que en octubre vuelve a embarcarse para Europa.

CLEMENCEAU, MÉDICO RURAL

Desde el mes de noviembre de 1869 hasta el 10 de agosto del siguiente

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

año, Clemenceau ejerce la Medicina en Santa Hermína, en la Vendée.

Su carnet de consultas es un preciado documento, que nos permite darnos exacta cuenta de sus actos médicos.

Este está construido a mano y se compone de 36 hojas de papel de un formato de 28 x 22 y 1/2, plegadas en dos y encuadradas entre dos cartones pegados por goma; los cartones se hallaban forrados de un papel verde, y sobre la cara anterior se encuentra pegado un rectángulo de papel blanco en el que se hallan dibujados dos esqueletos, cuyas cabezas tienen forma humana; ambos parecen iniciar, cogidos de la mano, un

**BARACHOL**  
Cura Eczemas, Erupciones y Enfermedades Rebeldes de la Piel.

humorístico baile lleno de originalidad.

El carnet tiene 142 páginas numeradas; lleva el mismo en éstas un orden alfabético de la página primera a la 109; cinco páginas se hallan reservadas para cada letra, salvo para la Y, X y Z, que sólo tienen una, y a algunas otras parece ser que les añadió después más hojas.

Cada una de estas páginas comprende cuatro columnas; así, en una inscribe el nombre y el domicilio, en

(Continúa en la página XIV.)

**TROMBYL**

COAGULANTE NACIONAL

LABORATORIOS MORATÓ



## 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**



## SANATORIO NEUROPATICO

Calle de Pablo Iglesias, 52 - CARABANHEL 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

## AGUAS MINERALES NATURALES DE

# CARABANÑA

«LA FAVORITA»

**PURGANTES DEPURATIVAS ANTIBILIOSAS ANTIHERPETICAS**

PROPIETARIOS: HIJOS DE R. J. CHAVARRI

≈≈ MADRID ≈≈

**¡DOCTOR!** ¿Quiere usted que el alcanfor que ha de inyectar a sus enfermos obre de manera rápida y segura? Pues use siempre el

**CANFORETIL B. MARTIN**

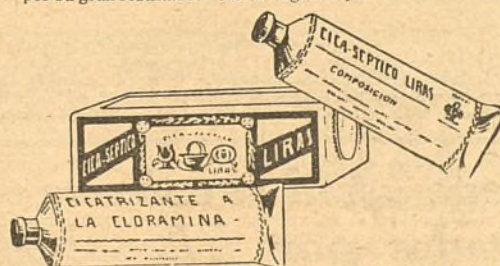
(Nombre registrado)

(Solución etéreo-oleosa de alcanfor puro del Japón)

En ampollas de 0,10, 0,20, 0,40, 0,50 y un gramo de alcanfor puro

## CICA-SEPTICO LIRAS

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



**CICATRIZANTE A LA CLORAMINA**

Muy eficaz en casos idénticos y se prefiere Cloramina. En Centros Farmaceuticos y Farmacias surtidas. Muestras a medicos.—Laboratorios Liras.—(Burgos Villadiego)



LABORATORIOS  
**CAMPOS FILLOL**  
VALENCIA

**LACTOBULGARINA**

El mejor desinfectante intestinal

Simblosis 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**

# Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

Aceite yodado francés a 54 centigr. de yodo puro por centi-cúbico (cubo) sin ningún rastro de cloro de una tolerancia casi ilimitada.

**INDICACIONES.** — Todas las del yodo, de los derivados yodados orgánicos y yoduros, sin sus inconvenientes; ningún yodismo, ninguna acción congestiva sobre el pulmón.

**ARTERIO y PRESCLOROSIS, ENFISEMA, ASMA, REUMA crónico y que desforma, LUMBAGO, CIATICA, GOTA, LINFATISMO, ADENOIDISMO, SIFILIS terciaria y HEREDO-SIFILIS.**

**FORMAS FARMACÉUTICAS :**

**Inyecciones - Ampollas de 1, 2, 3 y 5 cc.**

**Frasco de Aluminio** de 20 cc. o sean 30 gramos (un centi-cubo-cúbico) contiene 0 gr. 54 de yodo que corresponde químicamente a 0 gr. 71 de K. I.

**Cápsulas :** 0 gr. 20 de yodo puro por cápsula (2 a 3 por término medio por 24 horas).

**Emulsión :** 0 gr. 20 de yodo por cucharadita pequeña.

Se halla en todas las buenas farmacias.

Concesionarios Generales para la Exportación :  
André GUERBET & Co  
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 Alcala, 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

(Se ruega escribir con la mayor claridad.)

(Firma.)

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)

¿Tiene usted la colección de Monografías editadas por **EL SIGLO MÉDICO**?

¿No? Pues haga inmediatamente su pedido y nunca se arrepentirá de ello.



# EL SIGLO MEDICO

## REVISTA CLINICA DE MADRID

### HISTORIAL

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

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

1854      AÑO OCHENTA Y TRES      1936

### CONSEJO DE REDACCIÓN CIENTÍFICA

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

Conde de Gimeno. Presidente de la Academia Nacional de Medicina

### VOCALES

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <b>Dr. MARIANO ACEÑA</b><br>De la Beneficencia Municipal de Madrid.  | <b>Dr. MARIANO GOMEZ ULLA</b><br>Inspector general de Cirugía del Ejército.   | <b>Dr. NICASIO MARISCAL Y GARCIA</b><br>Director del Instituto Nacional de Toxicología. Académico y Secretario perpetuo de la Academia Nacional de Medicina.       | <b>Prof. R. ROYO-VILLANOVA</b><br>De la Facultad de Valladolid. Académico C. de Valladolid en la Nacional de Medicina.  |
| <b>Dr. VITAL AZA Y DIAZ</b><br>Director del Sanatorio Quirúrgico de Santa Alicia. Académico de número de la Nacional de Medicina.  | <b>Dr. F. GONZALEZ DELEITO</b><br>Coronel Médico. Jefe de la Clínica Psiquiátrica militar de Ciempozuelos.  | <b>Dr. A. MORANA Y JIMENEZ</b><br>Análisis clínicos.   | <b>Dr. J. SARABIA Y PARDO</b><br>Pediatra. Decano del Hospital del Niño Jesús. Académico de número de la Nacional de Medicina.  |
| <b>Prof. J. BLANC Y FORTACIN</b><br>Agregado de la Facultad de Madrid. Jefe de Clínica del Hospital de la Beneficencia general. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina. | <b>Dr. JOSE GOYANES Y CAPDEVILA</b><br>Decano de la Beneficencia Provincial. Académico de número y Bibliotecario de la Nacional de Medicina.        | <b>Dr. F. MURILLO Y PALACIO</b><br>Ex Director general de Sanidad. Académico de número de la Nacional de Medicina.   | <b>Prof. ANTONIO SIMONENA Y ZABALEGUI</b><br>De la Facultad de Medicina de Madrid. Académico de la Nacional de Medicina.  |
| <b>Dr. JULIO BRAVO</b><br>Jefe de la Sección de Propaganda de la Dirección general de Sanidad. Médico de los Dispensarios Antivenéreos nacionales.                                 | <b>Dr. JOSE GOYANES ECHEGOYEN</b><br>"Fellow" de la Clínica Mayo. (Rochester). Neurología y neurocirugía.   | <b>Prof. J. A. PALANCA Y MARTINEZ FORTUN</b><br>Ex Director general de Sanidad. Profesor del Instituto Nacional. Académico de la Nacional de Medicina.             | <b>Prof. ENRIQUE SUNER Y ORDONEZ</b><br>De la Facultad de Medicina de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina. Director de la Escuela Nacional de Puericultura.      |
| <b>Dr. SANTIAGO CARRO</b><br>Profesor del Instituto Rubio. Académico de número de la Nacional de Medicina.   | <b>Dr. BALTASAR HERNANDEZ-BRIZ</b><br>De la Beneficencia provincial. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.                             | <b>Prof. ANTONIO PIGA Y PASCUAL</b><br>Médico forense de Madrid. Ex Presidente del Colegio de Médicos de Madrid.   | <b>Dr. J. M.<sup>a</sup> TOME Y BONA</b><br>Dermatólogo. Bibliotecario de la Academia de Dermatología y Si-filiografía.   |
| <b>Prof. A. FERNANDEZ MARTIN</b><br>Auxiliar de la Facultad de Madrid. De la Beneficencia Municipal de Madrid.   | <b>Dr. J. DE ISASA Y ADARO</b><br>Pediatra.   | <b>Prof. GUSTAVO PITTALUGA Y FATORINI</b><br>De la Facultad de Madrid. Director de la Escuela Nacional de Sanidad. Académico de número de la Nacional de Medicina. | <b>Dr. RAFAEL DEL VALLE Y ALDABALDE</b><br>De la Beneficencia Provincial. Académico de la Nacional de Medicina.   |
| <b>Dr. E. FERNANDEZ SANZ</b><br>Presidente de la Liga Nacional de Higiene Mental. Académico de número de la Nacional de Medicina.  | <b>Dr. SANTIAGO LARREGLA</b><br>Jefe del Laboratorio del Hospital de San Francisco de Paula y del de Pediatría de la Facultad de Medicina.          | <b>Dr. A. PULIDO Y MARTIN</b><br>Urólogo. De la Beneficencia Provincial. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.  | <b>Dr. J. VALDES LAMBEA</b><br>Jefe de los Servicios de Tuberculosis del Hospital Militar y Profesor de Fimatology del Ejército. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina. |
| <b>Prof. FIDEL FERNANDEZ Y MARTINEZ</b><br>De la Facultad de Granada. De la Beneficencia general y Académico C. en la Nacional de Medicina.  | <b>Prof. GREGORIO MARAÑON Y POSADILLO</b><br>De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina.                              | <b>Dres. JULIAN Y SANTIAGO RATERA Y BOTELLA</b><br>Radiólogos. De la Beneficencia Provincial. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.                   | <b>Dr. J. M.<sup>a</sup> DE VILLASVERDE</b><br>Psiquiatra del Hospital del Buen Suceso. Neuropsiquiatra de la Beneficencia Provincial de Madrid.                                    |
| <b>Dr. S. GARCIA VICENTE</b><br>Jefe del Servicio de Laringología de la Institución Antituberculosa Municipal de Madrid.   | <b>Dr. MANUEL MARIN AMAT</b><br>Jefe del Servicio de Oftalmología de la Beneficencia Provincial de Madrid. Académico C. de la Nacional de Medicina. | <b>Dr. J. MARTIN RENEDO</b><br>Jefe de la Clínica Oftalmológica del Hospital Militar de Carabanchel.   |   |

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

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

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

### PRECIOS DE SUSCRIPCION

En toda España, América y Portugal, 25 pesetas al año, 14 semestre y 8 trimestre. Los demás países, 50 pesetas.  
Número corriente 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. }  
La científica y profesional al Director. .... } Apartado de Correos núm. 121



# EL SIGLO MEDICO

Tomo 98

Sábado 11 de Julio de 1936

Núm. 4309

## 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: Historia de la educación física en el mundo, por el Dr. M. Martín Salazar.—Novedades oftalmológicas comentadas, conclusión, por el Dr. M. Renedo.—La anatoxina estafilocócica, II, por el Dr. Javier M. Tomé y Bona.—El mercurocromo como esterilizante de la conjuntiva antes y después de la operación de la catarata, por el doctor M. Marín Amat.—BIBLIOGRAFÍAS.—PERIÓDICOS MÉDICOS.

## Historia de la educación física en el mundo

POR EL

Dr. M. MARTÍN SALAZAR

Académico

Es interesante la historia de la educación física en el mundo. Lo más curioso que en ella se observa es su coincidencia con la historia de la civilización. Es decir, que allí donde quiera que se ha dado una gran cultura, allí ha aparecido, culminante, la educación física de los pueblos; y donde ha sobrevenido una decadencia de la civilización, ha retrocedido, a veces hasta el olvido, el culto por los ejercicios físicos. En todos los países civilizados se ha comprendido la importancia que la cultura física tiene en el desarrollo del cuerpo y del pensamiento, y se ha rendido homenaje a los juegos atléticos y a las prácticas de la gimnasia educativa. En los primitivos tiempos, se celebraban juegos atléticos para culto de los dioses y de los héroes.

En el antiguo Egipto, en la época de su mayor esplendor, se ejecutaban ya ejercicios populares colectivos, que han quedado cuidadosamente recordados en las pinturas interiores de las tumbas egipcias. Empero, donde la educación física, en la historia antigua, llegó a la cumbre del arte y de la ciencia, fué en el pueblo griego, durante el apogeo de su pasmosa civilización. Es de admirar que en el siglo V, antes de Jesucristo, hubiera un pueblo que llegara a tan alto grado de civilización. El día que se conozca mejor que hoy la génesis de la cultura de los pueblos, podrá ahondarse en la intervención que los factores eugenésicos tienen en la generación espontánea de esa serie de hombres superiores, que se suceden los unos a los otros, mientras dura la época de esplendor, para venir después, cuando llega la hora de la decadencia, a rebajar el nivel medio de su intelectualidad y hacer desaparecer la civilización. Circunstancias genealógicas excepcionales debieron darse durante aquella época en Grecia para explicar la aparición de esa muchedumbre de sabios, de filósofos, de legisladores, de artistas de todas clases, que brillaron en la nación helénica durante unos cuantos siglos. Nosotros, los médicos, tuvimos allí el origen de nuestra ciencia. Hipócrates, llamado por antonomasia el padre de la Medicina, fué su verdadero fundador. Su genio inventó y fomentó el método inductivo, aplicable a la observación de los enfermos, y sus libros, llenos de sabiduría, son todavía consultados con fervor.

La educación física en Grecia tuvo dos tipos de cultu-

ra diferente: el de Esparta y el de Atenas. El de Esparta fué dirigido a preparar los hombres para la guerra, creando organismos vigorosos por medio de ejercicios atléticos al aire libre, sin gimnasios, y sin cuidado del desarrollo armónico regular del organismo humano. Aquellos soldados, que triunfaron en el paso de las Termópilas, fueron hombres educados y fortalecidos por este método de educación física, con miras a la guerra. El otro tipo fué el de los atenienses, que tenía por objeto, a más de cultivar la salud del cuerpo, lograr la hermosura de sus líneas mediante una gimnasia inteligente, que buscaba por el arte el desarrollo armónico del cuerpo a la vez que la educación del pensamiento y del carácter. Altos ideales y muy nobles propósitos caracterizaron la gimnástica de los atenienses. Crearon gimnasios populares para niños, y fundaron en Atenas tres grandes gimnasios para adultos, donde el pueblo griego acudía libremente a practicar toda clase de ejercicios. Dos de esos grandes gimnasios llevaban los nombres de Academia y el Liceo, cuyos nombres conservamos entre nosotros. Al terminar el siglo V, antes de la Era Cristiana, la mayor parte de las grandes ciudades griegas contaban con sus gimnasios respectivos, algunos de los cuales se hicieron famosos. Los célebres juegos olímpicos, estaban constituidos por unos festivales de carácter nacional, en que, a más de las actividades atléticas y de toda clase de juegos, tenían una significación religiosa, artística y literaria, que mostraban el importante papel que los griegos otorgaban a la educación física de su pueblo. Hoy se tratan de resucitar con las olimpiadas.

Con la pérdida de la independencia helénica, la educación física perdió su significado verdadero; y aunque los romanos incluyeron en sus leyes la enseñanza de la cultura física, fué en forma antiestética y decadente. El carácter militar del Imperio romano influyó mucho en que los ejercicios físicos se dirigieran preferentemente a vigorizar los hombres que habían de formar parte de aquellos ejercicios que pretendieron conquistar el mundo.

Al venir el cristianismo, sus dogmas espiritualistas no fueron muy favorables a los cuidados materiales del cuerpo; y la oposición religiosa a las prácticas gentiles, hizo que sobreviniera, al principio, cierta crisis para los





**3**  
**PRODUCTOS**  
 NETAMENTE ESPAÑOLES  
**CONTRA**  
**EL**



**REUMATISMO**

**SALIVENAL**

**AMPOLLAS**

SALICILATO DE SOSA AL 10% EN SOLUCIÓN GLUCOSADA ISOHIDROGENIONICA PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA  
 AMPOLLAS DE 5 Y 10 C.C. • CAJAS DE 5 AMP.  
 1 A 2 AMPOLLAS DIARIAS

**Salicitiro**

**SOLUCIÓN**

SALICILATO DE SOSA Y TIROIDINA EN SOLUCIÓN FUERTEMENTE ALCALINIZADA  
 2 GRS. DE SALICILATO DE SOSA POR CUCHARADA SOPERA  
 FRASCOS DE 250 GRS.  
 2 A 4 CUCHARADAS DIARIAS

**AToFTiRO**

**COMPRIMIDOS**

ACIDO FENIL • QUINOLIN • CARBONICO Y TIROIDINA  
 TUBO DE 20 COMPRIMIDOS  
 2 A 4 COMPRIMIDOS DIARIOS

**TRES FORMAS ANTIRREUMATICAS TOLERABLES**



## DOLOR HEMORROIDAL

El ANUSOL es eficaz en todos los procesos agudos hemorroidales y durante los períodos pre y post-operatorios. Alivia el dolor y la incomodidad. Reduce la congestión. Cohibe la hemorragia.

Disminuye el catarro de la mucosa y ejerce una acción astringente. Impide la infección de los nódulos hemorroidales y la formación de abscesos. Provoca la granulación y estimula la reparación del epitelio. Resuelve los procesos flebíticos del ano. Reblandece las heces duras. No contiene narcóticos. No es tóxico.



# ANUSOL

Supositorios científicos, asociación de oxiyoduro y resorcinsulfonato de bismuto, óxido de zinc, bálsamo de Perú, manteca de cacao y cerato.

Para literatura y muestras gratuitas, dirigirse a  
**LABORATORIO Y COMERCIO SUBSTANCIA, S. A.**  
Apartado, 410.-BARCELONA

Nueva forma farmacéutica concentrada para la administración del ajo (*Allium sativum*)

## ALLISATINA

### SANDOZ

ANTIDIARRÉICO

ANTIDISPÉPTICO

(Principio activo del ajo, fijado al carbón vegetal)

La Allisatina "Sandoz" está dotada de un poder antispéptico bien definido, y ejerce sobre el tubo digestivo una acción modificadora, estimulante y sedativa a la vez. Esta acción característica, unida a sus propiedades antiparasitarias y bactericidas, permite establecer con la Allisatina una medicación de las afecciones de las vías digestivas de un carácter nuevo y de un valor especial.

#### INDICACIONES

Afecciones intestinales crónicas con fermentaciones anormales y patógenas, flato, cólicos, calambres intestinales, colitis, enterocolitis y colitis mucomembranosa. Diarreas subagudas y crónicas, disentería, dispepsias gastrointestinales con o sin diarrea, enteritis infecciosas y gastroenteritis. Hipertensión. Inapetencia. Afecciones broncopulmonares.

Para literatura y muestras dirigirse a la

**OFICINA CIENTIFICA SANDOZ**

NICETO ALCALÁ ZAMORA, 18.-MADRID-APARTADO 1036



ejercicios físicos. Durante toda la Edad Medieval, que puede estimarse como una noche oscura para la civilización, la educación física de los pueblos vino a su más absoluto olvido. Ya, al principio del Renacimiento, las escuelas italianas de Mantua y de Venecia trataron de resucitar la gimnástica de los antiguos. Por aquel entonces, Hieronymus Mercurialis publicó un libro interesante sobre la gimnasia de los antiguos, sobre todo, la gimnástica griega, recordando las ventajas de los ejercicios físicos y estimulando a los pueblos a que cultivaran sus juegos atléticos y el desarrollo físico del cuerpo.

En los siglos XVI al XVII, algunos hombres eminentes cuidaron de encarecer las ventajas de la educación física. Tomás Elyot publicó, en 1531, un libro donde dió a conocer las varias formas de los ejercicios gimnásticos. Martín Lutero ensalzó el valor recreativo de los ejercicios corporales, y recomendó especialmente la esgrima y la lucha. El notable ensayista francés Michel de Montaigne, en su célebre libro *Los ensayos*, exaltó la importancia del elemento físico en la educación del hombre; y, a mediados del siglo XVII, Jean Jacques Rousseau, en su célebre obra *Emilio*, expuso el valor de la educación física como una parte de la educación integral. En Inglaterra, Richard Muleaster, uno de los más famosos maestros de la gimnástica inglesa, recomendó el mucho tiempo que debía consagrarse a la enseñanza física, y fué uno de los más famosos partidarios del fútbol, creado en esa época.

Aunque en los últimos años del siglo XVIII hubo mucho hombres eminentes, sobre todo alemanes, que se interesaron por hacer de la educación física una enseñanza en las escuelas, entre los cuales puede citarse a Basedow, Gutsuthus y Jahn, no se llegó a conseguir esto, como función social, hasta comienzos del siglo XIX. Es a Dinamarca a quien pertenece la gloria de haber introducido en el programa oficial de las escuelas de niños la enseñanza de la gimnasia, y de haber facilitado la instrucción sistemática de los profesores técnicos. El líder de este movimiento fué Franz Nachteggall, célebre director del Instituto Gimnástico Militar Danés, el cual instituyó en los gimnasios de toda Dinamarca los métodos recomendados por Gutsuthus en su excelente libro titulado *Gymnastics for Youth*.

Este sistema de educación física prevaleció en Dinamarca hasta 1884, en que Ling inventó, en Suecia, su célebre gimnasia sueca, sin aparatos, fundada, según el autor, en principios científicos deducidos de la anatomía y fisiología del cuerpo humano. Este gran maestro de la gimnástica fué un hombre de gran entendimiento, que sostuvo con fervor que los ejercicios físicos tenían un lugar legítimo, no sólo en la educación, sino en la Medicina y en la defensa de la nación. Su principal obra fué la organización de la gimnástica militar; pero también ejerció una gran influencia sobre la educación civil y sobre la gimnástica médica en general. El concepto moderno, de que el aguerrimiento del cuerpo por los ejercicios físicos engendra un poder orgánico positivo para prevenir y curar las infecciones, fué vislumbrado claramente por el talento de Ling.

A partir de aquí, singularmente en lo que va de siglo, todos los pueblos civilizados de Europa y América se han dedicado a fomentar algunos con pasión, el progreso de su educación física, en el grado justo de su civilización; dándose así la prueba de que la historia de la

cultura física coincide siempre con la historia de la civilización.

Respecto al criterio que, en mi juicio, debe presidir a la organización de la educación física en España, lo acabo de exponer detalladamente en una comunicación presentada y discutida en la Academia Nacional de Medicina. Mi opinión, en síntesis, es que la educación física debe ser considerada como una función social, regida por el Estado, de igual manera que cualquier otro ramo de la Sanidad pública; y cuya legislación debe ser acometida cuanto antes por el Parlamento, para salir presto de nuestro atraso sanitario en este punto.

La educación física, en fin, debe ser considerada, conforme con las ideas de Rousseau, como sólo una parte de la educación integral de nuestro pueblo. No hay que sacarla de quicio.

## NOVEDADES OFTALMOLÓGICAS COMENTADAS

POR EL

Dr. M. RENEDO

(Conclusión.)

### TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

Dos nombres de abolengo en investigaciones sobre tuberculosis ocular—los Profs. LOWENSTEIN, de Praga, e IMRE, de Budapest—son autores, el primero, y patrocinador, el segundo, de dos valiosos trabajos aparecidos en *Z. F. A.*, págs. 191 y 271, que abren nuevos cauces en la terapéutica de la multiforme y frecuente enfermedad ocular.

El Prof. Löwenstein, hermano del autor de los métodos de cultivo del bacilo tuberculoso que tanta resonancia han tenido en el mundo científico, arranca de la idea de que la piel es la fuente esencial de toda inmunidad, según lo demuestran numerosas investigaciones inmunológicas y clínicas. Enfermedades que se desenvuelven principalmente en la piel, como la viruela, garantizan la más segura inmunidad contra nuevas infecciones, y aun cuando además de la piel resulten afectados por la infección otros tejidos, basta el hecho de que una parte del proceso patológico se desarrolle en la piel para dar lugar a un proceso de inmunidad que, de ordinario, como en los exantemas agudos, perdura toda la vida.

Estas consideraciones fueron, en gran parte, las que impulsaron poco a poco a los oculistas a pasar de la tuberculinoterapia subcutánea a la intracutánea.

Nosotros, los oculistas, que poseemos una gran experiencia sobre el tratamiento específico de la tuberculosis ocular crónica, habíamos siempre observado que los mayores éxitos, especialmente en los procesos inflamatorios, se obtenían en los casos en que la reacción local consecutiva a la inyección era más fuerte, hecho sobre el cual ya llamó la atención el autor en su libro sobre tuberculosis ocular, publicado el 1925. Precisamente por provocar la vieja tuberculina de Koch las mayores reacciones de piel fué por lo que dió preferencia siempre a este preparado para el tratamiento.

A pesar de que tanto la reacción general como la local son, de ordinario, mucho menores con la aplicación intracutánea de tuberculina, alguna vez vemos, aun con cantidades mínimas y diluciones extremas, reacciones desagradablemente violentas, tanto generales como en el



bojo, que colocan al especialista en un verdadero aprieto.

Este hecho, repetido en varios de hemorragia recidivante de vítreo, ha decidido a muchos prácticos a servirse de la aplicación percutánea de la tuberculina, con cuyo método se ha logrado en los casos hipersensibles e incluso en los de elevada alergia, producir reacciones de piel sin reacción focal o siendo esta última muy escasa. Claro es que habremos de aplicar al principio pequeñas cantidades de pomada que no contengan sino indicios de tuberculina, pudiendo, aun en los casos hipersensibles, ir aumentando paulatinamente la cantidad de tuberculina, logrando de este modo modificar la tolerancia hasta el punto de permitir la aplicación de grandes cantidades sin provocar el menor trastorno en el proceso curativo.

En estos casos debe esperarse a que la reacción de la piel haya desaparecido por completo y dejar después aún un intervalo de cinco días, como *mínimum*, antes de repetir la fricción. La curación definitiva de estos casos hipersensibles, particularmente las hemorragias recidivantes de retina y vítreo, de origen tuberculoso, tiene lugar sólo cuando hemos logrado que desaparezca la sensibilidad a la tuberculina de un modo permanente.

Sentadas estas premisas y con el fin de intensificar todo lo posible la reacción de la piel sin provocar reacciones generales ha ensayado el raspado de la piel con distintos medios, habiéndose decidido, después de varias pruebas, por el papel de pulir empleado de ordinario por los zapateros para trabajar el cuero y que ya había sido utilizado por otros autores, como GRASS, en tuberculinodiagnóstico, sin que hasta ahora se hubiera aplicado con fines terapéuticos.

He aquí cómo procede.

Limpia la piel, de preferencia la cara externa del brazo y del muslo o zonas laterales del tórax, cuidadosamente con bencina, friccionando la zona con un trozo de papel de pulir—que puede esterilizarse a seco, aun cuando no es necesario—de unos cinco centímetros cuadrados, hasta que se desprenda el epitelio, pero sin que sangre ni aun pueda distinguirse con la lupa hemorragia alguna. Sobre la zona así pulimentada se deposita la tuberculina antigua de Koch, de una a ocho gotas—según vaya avanzando el tratamiento y con las precauciones arriba indicadas de dejar desaparecer por completo la reacción y avanzando con prudencia en los hipersensibles—, haciendo luego un fuerte masaje con una varilla de cristal.

La fricción es por completo indolora, hasta el punto de que puede aplicarse a los niños sin inconveniente ni dificultad alguna, dando lugar la irritación mecánica a un enrojecimiento de la región, que desaparece a las pocas horas.

La reacción específica consiste en un enrojecimiento difuso de la zona friccionada y que de ordinario aparece ya a las veinticuatro horas, haciéndose más intenso, hasta llegar, a menudo, a la formación de vesículas delicadas, que se secan poco a poco y espontáneamente, incluso cuando las reacciones son más intensas, pasados ocho o diez días.

Claro está que sólo en los enfermos capaces de reaccionar a la tuberculina introducida por otras vías será posible esperar una reacción positiva; pero nunca se han observado elevaciones de temperatura, habiendo presen-

tado algunos individuos cefalea en los momentos álgidos de la reacción, cuya intensidad depende de la extensión de la zona de la piel tratada, de la intensidad de la fricción hecha con el papel de pulimentar y del número de gotas aplicadas.

Es evidente que, si lo deseamos, podemos diluir las gotas de tuberculina o emplear otras tuberculinas de acción más débil que la antigua de Koch—Tebeprotin, tuberculina japonesa A. O.—, de la que se ha servido el autor del trabajo.

Pasados unos minutos y desecada sobre la piel la tuberculina, puede ponerse el enfermo la camisa o calzón sin necesidad de colocar cura alguna sobre la zona tratada, que recomienda tenga poco o ningún pelo, porque su presencia hace más desagradable la fricción.

Es digno de hacer notar que con este método de aplicación de la tuberculina se observa una evidente reacción de palidez del ojo irritado, hecho comprobado hasta en los casos de gran intensidad inflamatoria.

Las ventajas atribuibles a este método de fricción con el papel de pulir son: 1.ª, la extensa reacción de la piel; 2.ª, la falta de reacción general.

Frente a la reacción intracutánea significa una gran ventaja la gran extensión de la superficie de la piel que reacciona.

El preparado inyectable de PONDORFF, que, como es sabido, contiene neumo y estreptococos, provoca a menudo una fuerte tumefacción, con fiebre alta, a veces necrosis, por lo que recientemente ha sido rechazado por oculistas tan prácticos como RUBERT. La aplicación percutánea de tuberculina pomada obra de un modo irregular en la gente de edad; por lo demás, podría también ensayarse este preparado tras la fricción según el método de que nos ocupamos, y es de esperar que sus efectos fuesen más eficaces.

Desde hace tres años emplea el autor este método, sin que haya jamás visto una complicación desagradable, obteniendo, en cambio, buenos resultados, sobre todo en los casos en que antes habían fracasado los demás tratamientos, por lo que se recomienda con todo interés a los oculistas para que lo pongan en práctica en beneficio de sus enfermos y de su crédito científico mismo.

KRASSO, de la Clínica del Prof. Imre, se refiere al diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis del ojo por medio de las inyecciones de Tebeprotin.

A pesar de los numerosos trabajos e investigaciones científicas de los últimos años, se encuentra siempre el diagnóstico de la tuberculosis ocular en sus comienzos. Síntomas clínicos que teníamos antes como signos seguros se ha demostrado que no eran específicos de la tuberculosis. Reacciones de fijación de complemento, investigaciones serológicas, determinación de la velocidad de sedimentación de los glóbulos rojos, no son lo suficientemente sensibles para descubrir las metástasis eventuales en el globo ocular. De igual modo hemos de valorar la reacción de Mantoux, que pone en evidencia la alergia general del organismo, pero de la que no pueden deducirse enseñanzas prácticas inmediatas respecto a la tuberculosis de la úvea, e incluso las investigaciones experimentales en los animales sólo pueden aceptarse como dato esencial para el diagnóstico con ciertas limitaciones, puesto que el agente provocador de los fenómenos tu-



berculosos en los estadios de comienzo puede ser una raza invisible o variedad del bacilo tuberculoso, que sólo se haga visible después de pases por el cobayo.

El diagnóstico morfológico tampoco puede señalarse como específico de la enfermedad. Por las modernas investigaciones sabemos que una tuberculosis ocular ni siquiera es posible determinarla bajo el microscopio por su analogía con el cuadro típico de la tuberculosis, ya que afecciones oculares, cuya etiología tuberculosa es segura, como, por ejemplo, en la experimental, nos ofrecen un cuadro histológico de estructura tisular tuberculoide o incluso con el aspecto de una reacción inflamatoria simple no específica. Y que no siempre es posible demostrar en los tejidos el bacilo tuberculoso es bien conocido por todos, así como que el cultivo del bacilo sólo es posible en la actualidad en cierto número de casos.

Bien débiles son los pilares que fundamentan el diagnóstico por exclusión, puesto que el papel de la infección local en la etiología de las afecciones oculares no está suficientemente aclarado. No siempre podemos decidir con seguridad si una afección focal existente en el organismo está en relación etiológica o correlativa con la enfermedad ocular; sólo después de extirpar el foco supurante local podremos afirmar que él fuese el origen de la enfermedad ocular, y esto solamente en el caso de que se evidencie una inmediata mejoría o agravación de los fenómenos oculares una vez desaparecido el foco.

Además, es siempre posible, aun con examen pulmonar por completo negativo, que en los pulmones, si algún día sufrieron la infección tuberculosa, puedan quedar focos encapsulados que estén en relación con la metástasis ocular, y, de otra parte, es aun discutible si en caso de evidente lesión pulmonar e incluso con comprobada bacilemia es en realidad la afección ocular dependiente de la pulmonar o está en correlación con ésta o con otra enfermedad, como la lúes, por ejemplo, o con otra afección no demostrable.

Nos queda, pues, como método más práctico de diagnóstico etiológico, la terapéutica específica, que, hecha con Tebeprotin, evita casi siempre toda reacción desagradable general o local, es fácil de ejecutar y cada día más empleada por los oculistas, al contrario de lo que sucede con los tisiólogos.

Ahora bien, al conseguir suprimir las reacciones focales hemos perdido también nuestro signo diagnóstico más valioso, quedando únicamente la reacción de palidez como única acción inmediata. Pero incluso con las curas con Tebeprotin, cuando empleamos dosis muy pequeñas, aparecen a veces agravaciones, o bien la terapéutica queda sin efecto, probablemente porque en sus aplicaciones nos hemos quedado por bajo de la dosis óptima en el sentido sostenido por NAKAMURA en su comunicación al último Congreso Internacional de Oftalmología celebrado en Madrid el año 33. Esta aparente contradicción queda aclarada si recordamos que el estado de sensibilidad del ojo no siempre marcha paralelamente al de la piel, pudiendo ser menor o mayor.

En sus investigaciones experimentales sobre conejos en los que inyectó bacilos tuberculosos en aparato circulatorio, sólo en un escaso porcentaje existió paralelismo entre el estado general y el del ojo. Igual es el juicio en el hombre; es decir, que los enfermos de tuberculosis

ocular presumen de ordinario de tener buena salud, existiendo, en realidad, un cierto antagonismo entre el estado general y la afección ocular.

La misma relación existe también respecto a los efectos terapéuticos en los procesos pulmonares y extrapulmonares; mientras que uno cura puede exacerbarse el otro, resultando algo análogo en las experiencias en animales efectuadas por el autor, ya que muchas veces, cuando el animal comenzaba a reponerse, se agravaba el proceso tuberculoso ocular. De esta observación parece deducirse lógicamente el hecho de que en la tuberculosis ocular no sea el método de elección la climatoterapia, tan útil, por lo demás, ni siquiera un tratamiento general específico bien dirigido.

En la sección de cura por Tebeprotin, de la Policlínica de MELLER, ha podido comprobar cómo casos que por los efectos terapéuticos de la vacuna llegaban a curar de su localización ocular, se agravaban en sus manifestaciones pulmonares, o bien, al contrario, mejorar éstas agravándose las oculares, lo que demuestra la necesidad de tomar como punto de partida para nuestra terapéutica como oculistas la alergia local del ojo, que puede ser mayor o menor que la general. Claro está que la alergia local ha de depender de la general, y en este sentido se interpretaba la reacción conjuntival en la prueba de Calmette, pero sin olvidar que la reacción conjuntival puede ser influida por la alergia local en más alto grado que por la general. Por esta posible disparidad entre ambos estados alérgicos pueden explicarse los casos en que la instilación conjuntival de tuberculina, según Calmette, era seguida de una violenta reacción local—fuerte estado de alergia local—, aparte, claro es, de las grandes dosis que se emplearon al principio para este método de diagnóstico—una gota de la solución del 1 al 4 por 100 de tuberculina antigua de Koch.

Teniendo en cuenta las consideraciones que acaban de ser expuestas, ha creído necesario el autor probar el estado de la alergia mediante la previa inyección intracutánea de Tebeprotin y después con una mínima parte de aquella solución aplicada al ojo procede a explorar éste, de una parte, para darse cuenta de la sensibilidad relativa de la conjuntiva, y de otra, para poder poner en parangón su eventual hipersensibilidad frente a la alergia de la piel.

Para evitar la reacción de palidez, o reacción focal, emplea para la inyección intracutánea la mitad de la dosis ordinaria—0,05 cc. en lugar de 0,1 cc.—de Tebeprotin, prefiriendo este producto, porque las reacciones local y general son muy escasas, en oposición a lo que ocurre con la tuberculina.

Para provocar la reacción local no ha considerado indicada la instilación en saco conjuntival, puesto que desde el primer momento quedó convencido de que con la dosis capaz de dar una reacción positiva intracutánea, o no aparece reacción alguna aplicada por vía conjuntival, o ésta es apenas perceptible, dato que concuerda con lo que sabemos respecto a la prueba de Calmette, o sea: la necesidad de servirse de grandes dosis de tuberculina. Además, la dosificación por vía conjuntival es ilusoria, porque, o bien se expulsa parte del producto, o puede pasar al saco lagrimal, y, de otra parte, la reinstilación ha de hacerse en el mismo sector conjuntival, de manera



que siempre podría temerse una eventual sensibilización o desensibilización dependiente de la dosis.

Teniendo en cuenta los experimentos de Bruce, según los que las reacciones inflamatorias de las zonas anestesiadas se desarrollan más tarde, y en cambio son más duraderas, prescinde de la anestesia, haciendo la inyección con una aguja muy fina y jeringa de tuberculina—con divisiones de centésima de centímetro cúbico—bajo la conjuntiva bulbar, a unos cuatro milímetros del limbo y hacia el meridiano de las XII. Al repetir la inyección, elige otros puntos, teniendo cuidado de que las superficies de reacción de estas consecutivas no crucen la de la primera inyección.

El momento de las inyecciones lo ha elegido de ordinario de manera que el intervalo desde la aplicación intracutánea no sea muy grande. La mayoría de las inyecciones subconjuntivales se hacen a la semana y, cuando más, a las dos semanas de la intracutánea.

Para comprobar si la alergia general se ha modificado durante el período de observación, se repite casi siempre la inyección intracutánea algún tiempo después de la subconjuntival, habiéndose mantenido sin modificar la general en casi todos los casos.

Antes de repetir la inyección subconjuntival espera siempre a la desaparición completa de los fenómenos reaccionales provocados por la anterior.

En cuanto al volumen de las dosis, se determina, primero, de un modo relativo, sirviéndole de tipo la que ha provocado una reacción intracutánea positiva, diluída al 10, 100 y al milésimo.

De las 66 inyecciones practicadas en 26 enfermos nunca se han observado exacerbaciones del proceso pulmonar, pudiéndose, en cambio, demostrar un evidente efecto terapéutico local en todos ellos. En la mayoría se presentó a seguida de la inyección, y en un período variable entre las cinco y las veinticuatro horas, una notable disminución de los infiltrados de la córnea o disminución de su volumen, aumento de transparencia en el humor acuoso, reducción de la hiperemia y tumefacción del iris, coincidiendo con la dilatación de la pupila, y, en los casos en que existían, desaparecieron los tubérculos del iris, aclarándose la turbidez del humor vítreo, habiéndose repetido la inyección cada semana o dejando en algunos casos raros un intervalo de una a otra de dos o tres semanas.

Como medio terapéutico de la tuberculosis ocular, es este tratamiento específico local superior al subcutáneo, siendo la acción consecutiva a la inyección subconjuntival muy rápida, logrando mejorar el estado local sin agravar el general, obteniéndose con dos o, cuando más, tres inyecciones lo que hubiera necesitado un plazo de semanas o meses con otros tratamientos específicos.

Queda aún por determinar si, una vez obtenida la mejoría mediante la cura subconjuntival, estará o no indicado el continuar con una cura subcutánea, aun cuando es de pensar que esto último no sea conveniente, puesto que es de temer que las inyecciones subcutáneas reactiven el proceso. Ya es sabida la contraindicación de inyectar tuberculina antigua de Koch por vía subcutánea después de desaparecida una reacción de Calmette, por lo que, aun en espera de nuevos trabajos orientados en este sentido, será prudente seguir el tratamiento subcon-

juntival con exclusión de todo otro, quedando solo por determinar por cuál de las vías—intracutánea o subconjuntival—hemos de decidírnos.

Quedan, pues, como de interesantes novedades oftalmológicas estas dos nuevas técnicas: percutánea y subconjuntival, que merecen ser ensayadas por los oculistas y que creemos han de entrar en la práctica corriente por las ventajas sobre las vías subcutáneas e intracutáneas, inclinándonos nosotros más bien a la vía percutánea propuesta por Löwenstein.

Este último autor se refiere al origen de las hemorragias recidivantes de vítreo y de retina en un trabajo de interés. (*Kl. Mbl. f. Aug.*, pág. 458).

La clínica ha considerado, como resultado de numerosos estudios, de origen tuberculoso el cuadro de la perivasculitis de retina. Sin embargo, MARCHESANI ha negado esta etiología, incluyendo al proceso entre el complejo sintomático de la trombovasculitis obliterante.

Como argumento contra la naturaleza específica tuberculosa de la enfermedad de los vasos de retina aporta Marchesani el hecho de que se trata de una afección limitada al sistema vascular sin grande inflamación de tejidos y sin que en ningún caso conduzca a un proceso patológico destructor del resto del ojo, viéndose obligado este autor, una vez sentada esta premisa, a negar también la etiología tuberculosa a los numerosos casos en que la hemorragia recidivante va unida a una grave iridociclitis con precipitados lardáceos. Y aun siguiendo este criterio debería excluir como procesos tuberculosos a las coroiditis diseminadas que encontramos con tanta frecuencia en el curso de la afección de venas de retina. De todos modos, las preparaciones aportadas por Marchesani como prueba de su aserto no pueden aceptarse como elementos decisivos, ya que la falta de caseificación y de bacilos no excluyen la tuberculosis, y es sabido que el tubérculo con células gigantes y evolución caseosa es sólo una de las varias formas de reacción frente a la infección, dependiendo el cuadro anatomopatológico tanto del agente y su calidad como de otros muchos factores, cuya relación no corresponde a este momento.

Es seguro que en la inmensa mayoría de los casos de hemorragias recidivantes no se encuentra síntoma alguno de trombovasculitis obliterante, según la concepción de Buerger, y, en cambio, si son profusos, tanto clínicos como serológicos, los que permiten admitir el origen tuberculoso, siendo quizá los de más valor las frecuentes recidivas aparecidas con la aplicación de dosis, incluso muy pequeñas, de tuberculina.

No podrá negarse el que, junto a la inmensa mayoría de casos de perivasculitis de retina de origen tuberculoso, no exista alguno en el que no es posible determinar la etiología, y es posible que, como excepción, alguno de éstos pueda relacionarse con la trombovasculitis obliterante; pero de esto a pretender generalizar esta etiología, media un abismo, que no es posible salvar sin ir en abierta contradicción con las enseñanzas de la clínica y del laboratorio.

Es de interés histórico el señalar que precisamente la etiología tuberculosa de la inmensa mayoría de las enfermedades de las venas de la retina con hemorragia en ésta y en el humor vítreo fué una de las causas más importantes que condujeron a la investigación de la ba-



cilemia, habiendo creído siempre el autor que la aludida enfermedad depende inmediatamente de una alteración endotelial.

Además, numerosas observaciones clínicas e histológicas demuestran la inmensa frecuencia de la existencia de bacilo tuberculoso en la sangre, siendo bien conocida asimismo la significación de la bacilemia en la oftalmología; y aun cuando aún quedan por aclarar extremos importantes de la infección, debemos afirmar una vez más que el oculista ha reconocido antes que el resto de los clínicos la significación de la tuberculosis, incluso para los procesos no caseosos, mereciendo ocupar plaza de honor a este respecto V. MICHEL, AXENFELD y STOCK, cuyos fundamentos científicos no se dejan conmover por las objeciones de Marchesani.

Sobre la técnica y modo de acción de la autohemoterapia por inyección en cámara anterior en las iridociclitis tuberculosas informa KRIJELEIS, de la Universidad de Hamburgo en *Z. F. A.*, pág. 15.

En el año 1932 ha recomendado SCHEIKC la inyección de sangre del mismo individuo en la cámara anterior para tratar las iridociclitis tuberculosas, habiendo desde entonces informado sobre los buenos resultados obtenidos con esta cura numerosos autores.

Las primeras inyecciones se hicieron con una jeringa de Pravaz corriente, siendo la mayor dificultad de esta técnica la facilidad de doblarse la larga y fina aguja, por la resistencia a menudo extraordinaria que la córnea ofrece a ser perforada, obstáculo evitado con la corta cánula de Schieck, si bien con esta última ofrece alguna dificultad el cambio de jeringa estando la cánula en cámara anterior, porque resulta demasiado corto el tallo donde va montada, por lo cual el autor ha hecho construir una corta aguja análoga a la de Schieck, pero montada sobre una cánula corriente de vías lagrimales, haciendo el cambio de la jeringa con facilidad y no existiendo apenas peligro de herir el cristalino.

En cuanto a la cantidad de sangre a inyectar, no ha sido esquemático; pero, en todo caso, debe evitarse ser tímidos y limitarse a pequeñas cantidades, porque se reabsorben demasiado de prisa, y son, por lo tanto, menos activas, siendo, en cambio, los efectos mucho mejores si la absorción se prolonga durante un largo período de tiempo. Por esto, debe llenarse de sangre la mitad o las tres cuartas partes de la cámara anterior, después de que ésta se haya vaciado casi por completo, sin que el autor haya visto accidente serio alguno, no ofreciendo tampoco peligro la entrada de aire, que incluso debe favorecerse, porque la coagulación parcial a que da lugar hace más largo el período de reabsorción. En los raros casos en que la inyección fué seguida de hipertensión, cedió ésta fácilmente con la aplicación de fomentos.

El efecto más impresionante de la inyección es su influencia sobre los precipitados, que desaparecen a veces como por encanto, no encontrándose indicios de ellos al reabsorberse la sangre. Es curioso e interesante el que desaparezcan los precipitados que contactan, digámoslo así, con la capa de eritrocitos depositada como consecuencia de la inyección de la sangre, y, en cambio, los que quedan fuera de esta zona de influencia—por ejemplo: los superiores al típico triángulo de precipitados

inferior—no sufren modificación alguna por la inyección.

Ahora bien, como al explorar con la lámpara de hendidura recibió la impresión de que la parte del hipema que quedaba libre en la cámara anterior era capaz de movilizar a los precipitados aislados, ensayó el recomendar que los enfermos, teniendo fuertemente inclinada la cabeza, hicieran regularmente varias veces al día amplios movimientos de la mirada hacia todos los lados, con lo que, en efecto, se ven desaparecer también los precipitados de zonas superiores. Y como la mejoría de la agudeza visual, que a veces es considerable, va de la mano con la reabsorción de los precipitados, se comprende la importancia de los consejos apuntados.

Claro está que no podrá esperarse que opacidades de cápsula de cristalino consecutivas a sinequias posteriores o espesos depósitos de pigmentos sobre cristalino puedan disminuir con las inyecciones de sangre, que tampoco serán capaces en los casos graves de impedir que continúen las formaciones de estos depósitos; pero la agravación de la pérdida de la visión, que es consecuencia lógica de esta marcha progresiva, no deberá, en modo alguno, cargarse a la cuenta del tratamiento.

En cambio se muestran refractarios a la terapia los tubérculos de iris, lo que se comprende si pensamos que ya el tubérculo naturalmente avascular asienta en un órgano de rica vascularización y está en contacto de la corriente sanguínea y, por lo tanto, de los anticuerpos que ésta puede contener. Pudiera, sin embargo, aceptarse el que la autohemoterapia en cámara anterior actuase como agente irritativo local no específico, provocando una hiperemia que favoreciese la reabsorción del tubérculo; pero en este caso hemos de pensar que podría ser un arma de dos filos, es decir, que si la inyección se hace en un estadio de metástasis fresca y escaso poder de inmunización, la irritación local es capaz de favorecer las metástasis, ya que la congestión por aumento de sangre en el iris no aportaría mayor cantidad de anticuerpos, sino más bien favorecería la instalación en el tejido iridiano de los bacilos tuberculosos circulantes en la sangre. Así puede verse, una vez reabsorbida la sangre inyectada, que el número de tubérculos ha aumentado en vez de disminuir, como alguna vez ha observado Clausen.

Ahora bien, si el contenido del tejido y de la sangre en anticuerpos es relativamente alto, como es el caso en las formas de iridociclitis tuberculosas tórpidas, puede la terapéutica que estudiamos ser beneficiosa para la desaparición de los tubérculos que apenas sin reacción asientan en el estroma.

Para la práctica de las inyecciones de sangre nos atenderemos a evitarlas en los casos con reciente formación de tubérculos, sin que la existencia de éstos suponga una contraindicación absoluta para el método.

Hemos de reconocer la justicia de la objeción que se hace al método de no ser una terapia que se dirija contra la causa de la enfermedad; ¿pero cuál de nuestros tratamientos se dirige directamente contra la tuberculosis? Incluso la tuberculinoterapia es sólo un medio de aumentar sistemáticamente las mismas defensas ya existentes en el organismo, y los demás medios curativos, desde la atropina a la iridectomía, puramente sintomáticos.



El hecho cierto es, sin embargo, que la formación de precipitados es un síntoma a menudo preponderante en las iridociclitis crónicas tuberculosas, y que con frecuencia, subsistiendo en un ojo, por lo demás libre de toda irritación, son causa de una notable disminución de agudeza visual. Además, tanto los pequeños precipitados como los de mayor tamaño, pueden ser punto de partida y de origen de inflamaciones circunscritas de la córnea, que aumentan después en extensión y en profundidad.

Por lo tanto, si las inyecciones de sangre en cámara anterior se muestran activas con regularidad frente a este importante síntoma, quedará bien demostrada la razón de su práctica, y hemos de juzgarlas como un medio valioso para la lucha de la tuberculosis ocular y con el que podremos lograr en un gran número de enfermos una notable mejoría de la visión, cuya disminución dependía de la presencia de esos precipitados espesos, lardáceos, apenas o nada modificables, excepto con este tratamiento, que en todo caso actúa con superior rapidez y seguridad que todos los demás puestos en práctica hasta hoy.

Resumiendo, podemos asignar dos efectos a la terapia: uno mecánico, por el que el movimiento de los glóbulos rojos en la cámara anterior desprende los precipitados y exudados de la superficie posterior de la córnea, favoreciendo las condiciones precisas para una eventual reabsorción, y otro de irritación local e hiperemia, que ya por sí favorece la absorción y, además, acarrea anticuerpos que pueden actuar sobre los procesos específicos del iris mismo, influyendo en la desaparición de los tubérculos.

De aquí se desprenden las indicaciones, siendo los casos más indicados para el tratamiento aquellos en los que pudiéramos decir que los frentes están estabilizados; es decir, que el organismo ha podido dominar el peligro agudo, el ojo está sin irritación, pero subsisten en cara posterior de córnea y en ángulo iridocorneal restos del período exudativo resistentes a toda otra terapéutica. Recidivas o recaídas acompañadas de ligera o mediana irritación—aparte los antiguos precipitados lardáceos, turbidez del humor acuoso e inyección ciliar—no suponen contraindicación, retrocediendo con rapidez estos síntomas después de la inyección de sangre.

Una contraindicación supone la presencia de tubérculos recientes, y, desde luego, los casos de exudación aguda que date de poco tiempo.

El tratamiento general, de todos bien conocido, se aplicará al mismo tiempo que el local a que hacemos referencia, insistiendo en que el reposo es un factor esencial en la curación.

Si las circunstancias personales del paciente le permiten atender en su domicilio a los cuidados elementales que la enfermedad exige, y la estancia en un sanatorio perturba grandemente su actividad social, puede hacerse el tratamiento ambulatorio, aun cuando debe preferirse el régimen hospitalario. Señalemos como conclusión que la autohemoterapia en cámara anterior es un valioso medio terapéutico, limitando su uso a las indicaciones expuestas y no pretendiendo éxitos allá donde, por las condiciones clínicas del caso, no son de esperar.

## Información dermatológica de actualidad

### LA ANATOXINA ESTAFILOCÓCICA

POR EL

Dr. JAVIER M. TOME Y BONA

Bibliotecario de la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía

#### II

#### CONCEPTOS GENERALES SOBRE LA ANATOXINA ESTAFILOCÓCICA

En el artículo anterior, y a guisa de introducción, trazamos un bosquejo sobre las cualidades y modos de obtención de la toxina estafilocócica, precedente imprescindible para llegar a la anatoxina. En este lugar vamos a estudiar con algún detalle algunos conceptos generales sobre este nuevo y fundamental remedio terapéutico.

*Obtención de la anatoxina.*—Para la obtención de la toxina estafilocócica séguese una pauta muy semejante a la propuesta por Ramón para la anatoxina diftérica. De este modo, se añade a la toxina obtenida por los procedimientos mencionados anteriormente, 4 a 5,5 por 1.000 de la solución de formol al 40 por 100, y la mezcla así obtenida, se mantiene en la estufa, a una temperatura de 38° a 40°, durante tres o cuatro semanas. Se practican a continuación repetidas pruebas de atoxicidad, empleando los métodos ya citados de hemólisis y floculación.

De este modo se obtiene una sustancia que reúne las condiciones propuestas por Ramón para definir una anatoxina, es decir, ausencia de toxicidad y conservación del poder antigénico.

En efecto, las investigaciones efectuadas aisladamente por Burne, Gengoy y Nelis han permitido controlar constantemente en el producto obtenido por este procedimiento las condiciones prescritas para admitir su condición de genuina antitoxina. Burnet, Gengoy y los colaboradores de ambos demostraron en sus trabajos de 1930, 1931 y 1932 que los animales inmunizados por la anatoxina estafilocócica sobrevivían más tiempo que los testigos a la septicemia estafilocócica experimental. Nelis, por su parte, en sus trabajos de 1935, comprobó la realidad de estas adquisiciones experimentales, al observar que en ciertas condiciones bien determinadas es posible lograr la supervivencia de conejos fuertemente inmunizados con anatoxina estafilocócica, a los que se inyecta por vía venosa cultivos vivos de estafilococos, mientras que los testigos sucumben en muy poco tiempo, víctimas de una septicemia experimental.

De modo análogo que ocurre con la toxina, la anatoxina flocula en presencia del suero antiestafilocócico, hecho que, como han demostrado repetidas veces Ramón, Bonnet, Nelis, Richou, Thieffrey, etc., presenta un interés práctico extraordinario, ya que con una técnica fácil y segura, perfectamente precisada, permite titular esta anatoxina y expresar su valor en unidades antigénicas.

Este poder antigénico de la anatoxina fué comprobado experimentalmente en el caballo, mediante la inyección de dosis progresivas de esta anatoxina, al comprobar la aparición en su suero de la antitoxina específica, hecho del cual se ha deducido la posibilidad de preparar un suero antiestafilocócico.

La anatoxina estafilocócica, insistimos, requiere para su empleo útil en la práctica dos condiciones primordiales:

- a) Inocuidad.
- b) Poder antigénico.



a) *Inocuidad*.—Antes de iniciar el empleo de una determinada antitoxina es preciso asegurarse bien que el caldo estafilocócico formolado y calentado debidamente ha perdido por completo sus cualidades tóxicas. Para ello proponen Ramón, Bocage, Richou y Mercier una doble prueba: 1.º La mezcla, en un tubo de ensayo de la muestra a investigar con glóbulos rojos, no produce hemólisis; y 2.º La inyección de la misma, pura o diluida, en el dermis, no produce escara. En este último sentido hay que tener en cuenta que habitualmente las toxinas que sirven para la obtención de la anatoxina produce una necrosis celular, perfectamente marcada a partir en ocasiones de diluciones inferiores a 1 por 2.000.

Cuando se cumplen ambas condiciones, la anatoxina se encuentra en las condiciones de inocuidad necesarias para ser empleada en la clínica.

b) *Poder antigénico*.—Para que la toxina estafilocócica pueda ser empleada con rendimiento terapéutico ha de poseer un poder antigénico lo más elevado posible. El procedimiento que siguen en la escuela de Ramón para valorar esta capacidad antigénica es exactamente el mismo que se sigue para titular la anatoxina diftérica. El modo de proceder es el siguiente:

A un cierto número de tubos de ensayo, que contienen una cantidad fija de 5 cc. de la anatoxina estafilocócica a investigar, se añaden cantidades variables de unidades antitoxicas, bajo la forma de diluciones de un suero antiestafilocócico tipo. Trasladados estos tubos al baño de maría, a 45°, se observa con atención el momento de aparición del floculado inicial. De este modo, el valor antigénico intrínseco de una anatoxina se expresa en función de la unidad antitóxica obtenida según las indicaciones de la Sección de Higiene de la Sociedad de Naciones, y está representada por la cantidad de unidades antitoxicas capaces de hacer aparecer la floculación inicial en un centímetro cúbico de anatoxina. Dosificadas por este procedimiento, se han conseguido en las anatoxinas últimamente preparadas valores antigénicos superiores a 10 unidades.

En este sentido, las investigaciones más recientes efectuadas por Ramón, aisladamente o en colaboración con Nelis, han demostrado que existe una relación inmediata entre la actividad inmunológica y el valor antigénico intrínseco medido, según el procedimiento mencionado.

*Consideraciones generales sobre la inmunidad estafilocócica obtenida por la anatoxina*.—Es un hecho conocido por todos que la cantidad de antitoxina estafilocócica existente en el suero de un individuo sano o enfermo es el exponente que marca su grado de inmunidad específica. Esta antitoxina puede producirse en el hombre, bien por la acción de una infección estafilocócica presente o pretérita, aparente o inaparente, o por medio de la inyección de la anatoxina.

Debré, Bonnet y Thieffrey han comprobado, como resultado de sus experiencias, publicadas en junio del corriente año:

1.º Que numerosas dosificaciones efectuadas en individuos sanos, tomados al azar, muestran, efectivamente, un contenido de anticuerpos estafilocócicos en el suero sanguíneo, si bien éste no es constante, ni alcanza nunca cifras elevadas. Adoptando la unidad internacional de valoración, se han encontrado cifras que oscilan entre 0 y 2 unidades.

2.º Por otra parte, se ha demostrado igualmente que los individuos que han sufrido con anterioridad procesos

estafilocócicos importantes y duraderos, no por ello presentan una rica inmunidad específica. En efecto, es un hecho, repetidas veces comprobado, que sujetos que han vencido totalmente infecciones estafilocócicas graves, no presentan en su suero titulaciones de antitoxina superiores apenas a la de individuos sanos.

3.º No han comprobado tampoco una modificación humoral importante, cuando compararon titulaciones sucesivas obtenidas en el curso de la evolución espontánea de osteomielitis.

De todas estas adquisiciones experimentales, se deduce que no existe una diferencia de consideración entre la inmunidad humoral de los sujetos sanos, de los que se encuentran en evolución de una estafilococia y de aquellos que están ya curados, a excepción, en estos últimos, de los que han sido tratados con anatoxina.

Como ya hemos dicho anteriormente, una de las propiedades de la anatoxina, demostrada primero experimentalmente en el animal y después en el hombre, es la de dar lugar a la producción de la antitoxina específica. En efecto, la reacción humoral consecutiva a la inyección de este producto es evidente, si bien puede variar tanto en la rapidez de su producción como en la intensidad.

Ramón, Bocage, Richou y Mercier, en sus experiencias publicadas ahora hace justamente un año, han podido comprobar debidamente este hecho. Con tal fin, y en un número muy considerable de enfermos, han efectuado la dosificación de la antitoxina, antes y después del tratamiento por la anatoxina. Esta dosificación ha sido efectuada por el método intradérmico, en un conejo sano, ya que los autores consideran el método hemolítico como menos preciso y adecuado para titular tan pequeñas cantidades de esta substancia.

El método intradérmico, que está fundado en la acción dermatóxica de la toxina estafilocócica, consiste en inyectar en la piel del conejo, previamente depilada, dos décimas de centímetro cúbico de mezclas o de diluciones del suero a titular y de cantidades de toxina-tipo correspondientes a la dosis o fracción de dosis del "test"-cutáneo. Recordaremos aquí que se entiende por dosis "test"-cutáneo la cantidad de toxina que, mezclada con 0,1 unidad antitóxica, produce en el conejo una ligera, pero característica, necrosis cutánea.

La lectura de esta reacción se efectúa a la veinticuatro y cuarenta y ocho horas.

Reproducimos a continuación, como ejemplo de lo expuesto, un cuadro tomado del mencionado trabajo de Ramón, Bocage, Richou y Mercier, en el que se resumen los ensayos efectuados con una toxina, cuya dosis "test"-cutáneo era de 0,04.

Toxina en cmc.	Suero en cmc.	Título correspondiente en unidades	Reacción	Título
0,04	1/10	1	Nula	
0,04	1/30	3	Necrosis	1,3
0,04	1/60	6	Necrosis	

En este mismo trabajo se mencionan, igualmente, los resultados obtenidos de las dosificaciones de antitoxina estafilocócica, efectuados de este modo en 20 enfermos, antes y después del empleo de la anatoxina. Examinados



éstos, se comprueba que las inyecciones de anatoxina estafilocócica han producido en los enfermos un aumento más o menos grande, pero siempre evidente, de la antitoxina específica. En la mayoría de los casos, en los que la dosis inicial era inferior a la unidad, después del tratamiento alcanza varias unidades.

Se ha deducido igualmente que el poder antitóxico del suero es, por lo menos, tan elevado y hasta, en ocasiones, más elevado, en los individuos que han recibido tres únicas inyecciones de la anatoxina sin diluir que en los que han recibido muchas más de la anatoxina diluida.

Debré, Bonnet y Thierffrey, en su recentísimo trabajo, tantas veces mencionado en el curso de estas páginas, han podido demostrar la gran perduración de la reacción humoral antitóxica producida por la inyección de anatoxina; únicamente en dos casos de su amplia experiencia han visto desfallecer ésta entre el séptimo y el noveno mes.

En lo que se refiere al criterio de aplicación práctica de los hechos mencionados, parece innegable, como demostraremos más adelante, que existe una relación directa evidente entre el valor antitóxico del suero y los resultados de la terapéutica, es decir, que para el conjunto de los casos, resulta evidente que la curación coincide con un alto valor antitóxico del suero. Sin embargo, la práctica ha demostrado que esta regla no carece de excepciones, que, si bien son raras, no por ello dejan de ser indudables. De este modo, en la casuística de todos los autores existen, por una parte, observaciones de curación por la anatoxina, con sólo una pequeña elevación del índice antitóxico del suero, y, por otra, casos de muerte, con un aumento considerable de la cantidad de antitoxina.

Para la explicación de estos hechos de apariencia paradójica se han emitido tres hipótesis:

1.<sup>a</sup> Ciertos autores piensan que la acción de la anatoxina no es rigurosamente específica, y que la introducción de prótidos microbianos en el organismo no es ajena a los éxitos terapéuticos observados. De este modo, para ellos, el alto valor antitóxico del suero es un fenómeno contingente y no un testimonio de inmunidad.

Es éste un hecho innegable en algunos casos, especialmente en aquellos en que la curación aparece rapidísimamente después de la primera inyección, cuando todavía no se ha podido demostrar una elevación en la cifra de antitoxina circulante. No puede, sin embargo, intentarse generalizar esta hipótesis, ya que, como hemos dicho hace un momento, en la inmensa mayoría de los casos se observa un paralelismo entre la curación y el aumento del poder antitóxico. Además, recordaremos también que, según demostraron muchos autores, la inyección de anatoxina produce en el animal de experimentación una resistencia, si no completa, por lo menos indudable, ante la infección estafilocócica. Nelis y otros investigadores han podido determinar, por medio de inyecciones de anatoxina al conejo, la producción, al propio tiempo de una inmunidad antitóxica, demostrable objetivamente por la titulación de la antitoxina en la sangre y de una inmunidad antimicrobiana, que se manifiesta por la resistencia a la inyección de estafilococos vivos.

2.<sup>a</sup> Podrían admitirse igualmente, para explicar estas excepciones, las cualidades patológicas del germen, de modo que en los casos de curación rápida podría hablar-

se de fragilidad especial de un determinado estafilococo, que había sido vencido por un débil estado de inmunidad, y en los de resistencia a inmunidades muy elevadas, de gérmenes particularmente patógenos, cuyas propiedades de toxicidad y virulencia resistían al embate de crecidos valores inmunológicos.

Las investigaciones de Debré y sus colaboradores efectuadas en este sentido, parecen oponer serias reservas sobre la realidad de esta hipótesis. De ellas se ha deducido que los gérmenes de estafilococias graves se han mostrado en muchas ocasiones los menos virulentos para los animales de laboratorio, y que no parece existir ninguna relación entre la gravedad y evolución de la manifestación patológica y la actividad de la toxina producida en el laboratorio por el mismo germen.

3.<sup>a</sup> Ramón y su escuela han desarrollado recientemente, apoyados en el mecanismo de la inmunidad antidiftérica, una teoría, según la cual, el fenómeno esencial de la curación de las estafilococias está estrechamente ligado a la ascensión de la cantidad de antitoxina en la sangre. En esta hipótesis se concede el principal papel patógeno a la acción de la toxina del estafilococo.

La teoría de Ramón se apoya en sólidos hechos experimentales y clínicos, que se ajustan a la realidad de la mayoría de los casos. Sin embargo, siendo tan diferente la evolución de la difteria de la de las estafilococias no pueden asimilarse exactamente para estas últimas las deducciones sacadas de la primera. Existen, en efecto, determinados procesos graves de esta etiología, como la llamada erisipela estafilocócica de la cara, que determinan una siembra masiva del organismo, en el que se encuentran los gérmenes en gran cantidad en todos los tejidos, en los que parece muy difícil conceder un papel único a la toxina. En estos casos, se ha visto que la medicación específica, aun a las dosis más elevadas, no produce ningún resultado beneficioso.

Existen, indudablemente, otras explicaciones para los hechos aparentemente paradójicos que hemos descrito; pero su exposición detallada no haría más que alargar inútilmente este trabajo.

Réstanos únicamente, antes de pasar en el próximo artículo al estudio particular de la terapéutica por la anatoxina, dedicar algunos párrafos al estudio del mecanismo inmunizante de este producto.

Es indudable que la inmunidad estafilocócica consecutiva a las inyecciones de anatoxina específica se produce por un mecanismo bastante complejo y aún no totalmente precisado.

Ramón, en colaboración, primero (1930), con Debré y Thierloix, y posteriormente (1935) con el mismo Debré y con See, han efectuado una serie de investigaciones experimentales, con el fin de aclarar el modo de acción de la anatoxina diftérica, precedente tan semejante de la anatoxina estafilocócica.

Deducido de ello, puede suponerse que las inyecciones de la anatoxina estafilocócica estimulan directamente las reacciones defensivas del organismo, provocando, por ejemplo, ciertas manifestaciones de naturaleza alérgica a nivel de los núcleos de infección. Si es este el caso, es indudable que cuando las reacciones del organismo fueran excitadas con frecuencia, se produciría con mayor seguridad la curación. Esto no es cierto, ya que, como hemos dicho hace un momento, se obtienen tan buenos o mejores resultados con tres inyecciones de anato-



# iodaseptine cortial

**TUBERCULOSIS  
PULMONAR CRÓNICA**  
*Dosis Ligera de 2 a 6 g. al día  
en series de 20 días*

**ADENOPATIAS  
DE LA INFANCIA**  
*10 a 15 gotas cada 24 h.  
en tres veces según la edad*

**REUMATISMOS  
CRÓNICOS**  
*Dosis Fuertes de 5 a 20 g. al día*

SUPRESIÓN DEL DOLOR  
SIN YODISMO  
SIEMPRE EFICAZ AUN  
CON UN USO REPETIDO

MUESTRAS Y  
LITERATURA  
LABORATOIRES  
**CORTIAL**  
15, B° PASTEUR  
PARIS (XV°)

# iodaseptine

salicilada

UNE  
LA ACCIÓN DEL YODO AL EFECTO SALICILADO

JUAN MARTIN - ALCALA 9 MADRID - CONSEJO DE CIENTO - 341 BARCELONA

# Neptal

es poderoso,  
seguro y  
probado  
**DIURÉTICO**

en inyecciones intramusculares

INDICACIONES  
de los **CARDÍACOS**  
**ASCITIS**  
de toda **ESPECIE**  
**DERRAMES**

CONTRAINDICACIONES:  
**HIPERTERMIA**  
**GRANDES CAQUEXIAS**  
**INSUFICIENCIAS HEPÁTICAS**

**SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE**  
— Specia —  
Marques POULENC FRÈRES et USINES DU RHONE  
21, rue Jean-Goujon, PARIS-8°



## ESTAFILASA del D<sup>r</sup> DOYEN

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

Tratamiento específico contra las Infecciones Estafilocócicas: **ACNÉ, FORUNCULOSIS, ANTHRAX**, etc.

Solución coloidal  
fagógena  
polivalente.

## MICOLISINA del D<sup>r</sup> DOYEN

2 FORMAS:  
MICOLISINA BEBIBLE  
MICOLISINA INYECTABLE

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

SOLUCIÓN de FLUOROFORMA  
ESTABILIZADO EN LOS  
EXTRACTOS VEGETALES

## GERMOSE

No Tóxico

SABOR  
AGRADABLE

Tratamiento de la Tos - **COQUELUCHE** - Tos nerviosa

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

## Venosina

Tratamiento específico completo de las **AFECCIONES VENOSAS**

LABORATOIRES LEBEAULT, 5, Rue Bourg-l'Abbé, PARIS

POR MENOR: PRINCIPALES FARMACIAS

Para muestras e informes: GIMENEZ-SALINAS Y C.<sup>a</sup>-Avda. Eduardo Dato, 10. Madrid.

### EL BAROMETRO GASTRICO DE SU ENFERMO

Al tratar con CAL-BIS-MA los trastornos diges-  
tivos de sus enfermos, comprobará la notable ra-  
pidez con que éstos se corrigen.

CAL-BIS-MA contiene carbonato de magnesio y  
bicarbonato de sodio, para neutralizar la hiper-  
acidez gástrica; caolín para adsorber los gases, los  
bacilos y las toxinas; el subgalato y el subcarbonato  
de bismuto con el caolín coloidal, para calmar la  
irritación de la mucosa gástrica.

INDICACIONES: Acidez del estómago, úlceras gás-  
tricas y duodenales, vómitos del embarazo, vómitos  
periódicos de los niños, acidosis, náuseas, mareo.

## CAL-BIS-MA

Medicación específica para el tratamiento alcalino  
de las úlceras del estómago.

Literatura y muestras gratuitas  
para los señores médicos:



Apartado. 410.-BARCELONA LABORATORIO Y COMERCIO SUBSTANCIA, S. A.



xina no diluida, que con cinco o diez de la misma más o menos diluida.

Sin negar totalmente este hecho de la estimulación de las funciones defensivas del organismo, parece más lógico admitir que el papel primordial lo representa la antitoxina producida por intervención de la anatoxina. En este sentido es cuando se han comprobado fenómenos en un todo comparables a los que se han descrito para la anatoxina diftérica.

Cuando, a consecuencia de las inyecciones de la anatoxina, la antitoxina de la sangre alcanza un cierto nivel, ésta protege las células contra la acción necrosante de la toxina estafilocócica. En estas condiciones, no encontrando entonces los estafilococos el medio tan adecuado a su pululación, que constituyen los elementos celulares necrosados, disminuye ésta, y entonces los elementos de defensa del organismo, protegidos por esta antitoxina, intervienen con más libertad para hacer desaparecer los gérmenes, los detritos celulares, y permitir la reparación de las lesiones. Para conseguir estos efectos, como demostró Nelis recientemente, es preciso que esta antitoxina se encuentre en proporciones lo suficientemente abundantes, para lo cual hay que asegurarse que la anatoxina empleada posee un valor antigénico lo más elevado posible.

(Concluirá.)

## El mercurocromo como esterilizante de la conjuntiva antes y después de la operación de la catarata

POR EL

Dr. M. MARIN AMAT

Profesor de Oftalmología de la Beneficencia Provincial de Madrid

El mercurocromo soluble 220 es fabricado por la casa Hinzon, de Baltimore. Se obtiene por la acción de la fluoresceína y el acetato de mercurio. Las soluciones acuosas tienen una intensa coloración roja, que mancha extraordinariamente, y son incompatibles con las sustancias ácidas, con muchos alcaloides, como la cocaína, la alipina, la estovaina; con antisépticos, como la tripaflavina, el rivanol y el cloro; con las grasas y las pomadas, y con las soluciones alcohólicas superiores al 50 por 100, etc. La solución que se emplea en oftalmología es al 4 por 100 en agua bidestilada.

La primera noticia que nosotros tuvimos del mercurocromo en Oftalmología fué la comunicación del doctor Kleefeld, de Bruselas, de la Sociedad Belga de Oftalmología, en noviembre de 1934. El Dr. Kleefeld se muestra entusiasta de este medicamento como desinfectante de las heridas operatorias, de las sedas de las suturas, en las conjuntivitis agudas y, principalmente, en las ulceraciones marginales de la córnea.

Con estas noticias, leídas por nosotros cuando la aparición del Boletín de dicha Sociedad, aproximadamente en el mes de marzo del año pasado, comenzamos a utilizarlo en las úlceras serpeginosas de la córnea, para la esterilización de las suturas operatorias de la conjuntiva, en la operación del pterigion, en la enucleación, como esterilizante de las conjuntivas sépticas, antes y después de la operación de la catarata, y, por fin, en el tratamiento y profilaxis de la oftalmía neonatorum (1).

(1) Mercurochrome of ophthalmia neonatorum. Communication a «The Ophthalmological Society of the Uni-

El escollo de la operación de la catarata en los enfermos de nuestro Servicio de Oftalmología es el que se refiere a la esterilización de la conjuntiva como factor esencial en esta intervención. La mayor parte de estos enfermos son de admisión forzosa en el Servicio, dado que radica en el Hospital Provincial, y que todos los enfermos pobres de Madrid y su provincia tienen derecho a ser asistidos en el mismo, porque los Municipios abonan a la Diputación Provincial el llamado contingente provincial con dicho fin, y, por tanto, no se les puede rechazar. Pero los enfermos pobres de la provincia de Madrid y sus limítrofes presentan, aparte del frecuente catarro conjuntival senil de todos los países, un estado casi constante de septicidad de sus conjuntivas, motivado por obstrucción o supuración de las vías lagrimales, o simplemente por estados de inflamación subaguda o crónica, y, en ocasiones, hasta en conjuntivas de apariencia completamente normal.

En los casos de conjuntivas sépticas con vías lagrimales perfectamente permeables, la esterilización de las mismas no es tarea fácil, fracasando, de ordinario, toda la terapéutica hasta aquí utilizada. Eso nos pasó en nuestro Servicio del Hospital desde mayo hasta septiembre de 1935. El argirol, protargol, compuestos de cinc, Merfen, la optoquina, el sublimado y sublamina, el nitrato de plata hasta el 2 por 100 y, por fin, los antiviruses de los gérmenes hallados en la conjuntiva, fracasaban o producían una esterilización fugaz.

A primeros de octubre del año pasado, y con la base de una amplia experiencia personal en las afecciones oculares a que hemos hecho referencia, se nos ocurrió utilizar el mercurocromo a la solución del 4 por 100 dos veces al día: una gota mañana y tarde, para esterilizar las conjuntivas infectadas.

Los resultados fueron tan satisfactorios como puede verse en las historias clínicas que vamos a relatar, que desde aquella fecha sólo empleamos dicho medicamento en nuestro Servicio oficial, logrando una absoluta y duradera esterilización de la conjuntiva, lo que nos permite operar multitud de casos, que, de otro modo, serían inoperables.

*Observación 1.* (de la clientela privada).—D. M. R., de sesenta y tres años, de Madrid, presenta catarata senil del ojo derecho, con obstrucción parcial de las vías lagrimales.

*Tratamiento.*—Cateterismos de las vías lagrimales, tres veces en semana, hasta la permeabilidad completa.

Día 23 de mayo de 1935. Los cultivos del exudado conjuntival acusan 18 colonias de estafilococo dorado y cinco siete del bacilo de la xerosis. Se continúa con el antiviruse correspondiente, tres veces al día.

Día 29 de junio. 18 colonias de estafilococo dorado y 7 de bacilo de la xerosis. Se continúa con el antiviruse.

Día 11 de julio. 18 colonias de estafilococo blanco. Una instilación diaria de nitrato de plata al 2 por 100, hasta fin del mismo mes.

Día 8 de agosto. 22 colonias de estafilococo blanco. Tratamiento: instilación diaria de Merfen hasta mediados de septiembre.

Día 3 de octubre. 19 colonias de estafilococo blanco. Mercurocromo al 4 por 100, mañana y noche, una sola gota.

ted Kingdon». London, 2-4 abril 1936. El mercurocromo en la oftalmía neonatorum. Comunicación a la Academia de Medicina de Madrid, 15 febrero 1936.



Día 30 de octubre. 9 colonias de estafilococo blanco. Se continúa en igual forma con el mercurocromo.

Día 9 de noviembre. Conjuntiva estéril. A pesar de ello, una instilación diaria de mercurocromo.

*Operación.*—Día 19 de noviembre de 1935. Resultado postoperatorio sin la menor reacción inflamatoria y curación rápida, con visión superior a 1.

*Observación 2.ª*—M. S., de sesenta y nueve años, jornalero, natural de San Martín de Valdeiglesias (Madrid), ingresó en la Clínica, ocupando la cama núm. 7, el día 16 de octubre de 1935.

*Diagnóstico.*—Catarata senil ojo derecho y vías lagrimales parcialmente obstruidas.

Día 17 de octubre. Extirpación saco lagrimal derecho.

Día 25 de octubre. Examen del exudado conjuntival. En las siembras de agar-sangre del exudado del ojo derecho se acusa el estafilococo y el estreptococo. El número de colonias del estafilococo es de 50, y el de estreptococo es incontable. Mercurocromo mañana y tarde.

Día 16 de noviembre. En las siembras efectuadas en placas de agar-sangre se aísla un estafilococo hemolítico, siendo de siete el número de colonias. Se continúa con el mercurocromo en igual forma.

Día 28 de noviembre. Directamente no se ven gérmenes. En cultivo realizado en placas de agar-sangre ha resultado negativo.

*Operación.*—Día 30 de noviembre de 1935. Extracción, "in-toto", de la catarata, con sutura previa de la córnea.

Curso postoperatorio sin la menor reacción inflamatoria y curación rápida, con visión superior a la unidad.

*Observación 3.ª*—V. M., de sesenta y seis años, jornalero, natural de Buenaventura (Toledo). Ingresó en la Clínica de Hombres, ocupando la cama número 20, el día 10 de noviembre de 1935.

*Diagnóstico.*—Catarata senil con vías lagrimales permeables, ojo derecho.

Día 13 de noviembre. En las siembras efectuadas con el exudado conjuntival de ambos ojos se aísla un estafilococo hemolítico, siendo el número de colonias de 25 en el ojo derecho, y de 40 en el izquierdo. Mercurocromo al 4 por 100 en ambos ojos mañana y tarde.

Día 4 de diciembre. Las siembras del exudado conjuntival de ambos ojos han resultado negativas.

Día 10 de diciembre de 1935. Operación. Extracción extracapsular (por existir adherencias) y sutura previa de la córnea.

Curso postoperatorio perfectamente satisfactorio, sin lamentar la menor reacción conjuntival y con visión igual 1.

*Observación 4.ª*—Niño: J. J. P.; de seis años, natural de Santiespíritu (Badajoz); ingresó en la Clínica de Hombres, ocupando la cama número 8, el 14 de noviembre de 1935.

*Diagnóstico.*—Catarata congénita ojo izquierdo.

Día 18 de noviembre. En las siembras efectuadas del exudado conjuntival de este ojo se aísla un bacilo corto Gram positivo banal, siendo el número de colonias muy numerosas. A pesar de tratarse del bacilo de la xerosis, quise ver el poder esterilizante del mercurocromo contra el mismo, ordenándole una gota mañana y tarde.

Día 21 de noviembre de 1935. Directamente no se ven gérmenes. El cultivo realizado en placas de agar-sangre ha resultado negativo.

*Operación.*—Extracción lineal el día 22 del mismo mes.

Curso postoperatorio sin la menor reacción inflamatoria. Resultado: buena visión, y alta el día 3 de diciembre de 1935.

*Observación 5.ª*—G. F., de sesenta y tres años, natural de Cebreros (Ávila); ingresó en la Clínica de Mujeres, cama número 1, el día 21 de octubre de 1935.

*Diagnóstico.*—Catarata senil madura y operable, ojo derecho, con vías lagrimales permeables.

Día 26 de octubre. En los frotis con exudado conjuntival, directamente no se ven gérmenes. En placas de agar-sangre se ven aproximadamente unas 40 colonias de estreptococo hemolítico. Se le instila una gota de mercurocromo mañana y tarde.

Día 13 de noviembre. Frotis. Directamente no se ven gérmenes. En placas de agar-sangre no se desarrollan colonias.

Día 16 de noviembre. Extracción intracapsular de la catarata con sutura previa de la córnea.

Curso postoperatorio completamente normal, quedando con visión superior a la unidad. Alta el 5 de diciembre de 1935.

*Observación 6.ª*—L. S. A.; de sesenta y tres años, natural de Morata de Tajuña (Madrid); ingresó en la Clínica de Mujeres, el día 28 de octubre de 1935, ocupando la cama número 4.

*Diagnóstico.*—Catarata senil madura y operable del ojo izquierdo, con vías lagrimales permeables.

Día 30 de octubre. En las siembras efectuadas del exudado conjuntival de este ojo se aísla un estreptococo no hemolítico, siendo su número de colonias incontable. Se le instila mercurocromo al 4 por 100, una gota mañana y tarde.

Día 4 de diciembre. Las siembras efectuadas con el exudado conjuntival del ojo izquierdo han sido negativas.

Día 7 de diciembre. Extracción extracapsular de la catarata con sutura previa de la córnea.

Curso postoperatorio completamente normal, quedando con visión 1. Alta, el 22 de diciembre de 1935.

*Observación 7.ª*—F. M.; de sesenta y ocho años, natural de Villanueva de Gómez (Ávila); ingresó en la Sala de Hombres, ocupando la cama número 25, el día 16 de diciembre de 1935.

*Diagnóstico.*—Catarata senil madura y operable del ojo izquierdo.

Día 17 de diciembre. Las siembras del exudado conjuntival de este ojo demuestran la presencia del estafilococo blanco, siendo el número de colonias alrededor de 120. Se le instila mercurocromo al 4 por 100 mañana y tarde.

Día 8 de enero. Las siembras del exudado conjuntival han resultado negativas.

Día 23 de enero. Extracción intracapsular de la catarata con sutura previa de la córnea.

Curso postoperatorio normal, con visión superior a 1. Alta, el 3 de febrero de 1936.

*Observación 8.ª*—C. P.; de cincuenta años, natural de Valladolid y residente en Madrid; ingresó en la Sala de Mujeres, cama número 12, el día 30 de enero de 1936.

*Diagnóstico.*—Catarata senil ojo derecho, con vías lagrimales permeables.

Día 3 de febrero. En las siembras efectuadas en placas de agar-sangre del exudado conjuntival de este ojo



se aíslan abundantes neumococos, siendo el número de colonias de 74. Se le instila mañana y tarde una gota de mercurocromo al 4 por 100.

Día 18 de febrero. Directamente, y en siembras, resultado negativo.

Día 20 de febrero. Extracción extracapsular de la catarata con sutura previa de la córnea.

Curso postoperatorio normal, quedando con visión igual 2/3. Alta el 9 de marzo de 1936.

El número de observaciones pasan de 100, pero nos ha parecido bien la cifra señalada, si bien hemos escogido enfermos con flora microbiana conjuntival de todos los tipos, para demostrar de este modo el poder esterilizante del mercurocromo en las conjuntivas sépticas. Así, en las observaciones primera y séptima existían colonias de estafilococo blanco; en la segunda y tercera, de estafilococo hemolítico; en la cuarta, de bacilo de la xerosis; en la quinta, de estreptococo hemolítico; en la sexta, de estreptococo no hemolítico, y en la octava, de neumococo. En todas, el número de colonias era numeroso, habiéndose obtenido la esterilización de la conjuntiva en un promedio de veinte días, a pesar de que los segundos cultivos se han practicado cuando nos ha parecido, sin tener en cuenta que habían de ser motivo de un trabajo científico.

Ahora bien: con la experiencia adquirida podemos asegurar, sin temor a equivocarnos, que la esterilización de la conjuntiva, en estos casos, puede obtenerse antes de los diez días. Claro es que, cuando existe dacriocistitis, habrá que curarla por los procedimientos ordinarios, no pudiendo confiar, como es natural, en el mercurocromo, porque el manantial séptico se repite sin cesar. De todos modos, conviene emplearlo después de la terapéutica quirúrgica, para abreviar la esterilización de la conjuntiva, si bien con la precaución de que el medicamento no manche la piel, porque la irrita.

#### EL MERCUROCROMO DESPUÉS DE LA OPERACIÓN DE LA CATARATA

No existe ningún medicamento que esterilice la conjuntiva después de la operación de la catarata como el mercurocromo al 4 por 100. Es superior a todos los conocidos, y garantiza contra toda infección postoperatoria.

En nuestro Servicio hospitalario se levanta el apósito a los operados de catarata, aun los de extracción intracapsular, que son ya la regla, al día siguiente de la operación, y se les sigue curando todos los días, hasta darles de alta. Desde la primera cura instilamos una gota de mercurocromo en el fondo de saco conjuntival inferior, precedido o no de atropina, según indicación.

Con este medicamento desaparece, cuando existe, o se evita, la formación de exudados conjuntivales. Los exudados blandos, catarrales o purulentos, se vuelven duros e inofensivos desde la primera aplicación, y desaparecen totalmente, aun conservando (a menos que sean abundantes) el apósito.

En los ojos sospechosos de infección instilamos una gota de mercurocromo en el acto mismo de la operación de la catarata, antes de colocar el apósito, en lo cual no hay inconveniente, dado que practicamos sistemáticamente la sutura de la córnea.

La aplicación del mercurocromo consiste en instilar una sola gota en el fondo de saco conjuntival inferior dos o tres veces al día, según la virulencia de la infec-

ción y la urgencia de la operación. La aplicación es completamente indolora, y no va seguida de la menor reacción ocular, sino que, por el contrario, disminuye o desaparece cuando existe, dado que tiene una acción vasoconstrictora, y, por tanto, disminuye la formación de exudados. Las molestias subjetivas disminuyen o desaparecen, según su intensidad, a poco de la aplicación.

Además, la solución al 4 por 100 y a la dosis oftalmológica (una gota hasta cada tres horas) no tiene absolutamente ninguna toxicidad, pudiéndose emplear en los niños sin el menor temor.

El único inconveniente del mercurocromo es el que irrita la piel, y, a veces, considerablemente, dada la reacción ácida del tegumento externo; pero esto se evita procurando que el medicamento no la manche, y, caso de hacerlo, limpiándola cuidadosamente.

El que manche las ropas, vestidos, etc., no es inconveniente, puesto que ello constituye un defecto de técnica, dado que sólo debe ponerse en contacto con el globo ocular.

## BIBLIOGRAFIA

KONRAD STAUNIG.—*Theorie der arthritis deformans* ("Teoría de la artritis deformante").—Un fascículo de 43 páginas, con 22 figuras.—Dresde y Leipzig, 1935.—Th. Steinkopff, editor (Dresde Residenzstr., 32).—Tres marcos, con un 25 por 100 de rebaja para extranjeros.

Para comprender la naturaleza de la artritis deformante pueden seguirse dos caminos: estudiar las propiedades elásticas de las diversas partes del organismo o buscar la explicación por trastornos en el estado coloidal de la materia.

El primer método está casi agotado hace tiempo, pero acerca del segundo son escasos y no bien ordenados nuestros conocimientos. Formula el autor su punto de vista en esta cuestión en las dos conclusiones siguientes:

Primera. Los síntomas de la enfermedad dependen de dos procesos antagónicos primordiales, de los que el primero es la disminución del grado de dispersión de los elementos que integran las articulaciones.

Segunda. Sigue un proceso secundario de vuelta a una fase de extrema dispersión de líquidos. La unión de ambas fases, época en que se inician los síntomas, se caracteriza por una hinchazón o tumefacción de los coloides.

Desarrolla notablemente el autor estos puntos de vista, procurando llevar la convicción al ánimo del lector y consiguiéndolo a veces.

La edición es muy esmerada, y el número de figuras, muy abundante.—F. G. D.

EMBARAZO TÓXICO.—Dr. Mariano Vicente y Carceller. Tesis doctoral. (Talleres de El Noticiero, Zaragoza.)

Es la tesis del Dr. Vicente Carceller un trabajo sacado de los resultados obtenidos en 70 enfermas, cuyas historias clínicas expone, tratadas de sus trastornos de toxicosis en el embarazo, por inyecciones de *cloruro de colina*, a la dosis de dos centigramos en solución acuosa, por vía intramuscular principalmente, llegando a la dosis máxima de cuatro centigramos, en los casos de mayor resistencia, bastando, como término medio, de 10 a 12 inyecciones en días sucesivos.



Su tesis se funda en el hecho de que la toxicosis del embarazo no es más que una hipocolesterinemia, y que, al aumentar esta dosis de colessterina, hasta llegar a la tasa normal de este cuerpo en la sangre, y, por consiguiente, a la hipercolesterinemia, desaparecen, en el 100 por 100 de los casos por él tratados, los síntomas de toxicosis, mejorando el estado de la embarazada en todos sus aspectos.

Es trabajo, este del Dr. Vicente Carceller, que merece la atención del médico en general y del tocólogo en particular, para que se sigan sus investigaciones y se comprueben sus afirmaciones, que resuelven uno de los trastornos más importantes en la mujer embarazada, que a diario se nos presenta en la clínica.

Demuestra el Dr. Carceller poseer grandes conocimientos de laboratorio y no pocos de biología, que le sirven para hacer un estudio total de la colessterina a través de todos los tiempos.

En resumen: diremos que la tesis del Dr. Carceller merece especial atención del Cuerpo médico en general y de los tocólogos en particular.—F. GÍAS BAYONA.

## PERIODICOS MEDICOS

SCHERF.—*Diagnóstico precoz de la angina de pecho en la estenosis de las coronarias.*

En el continuo estudio electrocardiográfico de los enfermos cardíacos, realizado por Scherf en estos tres últimos años, ha comprobado la existencia de un signo objetivo que facilite el diagnóstico de estenosis de las coronarias en aquellos casos que, por falta de síntomas o por ser éstos atípicos, serían difíciles de diagnosticar, atendiendo sólo a los síntomas subjetivos.

Las alteraciones del miocardio de estos enfermos, que muchas veces no se aprecian en el electrocardiograma de reposo, se manifiestan, en cambio, cuando por haber realizado el enfermo algún esfuerzo es insuficiente la irrigación del corazón por una depresión en el espacio S-T y en la onda T del electrocardiograma.

Scherf resume su experiencia sobre este asunto de la siguiente manera:

Primera. Las alteraciones del electrocardiograma que se encuentra en los enfermos de angina de pecho después de realizar un esfuerzo son las mismas que durante los ataques.

Segunda. Es necesario graduar el esfuerzo que se le manda realizar al enfermo, según la intensidad de su lesión.

Tercera. Es necesario hacer un electrocardiograma inmediatamente después del esfuerzo, y dos, cinco y diez minutos después, ya que en algunos casos muy leves aparecen las alteraciones del electrocardiograma únicamente al cabo de este tiempo.

Cuarta. Las alteraciones en el electrocardiograma no coinciden con el dolor. Algunas veces le preceden, y otras aparecen cuando ya cesó.

Quinta. Es necesario diferenciar la depresión del espacio S-T y las alteraciones de la onda T de los enfermos de estenosis coronaria de aquellas otras alteraciones, mucho menos marcadas que aparecen en algunos normales después de realizar un trabajo intenso. En los casos límites puede ser sumamente difícil.

Sexta. Las alteraciones típicas del electrocardiogra-

ma de los enfermos de angina de pecho no se encuentra en ningún otro grupo de enfermos cardíacos.

Séptima. Una prueba de que estas alteraciones del electrocardiograma son expresión de una irrigación insuficiente del miocardio es el que dichas alteraciones no se presentan cuando se realiza el esfuerzo después de administrar nitroglicerina.

Octava. El electrocardiograma no puede proporcionar datos para el pronóstico.—(*W. Klin. W.*, pág. 117, 24 enero 1936.)—M. B.

CH. KROETZ.—*¿Puede la sangría agravar los signos de una estenocardia?*

A propósito de un paciente de cincuenta y nueve años con hipertensión exagerada (190 milímetros) y síntomas de insuficiencia cardíaca, al que una sangría de 300 a 400 centímetros cúbicos, asociada a una cura moderada de digital, habían agravado los ataques de estenocardia, dice el autor lo que sigue:

“No son raras en los jóvenes las opresiones cardíacas angustiosas después de grandes pérdidas de sangre, y en las personas de edad con lesiones esclerosas vasculares provocan asimismo las hemorragias, ataques de estenocardia que duran unos días y acostumbran a desaparecer paulatinamente. Esto es frecuente observarlo en enfermos de úlcera gástrica, en los que las hemorragias hacen descender el valor de la hemoglobina en un 50 por 100 ó más. Se deben a la defectuosa repleción vascular y descenso consiguiente de la tensión sanguínea, que modifica desfavorablemente el riego del miocardio, y al insuficiente aporte de O<sub>2</sub>, consecutivo a la falta de hemoglobina. Pero tras sangrías de 300 a 400 centímetros cúbicos, ni los vasos quedan vacíos ni la tensión vascular desciende ni se nota la falta de hemoglobina. Sangrías de 500 a 800 centímetros cúbicos dan lugar a descensos transitorios de la tensión que no duran más allá de veinticuatro horas, y que, a veces, se siguen de hipertensiones más acentuadas que las iniciales. En los hipertónicos descompensados, los vasos están demasiado llenos y la cantidad de sangre circulante suele ser excesiva; la sangría puede producir un aumento de la corriente líquida del plasma intersticial a vasos sanguíneos, y por ello provocar accesos de estenocardia, siempre transitorios. Lo que tras la sangría ocurra con la hemoglobina en estos pacientes, depende de su poliglobulia y del espesamiento de su sangre. Pero, a la postre, la sangría obra favorablemente en todos los hipertónicos descompensados, así como en las descompensaciones valvulares. Los hipertónicos con hemorroides saben bien cómo les alivia las hemorragias rectales. Por todo ello, el autor no puede aceptar que en este enfermo se haya desencadenado una serie de accesos de estenocardia a causa de la sangría. En cambio, sí puede ocurrir que una medicación intempestiva con adrenalina, efedrina, insulina o mucha digital agrave su estenocardia, porque tras ella se exagera el riego defectuoso de las coronarias, y, consiguientemente, del miocardio. El cambiar la digital por la estrofantina o por gitalinas que no queden fijas en las fibras del miocardio (verodígeno), siempre que se administren dosis mínimas activas, basta para aliviar los ataques estenocárdicos provocados por medicaciones inoportunas. La quinidina y los nitritos mejoran igualmente estas molestias.—(*Die Medizinische Welt*, 1936, número 25.)—F. G. D.



PROF. P. M. BAASE.—*Simplificaciones dietéticas.*

El laboratorio y la clínica, y aún más la experiencia de los últimos lustros, nos complican el método, antes sencillo, de seguir una cocina de régimen.

Doy una lista de regímenes, pues no tengo sitio ni intención de insertar aquí el pequeño catecismo que nos hemos proporcionado reuniendo las teorías de todos los aficionados a dietética de nuestro hospital.

He aquí una idea abreviada. Los estómagos, cuatro tipos sucesivos:

1. Jugo de legumbres crudas o cocidas, leche, crema, bizcochos, huevos y gelatina.

2. Añaden pescado, ternera picada, cereales finos, manteca, diversas papillas.

3. Añaden jamón crudo, coliflor, puré de patata.

4. Añaden toda la variedad de carnes, huevos, legumbres, frutas machacadas, pan blando. Repartición horaria según los casos y según sean médicos o quirúrgicos.

Los intestinos:

Conservación del viejo esquema, restricción de farináceos en las fermentaciones ácidas, abundancia de farináceos en las heces alcalinas, régimen vitaminado.

Nefritis aguda:

Jugo de fruta, caldo de legumbres, leche, azúcar, caldo de cereales y tisanas.

Nitrogenado, hiponitrogenado.

Declorurado, simple.

Declorurado, severo.

Declorurado e hiponitrogenado.

Urinario:

Utilización y combinación parcial de los regímenes escritos de estómago y riñón, tratando de modificar el Ph, según convenga.

Hígado, vesícula:

Desgrasado, leche centrifugada, frutas a voluntad.

Diabetes:

Prescripción "estándar" de 80 a 100 gramos diarios de h. de c. Días a dieta de fruta, verdura, farináceos, etc.

Obesos:

Restricción global de la cifra de calorías, grasas suprimidas y substituídas por los aceites. Se puede combinar con el régimen diabético o con el cardiorrenal.

Cardíacos:

Restricción de líquidos, comidas frecuentes y poco voluminosas.

La sobrealimentación de los tuberculosos, convalecientes anoréxicos, ciertos dispépsicos:

"Pudings", aperitivos, etc.

Estas son, en líneas generales, las dietas que creemos más oportunas seguir en cada caso.—(*Nutrition*, París, tomo V, núm. 4, 1935, págs. 365-375.)—J. H. S.

A. CZERNY.—*Mecanismo e indicaciones de la transfusión sanguínea.*

La transfusión puede ser indirecta o directa. En la primera, la sangre del donante se recoge en una vasija o jeringa, y, previa desfibrinación o adición de citrato sódico, se inyecta al paciente. En la directa se verifica la unión de vena a vena, y la sangre pasa directamente del dador al enfermo. Esta última forma es la que se utiliza actualmente con más frecuencia. No se toma nunca la sangre de las arterias; parece ser que la sangre venosa es más eficaz. La cantidad de sangre que de-

be transfundirse depende de los efectos que busquemos. Si se trata de anemias graves por hemorragias internas, etcétera, habrá que recurrir a grandes cantidades, incluso un litro de una vez. Si sólo buscamos proporcionar al enfermo determinadas sustancias para estimular, por ejemplo, el proceso de coagulación, necesitaremos cantidades mucho menores y nos bastará con 300 ó 400 gramos cada vez. Se ha discutido mucho si la transfusión es una medicación sustitutiva o simplemente estimulante. Desde luego, podemos afirmar que ambas cosas. En las anemias graves restablecemos cantidades de sangre, y, además, los eritrocitos inyectados, si la elección de grupos está bien hecha, viven hasta cuatro semanas, desempeñando sus funciones de vectores de  $O_2$ , observándose que su presencia hace desaparecer las formas anormales indicadoras de un proceso activísimo e incompleto de la médula ósea, que ya no es preciso que subsista. Pero, además, la sangre inyectada ejerce una función estimulante y favorece el que la sangre del enfermo recobre sus caracteres normales, destacándose su poder antihemorrágico y estimulador de los procesos de coagulación.

Las indicaciones fueron muchas al principio: algunos pretendieron hasta cambiar el modo de ser y el carácter del enfermo asimilándole al del donante. Hoy no se piensan tales cosas. Pero la transfusión se utiliza cada vez más en toda clase de anemias graves, desde las postraumáticas hasta las tóxicas, en la misma anemia perniciosa y en las diátesis hemorrágicas; aquí, en forma de inyecciones pequeñas y repetidas largo tiempo. También se recomienda en las septicemias graves, para aumentar las defensas, pues se habla de los anticuerpos y complementos inyectados en las toxicosis gravídicas, en las uremias leves, en la urinemia, en las colitis graves, en la tifóidea, meningitis, íleus e intoxicación aguda y crónica por el CO.

No hay que olvidar los cuidados que requiere el donante. Desde luego, no elegiremos individuos débiles, y, una vez terminada la transfusión, se le inyectará una disolución salina cualquiera en cantidad igual a la de sangre extraída. Se le tendrá echado y en reposo absoluto durante una hora, y en el resto del día, hasta transcurridas las veinticuatro horas, no hará trabajo alguno. Después de este plazo se presume que el proceso de regeneración está ya en marcha. Hasta transcurridas seis u ocho semanas no se le volverá a extraer sangre.

Cuando haya que hacer transfusiones repetidas, se cambiará sistemáticamente de donante, a fin de evitar la presencia de fenómenos de anafilaxia.—(*Die Medizinische Welt*, 1936, núm. 24.)—F. G. D.

BARBEILLON.—*Gonococo y polimorfismo microbiano.*

De las investigaciones llevadas a cabo por el autor, se deduce que el gonococo es un germen bien definido, estable, difícil de cultivar y capaz únicamente de transformaciones casi imperceptibles sobre el organismo y muy poco acentuadas en los cultivos, dando lugar a las formas hipertróficas de resistencia. Los restantes gérmenes uretrales contribuyen mucho al polimorfismo microbiano. Los que se ha convenido en llamar pseudogonococos, son gérmenes inestables, que pasajeraamente pueden tomar el aspecto de diplococos gram negativos, dando lugar, por ello, a errores. (*Journ. de Med. de Paris*. Año 55, número 26, 1936.)—T. B.



F. QUERVAIN.—*La cirugía del bocio maligno.*

He aquí agrupadas en breves conclusiones las reglas de conducta que al eminente autor de este artículo le sugieren el estado actual de los conocimientos acerca del bocio maligno.

- 1.<sup>a</sup> El tratamiento operatorio constituye la sola terapéutica que permite actuar con conocimiento de causa, y la que a la vez proporciona los mejores resultados, bien sean éstos inmediatos o lejanos.
- 2.<sup>a</sup> Debe ser instituido, si ello es posible, antes del diagnóstico cierto, es decir, a la menor sospecha de malignidad.
- 3.<sup>a</sup> Debe reducirse en los casos operables sin resección de la tráquea, de la laringe y del esófago.
- 4.<sup>a</sup> La biopsia es recomendable en el mismo curso de la operación en aquellos casos en que el diagnóstico no es seguro del todo. Deberá ser practicada en todos los casos sometidos a un tratamiento de radio o de rayos X.
- 5.<sup>a</sup> La operación radical debe ir seguida de uno de los dos tratamientos, líneas más arriba indicados. Estos tratamientos deben repetirse varias veces durante los dos años que siguen a la operación.
- 6.<sup>a</sup> Todos los casos inoperables deben ser sometidos a dichos tratamientos el mayor lapso de tiempo posible.
- 7.<sup>a</sup> Puede ser útil, en el caso excepcional de una metástasis aislada, operar a la vez el tumor primitivo y la metástasis.

En cuanto a la profilaxis de esta afección, dice el autor que, si existe, es ante todo en la del bocio endémico, y después en la operación del bocio benigno. (*Bruxelles Médical*, núm. 44, pág. 1.204, 1.º septiembre 1935.) J. H.

R. PITRUZZELLA.—*Sobre la serorreacción de Auricchio y Chieffi en la leishmaniosis visceral.*

Auricchio y Chieffi, al fijar el valor diagnóstico de la reacción de Henry en el paludismo, observaron que daba resultado positivo en una niña con leishmaniosis. Hecho que comprobaron posteriormente, así como otros varios autores—Verde, Miggiano—. Creen que la reacción al peptonato de hierro se debe a las variaciones proteicas del suero, habiendo comprobado que en los leishmaniósicos viscerales existe aumento de euglobulina y disminución de la pseudoglobulina, por lo que consideran la reacción de Henry en la leishmaniosis visceral de naturaleza fisicoquímica, verificándose por inversión del cociente proteico.

Nosotros hemos querido fijar la sensibilidad de la reacción de Henry en un número de leishmaniósicos; nos hemos sometido a la siguiente técnica:

Se preparan en el momento de la reacción una solución al 1/600 de peptonato de hierro; suero de sangre, tomada del enfermo, en ayunas, y no inactivada, y tres pequeños tubos de reacción.

En cada uno de los tubitos se distribuyen: un cc. de solución de peptonato de hierro, sobre lo que se deja caer en el primer tubo 0,20 cc. de suero a examinar; en el segundo, 0,20 cc. de suero de sangre de niño normal o enfermo de otra afección, que servirá de testigo, y en el tercer tubo, no se añade nada.

Se agitan los tres tubos y se dejan en estufa, a 37° C,

observándose cada diez minutos, hasta cuarenta minutos.

Cuando la reacción es positiva, se aprecia en la columna líquida, primero, una opalescencia, que aumenta gradualmente, hasta aparecer verdadero floculado, que tiene tendencia a unirse y a precipitar al fondo del tubo.

En los tubos testigos, o en los casos de reacción negativa, la solución de peptonato de hierro o su mezcla con el suero queda clara.

En nuestras investigaciones hemos adoptado en la mayoría de los casos la solución de peptonato de hierro al 1/600; pero en una minoría empleamos solución al 1/1.000, sin, al parecer, modificación en los resultados.

Hemos realizado el estudio en 105 niños, de los cuales 24 con leishmaniosis visceral, 35 sanos y los restantes con afecciones diversas. En los leishmaniósicos se realizó la reacción de Auricchio y Chieffi en diversos períodos del tratamiento estibado.

De los 24 leishmaniósicos, en 15 obtuvimos reacción fuertemente positiva; en seis, reacción de mediana intensidad, y en dos, ligeramente positiva, pudiendo decir que su intensidad disminuye con el tratamiento y la proximidad a la curación.

En los casos testigos, la reacción siempre fué negativa.

La reacción de Auricchio y Chieffi la hemos practicado en enfermos con anemia esplénica, en tuberculosis y en dos casos de leishmaniosis cutánea—botón de Oriente—, con resultados negativos.

Por tanto, una reacción fuerte o moderadamente positiva será diagnóstico seguro, mientras una reacción ligeramente positiva, no tiene valor diagnóstico. Representa un medio diagnóstico indirecto de notable valor en la leishmaniosis interna visceral.—(*La Pediatria*, Nápoles, 1 abril 1936, fas. 4, tomo XIV, pág. 285.)—M. A. C.

E. WALKER y D. COLUMBUS.—*Dilatación cardíaca reversible.*

Hacen estos autores un estudio radiográfico antes y después del tratamiento de una serie de corazones muy dilatados, que pone claramente de manifiesto la posibilidad de que recobre su tamaño normal. Los corazones por ellos estudiados corresponden a tres enfermedades.

En los casos de aneurisma arteriovenoso del triángulo de escarpa puede llegar a producirse una gran dilatación cardíaca, que retrocede después de extirpar el aneurisma.

*El "beri-beri"*.—En todos los casos de esta enfermedad existe un aumento de la sombra cardíaca, que no es debido a una hipertrofia verdadera, sino a la imbibición de las fibras cardíacas. En los casos que no existe polineuritis que obligue al enfermo a guardar cama, puede originarse un cuadro de insuficiencia aguda del corazón. El corazón vuelve rápidamente a su estado normal cuando se administra una alimentación rica en vitamina B.

Los casos de mixedema van acompañados, muy frecuentemente, de dilatación e insuficiencia cardíaca, que curan rápidamente con la terapéutica tiroidea.

Esta dilatación del corazón por alteraciones metabólicas ha hecho pensar a varios autores que alteraciones del metabolismo pueden intervenir en otros casos de hipertrofia cardíaca, principalmente en los casos de hipertensión, en los cuales la hipertrofia se considera compensadora.—(*The J. of the Med. Am. Assoc.*, 1.795, 21 mayo 1936.)—M. B.



## SECCION PROFESIONAL

## PROGRAMA PROFESIONAL

*La función sanitaria es función del Estado, y su organismo debe depender de él hasta en su representación municipal.—Garantía inmediata del pago en los titulares por el Estado.—Independencia y retribución de la función forense.—Dignificación profesional. Unión y solidaridad de los médicos.—Fraternidad, mutuo auxilio.—Seguros, previsión y socorros.*

SUMARIO.—SECCIÓN PROFESIONAL: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Las enfermedades profesionales en el Congreso de los Diputados.—Sección oficial.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Tertulia.

## BOLETIN DE LA SEMANA

## OTRO ALDABONAZO

Los episodios desarrollados durante la última semana nos obligan a insistir en este "Boletín" sobre cuanto dijimos en el anterior. El calor aumenta, los desórdenes sociales crecen y su perturbación agrava el estado de abandono de los servicios y atenciones primordialmente necesarios a la prevención de las enfermedades epidémicas, fáciles de desarrollar en esta época del año. En la Prensa diaria y en las sesiones del Parlamento se denuncia constantemente la falta de agua y el abandono de las inspecciones sanitarias. Frente a esto, no sabemos nada que se realice enérgicamente por los llamados a vigilar el estado de la salud pública. Se silencian constantemente los brotes de tifoidea que, de modo alarmante, se van multiplicando, y esto a nada conduce. Es preciso que el Gobierno caiga en la cuenta de cuánto le interesa evitar que en Madrid se produzca un estado de salud peligroso, pues la reacción sería inmediata y contraria a sus intereses políticos. Los medios de la ciencia moderna permiten atajar amenazas de esta gravedad, y el no emplearlos, por desdén hacia el problema o por abandono de las autoridades sanitarias, no puede tener disculpa ante la opinión española ni el juicio de las naciones civilizadas del mundo. Nos amenaza un peligro serio, mucho más serio de cuanto pudieran sospechar políticos y gentes indocumentadas en estas materias. Cuantos conocemos la situación en que normalmente se vienen soslayando, casi de milagro, estas tragedias en Madrid, podemos asegurar que el riesgo merece toda nuestra atención, y nosotros queremos cumplir ante nuestra conciencia no abandonando el advertir insistentemente sobre ello.

Mucho más diríamos si los consagrados motivos ajenos a nuestra voluntad nos lo permitieran.

## DE LA "GACETA"

La "Gaceta" del día 7 de julio ha publicado dos circulares de la Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia sobre las que urge llamar la atención de nuestros lectores en este lugar, toda vez que

el acúmulo de original, ya ajustado, nos impide colocarlas donde de hábito lo hacemos.

La primera circular convoca a concurso, entre los 38 aprobados en las oposiciones a Otorrinolaringólogos de los servicios provinciales de Sanidad, para proveer las plazas vacantes en varias provincias, y las instancias se deberán pre-

## ÉXITO JUSTIFICADO



El Dr. M. Bermejillo, quien, como Diputado a Cortes, ha tenido un brillante éxito parlamentario por su intervención acertada en la discusión del proyecto de ley de enfermedades profesionales.

sentar, en la Subsecretaría (Plaza de España), antes del día 18 de julio.

La otra circular convoca a concurso voluntario de traslado entre Instructoras de Sanidad en activo servicio para proveer distintas plazas pertenecientes a la plantilla del Cuerpo. Las instancias deberán presentarse en la Dirección general de Sanidad antes del día 18 de julio. Para más detalles sobre estos concursos, véase la "Gaceta" del día 7, página 216.

DECIO CARLÁN.



# Las enfermedades profesionales en el Congreso de los Diputados

(VIERNES, 3 DE JULIO DE 1936)

Dictamen de la Comisión de Trabajo, nuevamente redactado, sobre el proyecto de ley de Indemnización por enfermedades profesionales.

## AL CONGRESO

La Comisión permanente de Trabajo, Sanidad y Previsión ha examinado de nuevo el proyecto de ley del Sr. Ministro del ramo relativo a indemnización por enfermedades profesionales; y recogiendo muchas de las observaciones que en diferentes votos particulares se habían hecho al anterior dictamen, tiene el honor de someter a la deliberación de la Cámara el siguiente

## PROYECTO DE LEY

Base I. Se consideran específicamente enfermedades profesionales, a los efectos de la reglamentación especial para indemnización del obrero víctima de ellas, o de sus derechohabientes en caso de defunción, las siguientes, siempre que se originen por el trabajo en Empresa que ejerza una de las industrias que se enumeran a continuación:

ENFERMEDADES	INDUSTRIAS
Intoxicaciones por el plomo, sus aleaciones o sus compuestos, con las consecuencias directas de dicha intoxicación .....	Manipulación de minerales que contengan plomo, incluidas las cenizas plumbíferas de las fábricas en que se obtiene el cinc. Fusión del cinc viejo y del plomo en galápagos. Fabricación de objetos de plomo fundido o de aleaciones plumbíferas. Industrias poligráficas. Fabricación de los compuestos de plomo. Fabricación y reparación de acumuladores. Preparación y empleo de los esmaltes que contengan plomo. Pulimentación por medio de limaduras de plomo o de pedvos plumbíferos. Trabajos de pintura que comprendan la preparación o manipulación de productos destinados a emplastecer, masilla o tintes que contengan pigmentos de plomo.
Intoxicación por mercurio, sus amalgamas y sus compuestos, con las consecuencias directas de dicha intoxicación .....	Manipulación de minerales de mercurio. Fabricación de compuestos de mercurio. Fabricación de aparatos de medida o de laboratorio. Preparación de las primeras materias para la sombrería. Dorado a fuego. Empleo de bombas de mercurio para la fabricación de lámparas incandescentes. Fabricación de pistones con fulminantes de mercurio.
Infección carbuncosa.....	Obreros que estén en contacto con animales carbuncosos. Manipulación de despojos de animales. Carga, descarga o transporte de mercancías.
Muermo .....	Trabajos que expongan a este peligro, como los de cochero, palafrenero, mozo de cuadra, etc.
Neumoconiosis (silicosis, con o sin tuberculosis, antracosis y otras enfermedades respiratorias producidas por el polvo).....	Toda industria u operación que exponga al riesgo de silicosis. Industrias y trabajos del carbón. Todas las industrias y trabajos donde se produzcan enfermedades por causa de polvo de naturaleza mineral, metálica, vegetal y animal.
Intoxicación por el fósforo y sus compuestos, con las consecuencias directas de esta intoxicación.....	Toda industria concerniente a la producción, desprendimiento o utilización del fósforo y sus compuestos.
Intoxicación por el arsénico y sus compuestos, con las consecuencias directas de la intoxicación.....	Toda industria concerniente a la producción, desprendimiento o utilización del arsénico y sus compuestos.
Intoxicación por el benceno, su homólogos, sus nitros y amino derivados.....	Toda industria concerniente a la producción, desprendimiento o utilización del benceno y sus derivados.
Intoxicación por los derivados halógenos de los hidrocarburos de la serie grasa.....	Toda industria concerniente a la producción, desprendimiento o utilización de los hidrocarburos.
Alteraciones patológicas producidas por el radio, Rayos X y otras sustancias radiactivas.....	Los trabajos que puedan exponer a estas acciones.

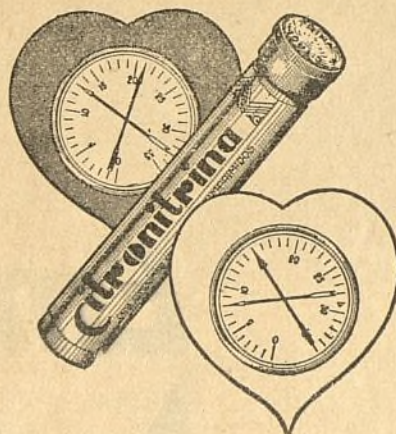


*Para sus hipertensos  
y arterioesclerosos.*

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.

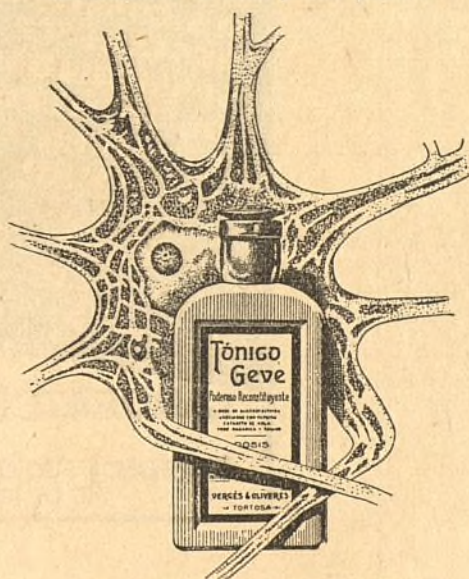
El apósito ideal, tanto en las curas de alta como de pequeña cirugía

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:* Mitad dosis.

Muestras gratis  
a los señores médicos

VERGÉS & OLIVERES  
Laboratorio Quimioterápico del Ebro  
TORTOSA



# ESTREÑIMIENTO

## Lactolaxine Fydau

COMPRIMIDOS DE  
FERMENTOS LÁCTICOS  
LAXANTES

COMBATE EL  
ESTREÑIMIENTO  
LA ENTERITIS Y  
SUS CONSECUENCIAS  
RESTABLECE LA  
SENSIBILIDAD  
DE LA MUCOSA  
REEDUCA EL  
INTESTINO

*1 a 3 Comprimidos  
por día.*

MEDICAMENTO LAXANTE  
IDEAL PARA NIÑOS,  
ADULTOS Y ANCIANOS.

**LABORATORIOS ANDRÉ PÂRIS**  
PARIS - FRANCE

Muestras: Alejandro Riera, Agente General  
Napoles 166 BARCELONA

SAEVI



ENFERMEDADES	INDUSTRIAS
Epiteliomas de la piel.....	Todos los trabajos de la manipulación de la brea, alquitrán, pez, de los ácidos minerales, de la parafina y de los compuestos, productos y residuos de estas substancias.
Nistagmus .....	Minas y trabajos en túneles.
Conjuntivitis, retinitis y catarata gris.....	Trabajos con intensas fuentes fotógenas (soldaduras eléctrica y autógena, sopladores de vidrio, trabajos metalúrgicos).
Conjuntivitis y queratitis subsiguientes.....	Minas e industrias del azufre.
Intoxicación por el sulfuro de carbono y sus compuestos.	Industrias de la seda artificial, vulcanización y otras que utilicen el sulfuro de carbono.
Anquilostomiasis .....	Minas (huertas).
Dermatosis profesional.....	Industrias del cemento y otras análogas y todas las operaciones de trabajo en que se empleen substancias químicas.
Contracturas de Dupuytren.....	Trabajos con presión permanente sobre la superficie palmar (curtidores de pieles, conductores por caminos de hierro, estampilladores postales, etc.).
Intoxicación por el manganeso y sus compuestos.....	Toda industria concerniente a la producción, desprendimiento o utilización del manganeso y sus compuestos.
Intoxicación por los gases o vapores tóxicos y, en especial, del óxido de carbono, gas sulfúrico, cloro, anhídrido carbónico, gases sulfurosos, vapores de ácido sulfúrico y nitroso, sulfuro de carbono y cianhídrico.	Toda industria o trabajo en que se produzcan esta clase de gases o vapores.
Enfermedades infecciosas.....	Trabajos en contacto sistemático con focos de infección o de material infectante (personal sanitario al servicio de hospitales, sanatorios y laboratorios, y el que el origen de la infección no pueda imputarse a otra actividad).
Puritis (inflamación de las bolsas serosas y vainas tendinosas) .....	Trabajos de mineros, de canteros, de talladores de piedra, etc.

Base II. Para tener derecho a indemnización el obrero víctima de una de las enfermedades profesionales a que se refiere esta ley, es necesario que haya trabajado en una de las industrias mencionadas en la misma, con anterioridad a la declaración facultativa de enfermedad profesional, el tiempo que para cada categoría de éstas señalen las disposiciones reglamentarias.

Base III. Para que la ley sea aplicable será preciso que la enfermedad haya ocasionado la muerte de la víctima, o bien una incapacidad para el trabajo permanente, parcial o total, o sufra una incapacidad temporal, en cuyo caso el obrero percibirá la indemnización que le corresponda desde el día que dejó de trabajar.

Base IV. Las obligaciones relacionadas con el derecho a indemnización del obrero se harán efectivas por el patrono que le hubiere ocupado durante los doce últimos meses anteriores a la declaración de la incapacidad. Si el obrero no hubiera permanecido en relación de trabajo con el mismo patrono durante ese período, la obligación se hará efectiva por aquel patrono en cuya industria de las comprendidas en la base I, relacionada directamente con el caso del riesgo, trabajare el obrero en el momento de declararse la existencia de la enfermedad profesional. Y en todos los casos la responsabilidad en la indemnización alcanzará a todos los patronos de la industria insalubre, productora de la enfermedad profesional que haya tenido el obrero enfermo durante el tiempo que el reglamento determine como período necesario para la producción de la enfermedad profesional. Una vez que el patrono, que a ello esté obligado, haya abonado la indemnización, podrá reclamar de cada pa-

trono que hubiera ocupado al obrero enfermo dentro del período anteriormente expresado las fracciones correspondientes a cada cual, estimadas o prorrate en razón del tiempo de ocupación.

Base V. Los patronos de las Empresas especificadas en esta ley tienen obligación de asegurar a sus obreros contra riesgos de incapacidad permanente o muerte de enfermedad profesional específica en la presente disposición.

El seguro podrá ser realizado en cualquiera de las Entidades aseguradoras autorizadas para ello, conforme a la ley de Accidentes del trabajo.

Base VI. El obrero estará obligado a examen facultativo para la revisión posible de la incapacidad.

Es asimismo obligatorio el examen médico periódico, según tiempos que para cada riesgo especificarán las disposiciones reglamentarias, pero nunca mayor de seis meses, para lograr el diagnóstico precoz de la enfermedad profesional y con nuevas orientaciones profesionales para el obrero afecto conservar su salud. El obrero deberá ser provisto de los medios profilácticos adecuados para cada caso y tendrá la obligación de hacer uso de los mismos.

Base VII. Es obligatorio, para el médico que asista a un obrero víctima de enfermedad profesional, la declaración a la autoridad encargada por las disposiciones reglamentarias de la existencia de dicha enfermedad.

Base VIII. Las disposiciones reglamentarias regularán todo lo referente al reconocimiento previo del obrero empleado en trabajos que pueden motivar enfermedades profesionales y a las visitas periódicas que la Inspección podrá realizar en las fábricas o talleres en que se efectúen trabajos de los previstos en esta ley.



Base IX. El obrero víctima de enfermedad profesional no podrá negarse, en los casos que prevea el reglamento, a su hospitalización como medio de hacer desaparecer o atenuar, al menos, los efectos de la enfermedad profesional.

La hospitalización, caso de ser necesaria, tendrá efecto en establecimiento adecuado y en departamento de distinguidos, siendo de cuenta del patrono o entidad aseguradora los gastos que por ello se originen.

La negativa podrá dar lugar a la pérdida del derecho a indemnización, si el organismo especial a que se refiere la base siguiente, por sí o por delegación, considerase imprescindible la hospitalización.

Base X. En el Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión se constituirá la Comisión Central Técnica de Enfermedades profesionales, formada por el médico jefe de Higiene del Trabajo, dos médicos, con probada competencia en estas materias, mediante oposición, que especificará el reglamento; un representante obrero y un representante patronal, nombrados por sus organizaciones respectivas, cada uno de los cuales podrá llevar un médico como asesor. Corresponderá a esta Comisión entender en los casos de discrepancia entre las partes interesadas acerca de la existencia o no de enfermedad profesional; el dictamen de tal organismo hará fe ante los órganos encargados de hacer efectivas las responsabilidades de carácter económico derivadas de la enfermedad profesional. Será función de esta Comisión técnica la propuesta al Ministro del ramo de las nuevas enfermedades que la evolución de las industrias y técnicas de trabajo hagan precisas añadir a la lista de la base I.

Base XI. El derecho a ser indemnizado como consecuencia de la existencia de enfermedad profesional se regulará adaptando a los casos de ésta lo previsto en la ley de Accidentes del trabajo en la industria o en la de la agricultura, para los casos de incapacidades temporales, incapacidades permanentes, totales o parciales, y muerte del obrero.

Base XII. La lista de enfermedades e industrias contenidas en la base primera no obstará para que los Tribunales, previo informe de la Comisión técnica a que se refiere la base X, puedan, como hasta el presente, aplicar a manifestaciones de otras enfermedades derivadas directa, indubitada y principalmente del ejercicio de una profesión, la protección legal establecida para los accidentes del trabajo.

Base XIII. A los obreros extranjeros les será aplicado el principio de reciprocidad en cuanto a los beneficios concedidos en esta ley. Después de tres años de residencia sin interrupción en España, el obrero extranjero disfrutará de las ventajas de esta ley lo mismo que el nacional.

Base XIV. Una vez promulgada la presente ley, el Ministro de Trabajo, Sanidad y Previsión, a propuesta del Consejo de Trabajo—con intervención del Instituto Nacional de Previsión y del Servicio de Inspección Médica del Trabajo en lo que afecta a las materias de su respectiva competencia—, procederá a introducir las modificaciones que sean necesarias en las leyes vigentes de Accidentes del trabajo en la industria y en la agricultura, en sus reglamentos y en las tarifas del seguro, como consecuencia de lo dispuesto en las anteriores bases de regulación específica de las enfermedades profesionales en ellas mencionadas o de las que en lo por venir se incluyan en tal categoría especial. Los textos refundidos serán publicados antes del 1 de enero de 1937, fecha en

que entrará en vigor lo dispuesto en la presente ley.

Palacio del Congreso, a 25 de junio de 1936. El vicesecretario, Juan Antonio Méndez.—El presidente, Bibiano Osorio.

#### *Indemnización por enfermedades profesionales.*

Leído el dictamen de la Comisión de Trabajo, nuevamente redactado, sobre el proyecto de ley de Indemnización por enfermedades profesionales, y abierta discusión sobre la totalidad, dijo:

El Sr. VICEPRESIDENTE (Fernández Clérigo): El Sr. Bermejillo tiene la palabra para consumir un turno en contra.

El Sr. BERMEJILLO: Señores diputados: En primer lugar me voy a permitir hacer una indicación a la Presidencia de la Cámara, porque, sin duda llevada del corriente interpretar de que las palabras de los diputados que se sientan en estos bancos han de ser de oposición a los proyectos del Gobierno, ha entendido que yo me iba a producir en contra del dictamen. Yo me permito manifestar a la Presidencia—sin que sea corregir; nunca lo podría hacer—y manifestar a la Cámara que, como los señores de la Comisión que se sientan en el banco saben, por las discusiones habidas en el seno de la misma, yo no voy a hablar en contra del proyecto, sino que voy a hacerlo—cosa extraña, sin duda—en pro, manifestando por delante que en este dictamen, que la Comisión presenta como definitivo, he tomado, con gran satisfacción mía, una activa parte, como pueden atestiguar de una manera segura y rotunda los compañeros de la Comisión que aquí están presentes. Es, por tanto, un turno de totalidad que yo me atrevería a calificar—y mis posteriores manifestaciones creo que lo demostrarán—en pro del dictamen de la Comisión, y en pro, por ende, del proyecto de ley que el Sr. Ministro de Trabajo presenta a la deliberación de la Cámara.

El Sr. VICEPRESIDENTE (Fernández Clérigo): No tenía noticia de su propósito de intervenir en la discusión de la totalidad de este dictamen hasta hace unos instantes, en que el Sr. Carrascal, en representación de la minoría a que S. S. pertenece, me hizo presente este propósito. Como S. S. forma parte de una minoría de oposición, colegí, con error al parecer, que se trataba de un turno en contra; pero si es un turno en favor, así constará, y en ese sentido puede dirigirse a la Cámara.

El Sr. BERMEJILLO: Mi actitud es manifestamente en pro del proyecto, y si no puedo estar, por mi posición política, en aquellos bancos (Señalando a los de la mayoría), al menos considere la Cámara que estoy colocado, con los taquígrafos, en el centro del salón.

El Sr. VICEPRESIDENTE (Fernández Clérigo): ¡Si desde ahí puede S. S. consumir también el turno en pro!

El Sr. BERMEJILLO: Estamos, señores diputados, frente o al lado de un proyecto de ley que entendemos totalmente justo y necesario. Totalmente justo, porque va a plasmar en una ley de la República española las indemnizaciones por enfermedades profesionales, que ya es hora de que en España exista una ley de tal categoría; completamente necesario, no sólo por la justicia que lo informa, y a la que antes hacía referencia, sino también porque es momento muy indicado el actual para que en esta Cámara el Sr. Ministro de Trabajo, de indudables condiciones, comience a presentarnos proyectos de ley dedicados a ese aspecto de asistencia y de sanidad, respecto del cual está en España casi todo por hacer, y es necesario que se vaya poniendo mano en ello



de una manera meditada, científica y seria, pero también con una rapidez como la necesidad misma de esa sanidad y de esa asistencia pública nos pide.

A las enfermedades profesionales ya dice el preámbulo de este proyecto de ley que se presta atención suficiente, y con esto el preámbulo del proyecto, y yo ahora ante la Cámara, rendimos el tributo de justicia que los Tribunales merecen al entender y al discernir sobre los procesos profesionales, sobre las llamadas tecnopatías (enfermedades de la técnica), con sólo aplicar, con una amplia justicia y con un buen criterio, la ley de Accidentes del trabajo a estos procesos profesionales. Además, en España, ya muchos años atrás, el general Marvá, en el Instituto de Reformas Sociales, hizo un informe iniciador de estas materias en 1910. En 1920, por el Ministerio de Trabajo se firmó una orden en la que se pedía al Instituto de Reformas Sociales un anteproyecto de ley de Bases, indicio de que también en aquellos tiempos inquietaban ya estos hechos de justicia; el mismo Instituto de Reformas Sociales, en 1921, un año después de aquella petición ministerial, trabajó y llegó a la formación de un anteproyecto de ley para la indemnización por enfermedades profesionales, y, finalmente, el Consejo de Trabajo, en 1934, laboró ese anteproyecto de ley de Bases que ha servido de fundamento para el proyecto de ley que el Sr. Ministro de Trabajo ha presentado a la Cámara y que hoy comenzamos, no a discutir, sino a tratar de él. Veníamos, además, obligados a ello, porque las tecnopatías iban tomando fuerza e interés—necesidad de su estudio y de su indemnización consecuente—en Ginebra, en la Oficina Internacional del Trabajo; quizá este aspecto sanitario y profesional de la Oficina Internacional del Trabajo sea uno de los más interesantes, quizá también uno de los más eficaces, quizá también uno de los únicamente efectivos dentro de ese sinnúmero de actividades, más o menos entretenidas, que, al borde del lago de Lemán, se dan en las reuniones de Ginebra. Pues bien: el Convenio de 1925, con vigencia del año 1927, aceptado por España y ratificado en finales de ese año 1927, obligaba, de una manera manifiesta, a la legislación expresa, al menos en aquella parte mínima que los estudios de la Oficina Internacional del Trabajo señalaban en el Convenio como obligatoria para todas las naciones—veintidós o veinticuatro naciones—que lo habían firmado.

Esos tres grupos nosológicos, esos tres grupos de enfermedades comprendían dos procesos por intoxicación: los producidos por el plomo y por el mercurio, y un proceso de origen bacteriano, de origen infectivo: la enfermedad carbuncosa, la enfermedad infectante producida por el *bacillus anthracis*. Después de 1927, en reuniones sucesivas, en la de 1931 ó de 1932, que creo fué la décimosexta reunión de la Oficina Internacional del Trabajo, que se ocupó de estas materias y que se verificó precisamente en Madrid, se pretendió ampliar la lista de enfermedades profesionales, porque la observación clínica, los datos necrópsicos, repetidos en múltiples naciones acogidas al Convenio e interesadas en estos estudios, todo lo que de científico y de experimental podía sumarse al conocimiento de las tecnopatías, los progresos sucesivos de la industria, demostraban de una manera indudable, cómo al variar de las técnicas industriales, iban produciéndose u originándose nuevos cuerpos químicos capaces de producir efectos lesivos en el organismo vivo, que justificaban ampliar el número de grupos nosológicos producidos o directamente vincula-

dos a las enfermedades de la industria, a las enfermedades del trabajo. Y, en efecto, en 1934 tuvo lugar en Ginebra la décimooctava reunión, y en ella se amplió esta lista con siete grupos nosológicos más; entre ellos, específicamente se discutió en aquella reunión, por iniciación de los profesores Müller y Schürch, sobre la silicosis o tisis fibrosa de los mineros, ya conocida siglos antes y técnicamente bien conocida y anatómicamente perfectamente estudiada desde 1914 y 1916. Y henos aquí, después de la reunión de 1934, con que en España, en este año, y por iniciativa del Sr. Ministro que ocupa actualmente la cartera de Trabajo, ha venido al ambiente oficial la primera ley española de Enfermedades profesionales.

¿Cuál podría ser nuestra posición frente a esta ley? No podía ser, sin duda, otra que la que al principio yo señalaba: reconocer que era un hecho de justicia, además un hecho de justicia consumado, puesto que los Tribunales que intervenían en estas cuestiones ya habían aplicado las sanciones benéficas, las indemnizaciones correspondientes a gran número de estos procesos, conocidos ya como dependientes o que reconocían su etiología, su causalidad, en enfermedades del trabajo, y, además, ver si lográbamos, apoyándonos en datos científicos y técnicos, que esta primera ley de Enfermedades profesionales de España fuera aún más completa que algunas de las otras leyes de este tipo de aquellos países que las tienen ya en vigor; buscar en los conocimientos médicos el fundamento necesario para, en conciencia, poder defender, y precisamente desde un puesto de la oposición de la Cámara, una ley de Enfermedades profesionales que ampliara y que completara aquellas otras leyes de los países unidos al Convenio de Ginebra, que también a nosotros nos obliga. Y, efectivamente, nosotros hemos logrado, en perfecto acuerdo con los demás elementos de la Comisión, ampliar esta lista, que, como antes decía y los señores diputados pueden recordar, contiene tres grupos nosológicos incluidos en anteriores Convenios y siete añadidos después, que suman diez; nos hemos encontrado un proyecto de ley con una cierta ampliación y le hemos aún completado llegando a la formación de 22 grupos nosológicos, incluidos en la lista de enfermedades profesionales que estamos discutiendo. No es esto tampoco una cuestión extraordinaria; no es que nosotros, en nuestros buenos deseos, nos hayamos salido fuera de la órbita científica y justa en que debemos movernos, porque precisamente en Minnesota existen 23 grupos o entidades nosológicas; en Alemania son 23 los grupos comprendidos en la ley de Indemnización por enfermedades profesionales; en Nueva York, 27 grupos; en Inglaterra, 28, y en la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, 25; y hay que tener en cuenta que en la ley de la U. R. S. S., en un solo capítulo, están comprendidos seis o siete de los capítulos que aquí quedan formados por enfermedades de intoxicación; es decir, en aquella ley soviética se señalan en un solo grupo todas las enfermedades profesionales que tienen una etiología fundamentalmente de noxa química, una etiología fundamentalmente tóxica. Por lo tanto, no hemos rebasado lo que fuera de España se ha hecho; pero sí hemos mejorado lo que muchos países tienen en ley y hemos quizá retocado, al menos en el aspecto de léxico científico, de ordenación científica de la ley, algunas de las modalidades expresivas de esas leyes extranjeras, concentrando en un solo grupo enfermedades que, desde el punto de vista médico y desde el punto de vista



clínico puramente científico y nosológico, están perfectamente incluidas en un solo grupo.

Esta ley tiene múltiples aspectos y podría dar base y fundamento a tocar un sinnúmero de cuestiones altamente interesantes desde el punto de vista sanitario y de la asistencia pública; pero para ello requería una gran extensión de tiempo y, aunque con la venia de la Presidencia puedo ocupar hasta las nueve de la noche, hora tope corriente en estas sesiones, no tendría ni la cuarta parte del necesario para analizar, siquiera someramente, todos estos puntos de vista en los cuales esta ley toca con la profilaxis pública, tan abandonada en España. Y lo dice uno que por los servicios y la Dirección de la Sanidad española ha pasado, y lo mismo en el aspecto de la Asistencia pública—que también dirigí coetáneamente, por estar conjuntas en la misma Subsecretaría—, que tendrían muchísimo que remover, por lo que yo ruego al Sr. Ministro de Trabajo—aunque esto le interrumpa, y perdone por ello—(El Sr. MINISTRO de Trabajo: Estoy escuchándole con mucho gusto.) que ponga manos a la obra en esa profilaxis pública y en esa asistencia pública, porque tanto aquí como fuera de aquí se trae ese sinnúmero de calamidades y muertes producidas por unos y otros procedimientos más o menos traumáticos o violentos, no olvidemos que en España, y en comparación estadística triste con otras naciones adelantadas, muere una cantidad de enfermos de todas clases que no debieran morir. Es necesario que, de una vez, comencemos siquiera, porque la labor es difícil y quizá ocupe mucho tiempo y muchas personas, por muy larga que sea la permanencia del Sr. Ministro en la cartera (que yo así lo deseo). Por lo tanto, bueno será el comienzo de esta labor ingente, de la que estamos tan necesitados.

Por ejemplo, en este asunto que nos ocupa es indudable que vamos a indemnizar enfermedades profesionales, es decir, que vamos a dar un apoyo, un socorro para la asistencia de esos lesionados o para la posible vida después de haber quedado en una situación imposible de colaborar en su trabajo a la vida social. Pues bien: antes de eso debemos pensar que hay una profilaxis, una evitación de enfermedades que tiene la enorme ventaja de ser mucho más económica que el tratamiento y que las indemnizaciones posteriores, con la ventaja de ser mucho más humano y más caritativo, porque podremos dar lo preciso para la vida del enfermo, pero no esa euforia o ese bienestar, que es el único capital sano de la vida, y es necesario cuidar de la salud de nuestros semejantes, porque es una obligación, lo mismo que tenemos la de cuidar la de nosotros mismos.

Respecto de estas enfermedades es imprescindible gastar dinero en una labor de propaganda para enseñar al público lo que le es nocivo. Es imprescindible que los obreros que trabajan en industrias susceptibles de intoxicación saturnina, de intoxicación por el plomo, sepan precisamente que durante las horas de trabajo no pueden tomar ni alimentos sólidos ni líquidos, que no pueden fumar, cosa que se suele hacer en talleres y en sitios donde se trabaja con materiales posibles de originar intoxicación; que son necesarios unos cuidados higiénicos de extraordinaria utilidad, como el baño semanal sulfuroso y el empleo, en ésta y en otras industrias de minería, de caretas protectoras que evitan en un 90 ó 95 por 100 la lesividad de aquellos productos nocivos; que es imprescindible la alternancia del trabajo con las temporadas de descanso obligatorio y remunerado, y, además, la alternancia en técnicas de trabajo

que en una misma industria permita la ocupación del obrero unas veces dentro del ambiente de nocividad y otras rindiendo su esfuerzo fuera de ese ambiente nocivo, para buscar la compensación de la acción tóxica. Es necesario convencer a los obreros que trabajan en industrias susceptibles de producir la intoxicación fosforada de que deben tener la boca convenientemente arreglada, higiénicamente arreglada, circunstancia que no suele darse y de la que tenemos experiencia triste los que hemos visto muchos miles de enfermos pobres en los hospitales, habiendo llegado a decir un clínico ilustre que los españoles, entre otras varias características psicofísicas, se distinguen por tener una boca sucia y mal arreglada. Pues bien: esto es necesario que llegue a todos los españoles, porque una boca sucia y mal arreglada, con caries dentarias, en un trabajador expuesto a intoxicación por el fósforo es la casi seguridad de que en plazo cortísimo, extraordinariamente corto, se produzca una necrosis de maxilar, que es la lesión típica de los intoxicados por el fósforo.

Es necesario, con la inspección previa y periódica que en esta ley hemos logrado que se introduzca y que toda la Comisión ha apoyado, que se vigile a todas aquellas personas que tienen una capacidad física, un estado de resistencia, lo que pudiéramos llamar su ficha biológica, en condiciones minoritarias, en conducciones de insuficiente resistencia para determinados trabajos, es decir, que deberíamos llegar a través de esto, y orientados sanitariamente, a formar lo que pudiéramos llamar la orientación y la decisión profesional, porque hay personas que serían muy capaces para trabajar sin peligro en determinadas industrias, y por su constitución, de la que no tienen ninguna culpa, o por características añadidas a su genotipo, a su tipo constitucional, durante la vida, por causas normales o anormales, tienen menor resistencia para tomar parte en algunas profesiones o industrias, y esas personas, a quienes les es lesivo el trabajo en determinadas minas o talleres, pueden ser, en cambio, unos hombres robustos, con excelente ánimo para su labor, dedicándose a otras ocupaciones, previo un reconocimiento y una orientación profesional científica y conveniente. Yo sé que esto es difícil, que esto tiene un cierto aspecto que casi constituye una entelequia; pero hemos de comenzar a soñar un poco en estas cuestiones que tienen una raíz científica cierta, para ver si logramos algún día dar un paso más en esta materia, de lo que tan necesitada está España y de lo que tan beneficiados saldrán, tanto los obreros, salvando, mejorando y conservando su salud y su aptitud física para el trabajo, como los patronos, que tendrán menos indemnizaciones y menos seguros que pagar, y que dispondrán de obreros que, vinculados a una buena salud, tendrán siempre una alegría y una robustez de espíritu que tan necesaria es para todo género de trabajo.

Tiene esto incluso otro aspecto, y es el de las limitaciones que ya hay señaladas en la ley española, pero que deben hacerse efectivas a rajatabla. Me refiero a las limitaciones para las mujeres—no hay que decir que para los niños y niñas, pero esencialmente para la mujer—para trabajar en determinadas industrias. Es imprescindible que de las industrias posibles de producir una intoxicación por el plomo queden las mujeres totalmente apartadas y que esto sea una realidad, no en el papel, sino en la vida española. La intoxicación lenta y en pequeños grados por el plomo origina con una frecuencia extraordinaria en la mujer abortos y una



mortinatalidad, en las que no abortan, de una alta cifra. Es decir, que la población se reduce, y no sólo eso, sino que se producen tachas, señales, taras hereditarias capaces de originar, especialmente por el plomo, déficit mentales, todo el grupo de las oligofrenias, llegando a la imbecilidad e idiocia, que tienen tristes consecuencias, tremendamente tristes para una familia, de cualquier clase social que sea, al ver niños y niñas, verdaderos tristes engendros privados de lo que da un poco de realce a la naturaleza humana, que es la inteligencia. Pues esto ha de tenerse también en cuenta y ha de evitarse, porque será un bien nacional lo que con ello realizaremos.

Y vamos a las enfermedades que hemos señalado, ya que parece conveniente, aunque no sea más que por el tiempo, un cierto acortamiento; pero en esto sí me interesa, desde el punto de vista técnico, hacer algunas aclaraciones, puesto que las aclaraciones hechas en la Cámara, tanto por los señores diputados que pertenecen a la Comisión como por los demás que a ello quieren colaborar, tienen un cierto conocimiento público, sientan una cierta jurisprudencia para ulteriores determinaciones en la aplicación de las leyes por parte de los Tribunales que en ella hayan de intervenir.

Me voy a referir casi exclusivamente a aquellas adiciones que nosotros hemos hecho a este proyecto de ley, aun cuando es cierto que alguna otra cosa pudiera decirse en aplauso de este proyecto, como es, por ejemplo, la introducción de la intoxicación por el manganeso y sus compuestos, que aparece en muy pocas leyes extranjeras—yo no la he recogido más que en la ley de Checoslovaquia—, que es una intoxicación que será en España y es una intoxicación ciertamente profesional, siendo necesario, para documentarse sobre esta intoxicación, recurrir a la bibliografía extranjera, especialmente a la bibliografía alemana. Esta intoxicación, que se produce en una serie de industrias, por ejemplo, en la de construcción de pilas secas, etc., etc., es una intoxicación de características clínicas extraordinariamente graves, porque ataca de manera especial centros nerviosos, vías motoras piramidales, produciendo unos trastornos en la deambulación y en el equilibrio postural perfectamente estudiados por V. Jaksch (en este momento inicial y final de todo movimiento, que es una postura fija de la que arrancamos en todo movimiento y en la que terminamos los movimientos), que produce una perturbación perdurable, muchas veces permanente, hasta tal punto y de tal categoría clínica, que el enfermo queda completamente impedido para todo género de trabajo, y, no sólo impedido, sino de tal manera limitado para todas las normales necesidades de la vida, que es una triste situación la de un enfermo intensamente o medianamente intoxicado por el manganeso. Esto ha venido en el proyecto de ley, y merece un aplauso, porque es adelantarse a la mayor parte de las legislaciones extranjeras en esta materia.

Nosotros hemos hecho en este dictamen de la Comisión una primera labor, que ha sido la de reunir dos grupos nosológicos, que venían presentados en el proyecto, y que eran las silicosis, con o sin tuberculosis, y la antracosis, o sea la precipitación de polvo (de silicio, en un caso, y de carbón, en otro) dentro de los pulmones. Los hemos sumado en la entidad nosológica clásica conocida.

Ya en 1866, creo recordar, el Prof. Zenker, en Alemania (y recuerdo la cita porque la he tenido entre mis manos en el *Deutsche Archiv*), publicaba este grupo de procesos de polvo en los pulmones, en general, produ-

cidos por silicio, por carbón, por hierro, por otras series de polvos posibles de captarse en la respiración de la atmósfera, con el nombre de neumocosis, que significa, etimológicamente, polvo en el pulmón. Pues bien: eso hemos hecho nosotros: hemos sumado estos dos grupos, que se nos proponen en el proyecto, en un solo grupo de neumocosis.

Aquí viene una cuestión muy importante, en la cual, y en cuya parte final, uno de los compañeros de la Comisión, el Sr. García, ha tenido manifiesta intervención. Decíamos nosotros en la lista de enfermedades: "Neumocosis, silicosis, con o sin tuberculosis; antracosis y otras enfermedades respiratorias producidas por el polvo. Pueden introducirse en ellas la tabacosis, de los que trabajan en los fardos de tabaco y en la separación de hojas; la bisinosis (así se llama la neumoconiosis por el polvo del algodón), la siderosis (neumoconiosis por el polvo de hierro), etc., etc." Pero en la segunda columna de industrias se señala "toda industria u operación que exponga a los riesgos de silicosis, industrias y trabajo del carbón y todas las industrias y trabajos donde se producen enfermedades por causa de polvo de naturaleza mineral, metálica, vegetal y animal". Y aquí viene la ampliación técnica que es necesaria, y que creo está en la conciencia científica de la Comisión, pero que yo voy a explicar.

Demos por sentado, primero, que de los distintos elementos pulvulentos que pueden introducirse en el pulmón y producir una neumocosis, prácticamente sólo el silicio, y especialmente el bióxido de silicio, tiene la capacidad nosógena de producir una enfermedad. Por ejemplo, en 1914, la Comisión real inglesa sobre minas, metalúrgica y trabajos de piedra hizo un estudio científico con estadísticas—precisamente las de la Gran Bretaña y sus colonias son las únicas que han valido en la Sociedad de Naciones para el examen estadístico de estos procesos—, negando valor patógeno a todos los demás polvos de inhalación, salvo al bióxido de silicio de la silicosis y en muy raros casos al carbón. Además, la silicosis tiene en la producción de enfermedades el valor extraordinario de que todos los demás polvos introducidos en el pulmón, por el tamaño de sus partículas, que rebasan generalmente ocho micras (ocho milésimas de milímetro), no llegan al alvéolo pulmonar, quedan en vías altas y gruesas respiratorias, en bronquios gruesos y medianos, no alcanzando a las zonas finas broncoalveolares y alvéolo, tejido noble y verdadero del pulmón: se necesita el tamaño de dos a ocho micras, que es el verdaderamente lesivo, porque está demostrado experimentalmente que tamaño menor a micra y media tampoco produce lesión, se reabsorbe, pasa al riego circulatorio y se elimina o localiza en órganos que especialmente el organismo tiene dispuestos para este tipo de defensa. Pues bien: se necesita un tamaño determinado con un mínimo y un máximo. La mayor parte de los otros polvos no llegan a tener el tamaño necesario para llegar al pulmón. Pero, además, hay otro dato importantísimo con relación a la silicosis, y es precisamente el bióxido de silicio—ello está demostrado por Gey y Kettle de manera experimental y comprobado también con datos clínicos nosológicos—produce unos efectos mortificantes, unos efectos necróticos sobre las células alveolares del pulmón que originan un medio de cultivo con variación de la acidez de este tejido, del Ph de este tejido, como ahora se llama, capaz de ser un medio extraordinariamente bueno de cultivo para el bacilo alcohol-ácido resistente de Koch, que no solamente aparece en el pul-



món y abre una puerta de entrada, sino que, además, produce un terreno de cultivo inmejorable para que el bacilo de Koch se fije allí. De ahí la razón científica de cómo la silicosis tiene que ir unida constantemente al proceso tuberculoso; y éste es un dato demostrado por la práctica de todos los que la tengan en estos asuntos: en España hay muchos centenares y algunos millares de enfermos de silicosis.

Acerca de estos otros polvos de tipo vegetal que quedan señalados por indicación del Sr. García, he de fijarme en lo siguiente: en que hay unas enfermedades que, por virtud de esta ley, van a caer dentro de las profesionales y están muy lejos del conocimiento de los no dedicados a estas cuestiones, y muy lejos también del conocimiento de la mayor parte de los médicos. Quiero decir que hay determinados polvos que se inhalan, que producen unas enfermedades que se llaman procesos alérgicos, procesos por sensibilización, y que están fundados en dos factores: uno, interno, propio del individuo, un estado que pudiéramos llamar endógeno o diatéxico, pero que después necesita un factor externo que le condicione y desencadene, que es el producto que se inhala en este caso que se llama alérgeno, productor de alergia o de enfermedades alérgicas. Pues bien: este proceso es frecuente en España, aunque se sonría algún señor de la Comisión. (El Sr. MINISTRO DE TRABAJO: No, Sr. Bermejillo. Escuchamos con mucho gusto a S. S. Ahora bien: yo rogaría al Sr. Bermejillo que, a fin de aprobar hoy el dictamen, acortase un poco su discurso.) Sr. Ministro: yo me pliego a lo que me digan S. S.; pero considero que esto ha de quedar, no por dicho por mí, pues tantas cosas de éstas tengo expuestas en cátedra y en otros sitios, que no me interesa decirlas ahora... (El Sr. MENDEZ: Es que los no profesionales están pensando en comprar un guardapolvos. *(Risas.)* No en un guardapolvos, pero sí en unos tapones para los oídos he pensado yo muchos días cuando se trata aquí de cosas que no interesan. Es preciso que todos estemos en lo que estamos.

Estas enfermedades alérgicas van a tener la consecuencia práctica siguiente: que se van a presentar muchos trabajadores de ganados y de fábricas de harinas con crisis de asma producidas por la caspa y el pelo del ganado, por el polvo de la harina, especialmente si está parasitada, como es frecuente. Es preciso que tengamos previsto el caso, porque habrá que decir que esta enfermedad es poco orgánica y muy funcional, y habrá de considerarse por los Tribunales si ha de estimarse como profesional o no. Esta es la única razón para que yo quiera decir algunas palabras, a fin de dejar sentado el juicio clínico y técnico.

Puede decirse de esta enfermedad que, en su primera parte, es una ecuación: disposición más exposición. Es decir, que puede contraerse por un motivo que no corresponde al patrono ni al trabajo, sino que es de disposición del obrero. Pero si esto es suficiente para no considerar profesional la enfermedad, como cualquier otra enfermedad profesional en más o menos, pudiéramos decir que el organismo del enfermo es el que ha favorecido en buena parte la enfermedad, porque se está viendo, y está al alcance de todos los conocimientos, que en industrias nocivas hay obreros que enferman y obreros que resisten. Luego si algunos enferman porque tienen algo que les predispone, algo que no tienen los otros, la culpa no será del patrono, sino que tendrá que pagar el obrero la mitad por su predisposición. En estas enfer-

medades alérgicas, que han de producir muchas reclamaciones e indemnizaciones profesionales, porque son muy frecuentes, aunque desconocidas de la gente e incluso de muchos médicos, por razón de su fuerza disposicional, no hay causa bastante para dejarlas fuera de las enfermedades profesionales. Además, hay que tener en cuenta que por esa predisposición podrán éstos ser enfermos que entran en una enfermedad alérgica o de sensibilización, con origen digestivo o medicamentoso o por cualquier otra causa; pero si precisamente reúne el enfermo la condición de ser trabajador de una fábrica de harinas y tener crisis de asma, y con el polvo de esa harina se hace la preparación conveniente y la cutirreacción del enfermo es fuertemente positiva para ese polvo generador del proceso, es para mí indudable que el proceso está producido por el ambiente del trabajo, y que este trabajo, por lo tanto, ha originado una enfermedad profesional y debe, por consiguiente, subvencionarse o indemnizarse al enfermo en lo que sea necesario, conforme al daño sufrido.

Esto tiene también importancia, porque se produce en tiendas y almacenes donde se maneja salvado, harina, etcétera. El número de estos enfermos puede ser extraordinario, y en la Facultad de Medicina vemos con cierta frecuencia este tipo de enfermos, que vienen un día y otro día, hasta quedar debidamente diagnosticados.

Es de señalar que en los procesos llamados alérgicos, no sólo trastornos funcionales se pueden producir, sino también procesos lesivos de aparato respiratorio, como demuestra Stalhelin en la autopsia de harineros con intensa peribronquitis sin silicosis. Podemos considerar a este respecto que son alérgenos productores de estas enfermedades los siguientes, según indicaciones del profesor Jiménez Díaz en su clásica obra "Del asma y enfermedades alérgicas": polen y productos vegetales; profesionales (níquel, urisol), caspa, pelo, plumas, polvo de almacenes y gallineros e incluso los alérgenos del clima, y aun a este respecto no debemos olvidar la existencia de antígenos completos los unos y semiantígenos o habtenos capaces de llegar a una desencadenación ellos solos posteriormente. Sin duda que, en relación a las enfermedades profesionales, los obreros en contacto inmediato con esas fuentes de sensibilización y los colocados en tiendas y almacenes capaces de generar polvos alérgicos específicos, comprobables, en su caso, por cutirreacciones específicamente positivas, han de caer dentro de los beneficios de la ley. Otra de las modificaciones que hemos introducido es la del "nistagmus" de los mineros y trabajadores de túneles. Esta enfermedad no venía en el proyecto de ley: viene en algunas leyes extranjeras, que no voy a referir, porque la documentación y las citas se ampliarían entonces extraordinariamente. Es una enfermedad que existe en España; yo, que no me he dedicado a esas cuestiones, he preguntado en varios sitios de nuestro territorio a diversos oftalmólogos, y me han informado que es una enfermedad que se advierte no con mucha frecuencia, pero sí con la suficiente para no desperdiciar la ocasión de que sea introducida en este proyecto. Es un temblor vertical u horizontal de los ojos, a veces persistente, originado por la posición violenta de la mirada mantenido horas y horas en el trabajo de túneles y de minas, y que produce una perturbación de inseguridad de visión y unos trastornos de visión doble (diplopia) y de movimientos e inseguridades, que precisan un reposo a veces prolongado y que suelen dejar trastornos de visión un tanto permanen-





**BANQUETE DE GINECOLOGOS.**—Con motivo de la terminación del presente curso, los miembros de la Sociedad Ginecológica Española se reunieron en fraternal banquete bajo la presidencia del Dr. Vital Aza. (Foto Rico.)

tes. Debía, por lo tanto, puesto que se da en nuestra Patria y está reconocido científicamente que es una enfermedad motivada por el trabajo, ser introducida en esta ley.

Se han introducido la conjuntivitis, la retinitis, queratitis frecuentes y catarata gris, enfermedades producidas en trabajos con intensas fuentes fotógenas, como los de la soldadura eléctrica y autógena, sopladores de vidrio y otros trabajos metalúrgicos; son enfermedades que se dan, sobre todo la conjuntivitis, la retinitis y la catarata gris, y eso lo pueden atestiguar los que visitan a estos enfermos, en los altos hornos. (El Sr. RODRIGUEZ DE VIGURI: ¿Tiene la bondad de explicarnos S. S. qué es la catarata gris?) La catarata gris es una condensación de la parte posterior del cristalino, producida, sin duda alguna, por una precipitación de los coloides que forman ese cristalino por la acción de los rayos ultravioleta, y principalmente, conforme se ha demostrado durante estos dos últimos años, por aquella parte del espectro que se llama infrarrojo o ultrarrojo.

Se han introducido las contracturas de Dupuytren a especial indicación de otro señor de la Comisión y compañero, el Dr. Méndez; contracturas desmógenas producidas por la presión de la mano, que precisan a veces que sean operadas y nunca quedan los enfermos con las manos en condiciones normales para una labor hábil. Se produce en trabajos de presión permanente sobre la superficie palmaria, como son los que realizan los curtidores de pieles, los conductores por camino de hierro, los estampilladores postales y demás trabajos análogos.

En esto nos hemos puesto al nivel—no digo yo esto porque pretenda ponerme al nivel, en esto ni entro ni salgo; bueno es nivelarse en lo que parezca conveniente y desnivelarse en lo que se entienda oportuno—, nos hemos puesto al nivel de la legislación de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, única legislación en la que se señala este tipo de procesos.

Hemos añadido un grupo importantísimo de enfermedades infecciosas... (El Sr. MINISTRO DE TRABAJO pronuncia palabras que no se perciben.) Voy a terminar enseguida; pero si el Sr. Ministro de Trabajo tiene prisa, puedo dejar mi intervención para otro día. (El Sr. MINISTRO DE TRABAJO: No es eso. Lo que digo es que S. S. está haciendo un turno a favor del proyecto.) Es que como protesta S. S... (El Sr. MINISTRO DE TRABAJO: Pero, ¿si yo no protesto; si yo agradezco la intervención de S. S.!—Varios señores diputados: esto es coaccionar...—El Sr. BESTEIRO. No se coacciona: hagan el favor de enterarse SS. SS. Estamos todos prestando la debida atención.—El señor PRESIDENTE reclama orden.) ¿Me permite la Presidencia un momento para calmar los ánimos? Yo, en una cosa tan objetiva y tan técnica, desearía que estuvié-

ramos lo suficientemente bromurizados todos y hasta dormidos algunos para que nos pudiéramos entender bien.

Si el Sr. Ministro de Trabajo tiene, por sus muchas ocupaciones, prisa en que termine, puedo aplazar mi intervención para cualquier otro día. (El Sr. MINISTRO DE TRABAJO: No, no es eso, Sr. Bermejillo; lo que pedía a S. S. es que acortara todo lo que pudiese su intervención, porque lo que está haciendo S. S. es un turno a favor del proyecto. Yo le escucho con mucho gusto, pero desearía que, puesto que no hay oposición y estamos de acuerdo, aprobáramos el proyecto esta noche: como se trata de hacer una cosa útil, lo que interesa es aprobar el dictamen. Por eso yo pedía a S. S. que acortase su discurso todo lo posible para aprobar la ley, incluso en interés de S. S., que la está defendiendo.) Ese será un criterio del Sr. Ministro; entiendo que si los señores diputados—pues las leyes no solamente las votan las Comisiones, los Sres. Ministros y algunos enterados—han de estar siquiera un poco barnizados en estas cuestiones, se han de exponer aquí las razones pertinentes en orden a los dictámenes sometidos a la deliberación de la Cámara, yo tengo derecho a formular las aclaraciones que estime precisas, porque si, para hacer lo contrario, ha de consumirse un turno de oposición, tendremos forzosamente que hablar en oposición siempre. (El Sr. MINISTRO DE TRABAJO: Eso está fuera de tono con lo que he dicho: lo único que yo pedía era que antes de las nueve quedase aprobado este dictamen, en interés de S. S. y mío. Por lo demás, disponga S. S. del tiempo que quiera: puede hacer el discurso.) Si está fuera de tono, Sr. Ministro, yo lo retiro, sin duda alguna, y si la Presidencia lo autoriza, entregaré a la Mesa estos datos para su inserción en el *Diario de las Sesiones*. Así los leerá quien quiera y yo podré, tranquilamente, estudiar estas cosas en mi casa. (El Sr. BUGEIDA: Continúe S. S.)

El Sr. PRESIDENTE: No nos perdamos en la fronda. Continúe S. S., Sr. Bermejillo.

El Sr. BERMEJILLO: Como se quiere aprobar hoy el dictamen, termino tranquilamente, porque, si vamos siquiera una vez juntos y en pro de una cosa, ¿a qué estar discutiendo? Me basta aportar los datos al *Diario de las Sesiones*. Allí, quien lo desee, podrá enterarse de la jurisprudencia que en estas cuestiones sienta la ley. Si la Presidencia me ofrece que puedo añadir estos datos...

El Sr. PRESIDENTE: Puede S. S. añadirlos libremente.

El Sr. BERMEJILLO: Muchas gracias. (El señor SUAREZ PICALLO: Como es una ley que hay que interpretar, siga S. S. diciendo esas cosas tan extraordinariamente interesantes.)

El Sr. PRESIDENTE: No intervenga S. S., Sr. Suárez Picallo, en el diálogo en forma de tercero, que el se-



ñor Ministro y el Sr. Bermejillo ya estaban a punto de llegar a un acuerdo. (*Risas.*)

El Sr. BERMEJILLO: Entonces quedamos en eso, y yo satisfecho, pidiendo, para que no haya más discusión, que se acepte el voto particular por mí presentado. (El Sr. MINISTRO DE TRABAJO: Agradezco su atención, con miras a que se apruebe el proyecto, que a todos interesa, porque es útil para el país.) Y a su disposición, si quiere. (El Sr. MINISTRO DE TRABAJO: Sin disposición de ninguna clase, yo se lo agradezco.) A su disposición... ¿Qué menos puedo decir?"

#### DATOS ADICIONALES AL DISCURSO DEL SR. BERMEJILLO

No sólo en la U. R. S. S. va señalado en su ley las enfermedades infecciosas adquiridas por personal sanitario, sino que también aparece en Austria y en la ley alemana sobre enfermedades profesionales. No se nos escapa cierta dificultad para poder señalar en qué caso ha de ser indemnizable la enfermedad adquirida por motivo profesional en este grupo; pero para evitar ulteriores conflictos en los Tribunales que puedan intervenir en estos litigios, señalamos taxativamente, en la segunda columna (industrias) del proyecto de ley, que se tratará tan sólo de aquellos profesionales de la Sanidad, en contacto sistemático con focos de infección o de material infectante (personal sanitario al servicio de hospitales, sanatorios y laboratorios) y cuyo origen de la infección no puede imputarse a otra actividad fuera de aquélla en que está a sueldo de entidad oficial o particular. Esto guarda relación muy especial con el personal afecto a nuestras leproserías oficiales y que han de asistir a esos cerca de dos mil leprosos que existen en España, con manifiesto riesgo, a pesar de todas las precauciones profilácticas allí utilizadas, de que al cabo del amplio período de incubación de la janseinosi, a veces doce y quince años, puedan presentar manifestaciones inequívocas y difícilmente curables de tan terrible enfermedad.

Hemos añadido también al proyecto las bursitis o inflamaciones de las bolsas serosas y vainas tendinosas; no es una innovación en las leyes de este tipo, puesto que este mismo grupo nosológico viene señalado, con más o menos amplitud, en las leyes de Rusia, Venezuela y Checoslovaquia, y con referencia a esta última quiero señalar que se habla de aquellas bursitis de manos producidas por el manejo de martillos de vacío, que también han de tenerse en cuenta en este apartado de nuestra ley, aunque prácticamente ya aparece favorablemente sancionado dentro de la legislación y jurisprudencia de los accidentes de trabajo. No hemos querido, precisamente por no aparecer de una manera taxativa en las leyes extranjeras que yo he podido conocer, incluir en la que discutimos la ictericia infecciosa o enfermedad de Weil, producida por el espiroqueta icterohemorrágico descubierto en los albores de la guerra europea por los japoneses Inada e Ido; esta enfermedad, que, bien tratada, origina algunos casos de muerte y al menos un proceso que oscila entre tres y cinco semanas de patocronia, se adquiere, y en España hemos visto algún enfermo, por trabajos de alcantarillado y pozos, ya que su germen productor es parásito inocuo para la rata de población y de campo, que infecta con sus deyecciones el suelo y los objetos cercanos, pudiendo, por vía oral, producirse la infección y ser, por ende, adquirida de una manera especial, ya que no única, por ese tipo de trabajos.

Otro grupo interesantísimo de estos procesos, y que tiene dos apartados en nuestra ley, es el de enfermeda-

des metaplásticas producidas por elementos radiactivos o por aquellos otros cuerpos químicos reconocidamente cancerígenos. Son hechos bien demostrados los que fundamentan científicamente estos apartados, y por ello no hemos de extendernos más, si bien es cierto que en igualdad a lo que señala la ley francesa pudiera indicarse el cáncer de los radiólogos, siempre que la labor con aparatos generadores de emanaciones Roentgen y sustancias radiactivas sea exclusivamente de trabajo remunerado y fijo y no de un trabajo que al tiempo se verifique con beneficio exclusivamente particular. Si en este capítulo pudiera señalarse algo relacionado con el cáncer de pulmón, enfermedad de día en día creciente, y que, como las estadísticas van demostrando, no tan sólo depende de un más afinado diagnóstico de estos procesos, sino también de una mayor longevidad, probada de una manera indubitable por las estadísticas de la más importante Sociedad de seguros norteamericana: la Metropolitan Life Insurance, que nos señala que el nivel medio de vida en 1933 era 57,90 años, mientras que en 1911 era de 42,27 menos duración.

Pero, además, y con valor para estas enfermedades profesionales, tienen importancia los datos recogidos por el Prof. Carozzi, de Ginebra, y presentado al Congreso Internacional del Cáncer habido en Madrid en 1933, que señalan cómo la atmósfera en determinadas minas, con materiales radiactivos, producen un estado de radiación permanente en el aire, que llega en muchos casos a un valor medio de 10 U. M. por litro de aire, pudiendo calcular que un minero inhala en un minuto 80 U. M.; en una hora, 4.800 U. M.; en un día, 33.700 U. M.; en un año, 10.080.000 U. M., y en quince años, tiempo no infrecuente de trabajo en una misma mina, 151.200.000 U. M., cifra esta última equivalente a 55 miligramos de cloruro de radio, cantidad más que suficiente para favorecer o desencadenar una perturbación epitelial en el pulmón, que, generando un trastorno en la capacidad oxidativa de las células, según la doctrina hoy en vigor de Warburg, sea el principio de una metaplasia epitelial o cáncer de pulmón. La inhalación de vapores de brea en los trabajadores de la hulla y en los demás derivados cancerígenos de la serie cíclica obenzénica pueden también en repetidas inhalaciones sufrir de tumores pulmonares y ser manifestamente, con rigor científico, considerados como enfermedades profesionales o tecnopatía; no obstante estas razones y otras varias que pudiéramos aducir deponiendo en el mismo sentido, hemos creído prudente no incorporar esta entidad nosológica al proyecto en el actual momento y dejar a la ley alemana y alguna otra los tumores de pulmón que se producen en las minas de cobalto de Schneeberg y Joaquinthal.

Señala el proyecto dermatosis profesionales relacionadas con industrias del cemento y otras análogas y todas las operaciones de trabajo en que se empleen sustancias químicas. No podemos a este respecto olvidar nosotros aquellas dermatosis, sí que, en general, no graves y pasajeras, producidas en los obreros, especialmente del Levante español, y originadas por las excreciones ácidas de las cutículas de las frutas, singularmente cuando inician su descomposición (aquellos que cultivan, recolectan, envasan, transportan y venden frutas). Tampoco a este respecto de las dermatosis debemos olvidar que, no sólo es el factor irritante químico el genético, sino también condiciones ambientales, como ha demostrado Vega Villalonga en la zona hullera de León y en relación a eritemas cutáneos, que llegan a alcanzar cate-



# Fisiología del estreñimiento



Sabido es que las relaciones clínicas del estreñimiento son muy extensas; pero, el estreñimiento en sí no siempre se manifiesta claramente. La actividad visceral, cuyo resultado es la evacuación, puede ser regular en cuanto al tiempo, pero incompleta por lo que se refiere a la cantidad de residuos expulsados. La eliminación parcial, por lo mismo que engaña, puede ser aun más peligrosa que la retención total. Muchos casos de anemia, dolores de cabeza y otras algias, trastornos menstruales, etc., van asociados y aun son debidos exclusivamente a una disminución de la actividad nerviosa, glandular o muscular, con la consiguiente peristalsis defectuosa. \* La "Sal de Fruta" ENO constituye en tales casos un valioso recurso terapéutico. De un modo suave y natural, corrige la atonía intestinal. Por su sabor agradable y refrescante, los enfermos lo toman con placer y muchos médicos lo usan personalmente de una manera regular.

## Sal de Fruta' ENO

MARCA **LAXANTE PURIFICADORA** REGIST. 551

LABORATORIO FEDERICO BONET • APARTADO 501 • MADRID



## DRENOL

ASOCIACION DE SULFATO MAGNESICO  
PEPTONA Y MENTA

Indicadísimo para las afecciones hepáticas y vías biliares en general

INSUSTITUIBLE PORQUE:

- I Es un coagulo intensivo.
- II Efectúa un drenaje biliar continuo, racional y sistemático.
- III Evita el uso de la sonda duodenal.



## DRENOL

Fábrica de Productos Químicos y Farmacéuticos

### ABELLÓ

Vinaroz, 5 y Suero de Quiñones, 16 y 18 (Prosperidad), MADRID

AGENTES EXCLUSIVOS PARA ESPAÑA:

Hijos de HONORIO RIESGO, S. A.

CALLE MAYOR, 7, MADRID

## SANOCAL

Tiosulfato de cal © 3 formas: Granulado, intramuscular e intravenoso © Indicaciones: Tuberculosis, déficit de calcio, anemia, convalecencia, etc.

Ayuntamiento de Madrid



Asociación  
Digitalina - Uabaina

# DIGIBAINÉ

Reemplaza con ventaja la  
Digital y Digitalina

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

**LABORATORIOS DEGLAUDE**  
15, Boulevard Pasteur.-PARIS

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

## CONTESTACIONES

al Programa oficial vigente para **POSITAR** las vacantes de Médico titular  
Inspector Municipal de Sanidad

**EN UNA SOLA OBRA LA PREPARACIÓN COMPLETA**

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

MEDICINA  
CIRUGIA  
HIGIENE  
LEGISLACION SANITARIA

**4 TOMOS**  
**1.600 páginas**

**35 PESETAS LA OBRA COMPLETA : 20 % de descuento a nuestros suscriptores**

## MONOGRAFÍAS

Se encuentran a la venta las siguientes:

	PRECIOS	
	No suscriptores Pesetas	Suscriptores Pesetas
I.—Hemoptisis tuberculosas y no tuberculosas, por el Dr. Valdés Lambea...	2,00	1,60
II.—La demencia precoz, por el Dr. Vallejo Nágera.....	2,00	1,60
III.—Diagnóstico y tratamiento de las dermatosis más frecuentes, por el Dr. Javier María Tomé y Bona (2. <sup>a</sup> edición).....	3,00	2,40
IV.—Los problemas clínicos de la úlcera del estómago, por el Prof. Fidel Fernández Martínez (de Granada).....	2,00	1,60
V.—La blenorragia aguda y su tratamiento, por el Dr. Angel Púlido Martín.	2,00	1,60
VI.—El médico rural ante las distocias más frecuentes, por el Dr. Vital Aza (2. <sup>a</sup> edición).....	3,00	2,40
VII.—Los problemas clínicos del estreñimiento rebelde, por el Prof. Fidel Fernández Martínez (de Granada).....	2,00	1,60
VIII.—La epilepsia, por el Dr. José María de Villaverde.....	2,00	1,60
IX.—El médico práctico ante la difteria y sus complicaciones. Intubación la- ríngea, por el Dr. García Vicente, y Alteraciones de la voz. Laringitis y ronquera, por el Dr. Huarte Mendicosa. (Dos monografías en una.).....	2,00	1,60
X.—El tratamiento del reumatismo, por el Dr. Federico Peco y M. Sellés....	2,00	1,60
XI.—Las helmintiasis intestinales más frecuentes en patología humana, por el Dr. Santiago Larregla.....	2,00	1,60
XII.—Manual de sifiliografía práctica, por el Dr. Javier María Tomé y Bona.	3,00	2,40
XIII.—Tuberculosis: contagio, herencia y constitución, por el Dr. Valdés Lambea.....	3,00	2,40



ría de procesos precancerosos y terminan en algunos casos en un cáncer epinocelular, y en las cuales la influencia actínica del sol de altitud es un factor coadyuvante que no puede despreciarse, pero que tampoco puede desplazarse de ser ambiental en ese trabajo.

Claro es que en nuestra lista de enfermedades existen algunas que la costumbre, ya antigua, ha introducido en nuestra ley y en todas las extranjeras. Me refiero especialmente a la infección carbuncosa, obligatoria, como antes decía, para más de veintitantas naciones por el Convenio de Ginebra de 1925, y digo que esta enfermedad debiera no aparecer, o que, en todo caso, es de esperar su pronta desaparición, no sólo de la lista de enfermedades profesionales, sino también de la nosología clínica, como con la viruela acaece en Alemania y algunas otras naciones, pues es certísimo que si por la Sanidad veterinaria en España se llevara con rigor y extensión suficiente la vacunación de todo género de ganado contra el "bacillus antracis", esta enfermedad desaparecería del ganado y de la raza humana, pasando, por ende, la pústula maligna a la historia de la Medicina; no quiero dejar de señalar tampoco que, prácticamente, esta enfermedad no debe de constituir con los conocimientos modernos procesos de gravedad ni de alguna duración, puesto que recientemente sabemos que el tratamiento de los enfermos carbuncosos resulta específico y el éxito rápidamente y seguramente eficaz con el neosalvarsán, por vía endovenosa.

No quiero terminar sin señalar que entidades particulares y oficiales y personas íntimamente vinculadas al partido del que me honro en formar parte se han ocupado antes de ahora de los enfermos afectados de silicosis pura o con tuberculización. En agosto de 1935, y siendo director general de Minas D. José María Martínez Ortega, se creó con su iniciativa y por Decreto del Ministerio de Industria y Comercio, el Patronato de la Silicosis, integrado por representaciones patronales, obreras, profesionales médicas, Ministerio de Industria e Inspección de Trabajo del Ministerio de este nombre. En esta labor orientadora no puedo dejar de señalar la intervención técnica del Dr. Palanca, diputado entonces de esta minoría. Dicho Patronato dispone de 5.000 pesetas mensuales, que le concede como subvención el Consorcio del Plomo, más un tanto por ciento, que alcanza a 2 ó 3.000 pesetas mensuales, que concede el Sindicato Minero de Linares y La Carolina; la mina de Arrayanes, propiedad del Estado, coadyuva también con 2.000 pesetas anuales. Dicho Patronato llegó a un acuerdo con la Subsecretaría de Sanidad, siendo yo precisamente subsecretario, para reservar 30 camas en los Sanatorios nacionales para los silicóticos tuberculosos (20 en el Sanatorio de El Neveral, en Jaén, y 10, en el de Húmera, en Madrid), y así favorecí también acuerdo semejante con el Centro secundario de Higiene de Linares para la asistencia ambulatoria de los enfermos de dicha zona.

Muy pronto los hechos nos demostraron que era insuficiente aquel Centro para la cantidad de enfermos que demandaban tratamiento, y el Patronato solicitó, y yo gustosamente concedí, 50.000 pesetas de los fondos extrapresupuestarios de la Subsecretaría de Sanidad, y ya que una de sus finalidades es atender a la lucha antituberculosa, para la construcción de un pabellón especialmente dedicado a estos enfermos, actualmente en construcción, y para el cual todos los españoles amantes de estas materias hemos de agradecer al Ayuntamiento de

Linares la cesión de terrenos necesarios. He de añadir un botón de muestra en la valoración de la silicosis en España. Recientemente, en las minas de oro de Rodalquilar, en Almería, han ocurrido unos cuantos casos de muerte, que inquietaron a aquella zona y a la Inspección de Trabajo del Ministerio del mismo nombre, que se ha dirigido al Patronato de la Silicosis para que informe técnicamente de las medidas profilácticas más adecuadas para evitar esta fibrosis pulmonar, que ya antes someramente indiqué de qué manera influye biológicamente en la localización y producción de una tuberculosis, con la que mutuamente se agrava. El Patronato ha elevado un dictamen altamente interesante, y en las minas de Linares y La Carolina se ha comenzado el uso de caretas protectoras, medio mucho más seguro que el humedecimiento de atmósfera, etc., para la evitación de la coniosis silícica; por cierto que, según noticias recientes, he sabido que los obreros utilizan gustosos esta protección y la reclaman en todo caso, considerando yo que esta buena disposición de los obreros es no otra cosa que el resultado de esa propaganda que la lucha científica contra la silicosis ha producido en estos últimos meses, poniendo de relieve y al conocimiento de la más sencilla gente que es enfermedad limitadora de aptitudes y motivo de fallecimiento en muchos casos, y que es preciso prevenir antes que curar.

Esto es, de una manera somera y quizá deslavazada, como cosa mía, algo de lo que acerca de esta interesante ley quería yo decir, esperando del Sr. Ministro de Trabajo la iniciativa de leyes sanitarias y de asistencia de que, con ayuda de la Comisión y el buen propósito que nos anima, ya que no una alta preparación técnica, pudiéramos dictar a España en el más breve tiempo posible.

El Sr. PRESIDENTE: Terminada la discusión de la totalidad, se va a proceder a la de las bases.

Se leyeron, y sin debate fueron aprobadas, las bases I y a la VI.

Leído nuevamente un voto particular del Sr. Julián Gil proponiendo una nueva base entre la VI y la VII (Véase el "Apéndice" ri al *Diario*, número 52.), con la venia de la Presidencia, dijo

El Sr. MINISTRO DE TRABAJO (Lluhi): Se trata de una cuestión puramente reglamentaria, que acepto en principio, porque me parece muy bien e irá incorporada al Reglamento.

El Sr. PRESIDENTE: ¿Está conforme el Sr. Julián Gil?

El Sr. SANCHEZ IZQUIERDO: Ausente el Sr. Julián Gil, y puesto que el Sr. Ministro manifiesta que el espíritu del voto particular irá incorporado al Reglamento, puede darse por retirado.

El Sr. PRESIDENTE: Queda retirado el voto particular."

Leídas las bases VII y VIII, sin discusión fueron aprobadas.

Leída la base IX y nuevamente un voto particular a la misma del Sr. Bermejillo, que fué aceptado por la Comisión, dijo

El Sr. PRESIDENTE: Queda admitido e incorporado al dictamen.

¿Se aprueba la base IX con la incorporación de este voto particular? (*Asentimiento*.) Queda aprobada.

Se leyeron, y sin discusión fueron también aprobadas, las bases X y XI.

Leída la base XII y abierta discusión sobre ella, dijo



El Sr. RODRIGUEZ DE VIGURI: Pido la palabra.  
El Sr. PRESIDENTE: La tiene S. S.

El Sr. RODRIGUEZ DE VIGURI: Lamento que esta discusión se tenga que llevar con tanta prisa, aunque me hago cargo de las razones del Ministro y de la Comisión. (El Sr. FERNANDEZ-OSORIO: No hay prisa.) Si la hay, porque, si no, hubiéramos suspendido esta discusión para continuarla el martes, escuchando el discurso del Sr. Bermejillo, tan sugestivo para los que hemos dedicado parte de nuestra vida al estudio de las cuestiones a que él se refería, que, además, me recordaba aquellos buenos tiempos en que el Instituto de Reformas Sociales, bajo la presidencia que yo indignamente desempeñaba en el año 21, discutió el primero de los proyectos sobre enfermedades profesionales. (El señor FERNANDEZ-OSORIO: A esta base no hay presentada ninguna enmienda.)

El Sr. PRESIDENTE: El Sr. Rodríguez de Viguri, como todos los señores diputados, tiene derecho a hablar sobre la base.

El Sr. RODRIGUEZ DE VIGURI: Estoy hablando sobre la base que se ha sometido a debate, para rogar a la Comisión me explique una novedad que se introduce en la legislación de enfermedades profesionales, que creo es un retroceso sobre la situación actual.

La Sala de Derecho Social del Tribunal Supremo, llevada de un alto espíritu, fué aplicando los preceptos de los accidentes del trabajo a determinadas enfermedades profesionales, a pesar de no estar comprendidas en ningún Convenio ni ley específicamente; así, por ejemplo, en lo que se refiere a la pulmonía adquirida por los obreros que trabajan en cámaras frigoríficas o en la producción de hielo, encontró procedimiento de considerarla como accidente del trabajo, a pesar de existir entre accidente y enfermedad profesional una distinción substancial y profunda, que se refleja, entre otros aspectos, en la atribución de la obligación de indemnizar, no a un solo patrono, sino a todos los que hayan utilizado sucesivamente al obrero.

La Comisión cree que este estado de cosas debe continuar, y me parece acertadísimo, porque estaría mal que los Tribunales quedaran privados de esta libertad de extender a alguna otra enfermedad profesional no prevista la indemnización, atándoles en su iniciativa; pero hace una cosa que me sorprende, al exigir para esto el "previo informe de la Comisión técnica a que se refiere la base X". No se me alcanza cómo puede un Tribunal actuar en la aplicación de un caso concreto, para resolver un pleito, dilitando el fallo y teniendo que oír a una Comisión técnica, que debe ser solamente órgano asesor de la Administración, pero no de los Tribunales de Justicia. Por eso entiendo que obligar al Tribunal a oír el informe de esa Comisión técnica para declarar que algo no previsto en la ley es una nueva enfermedad profesional, es colocar a ese Tribunal en una situación de limitación a su arbitrio, que hoy no tiene.

Por estar seguro de que el espíritu de la Comisión no ha sido retroceder, sino avanzar en el camino de la legislación social, le rogaría que nos explicara que ese informe previo no se refería concretamente a este punto, y que, sin duda, solamente por una inadvertencia ha sido introducido en esta base.

El Sr. MINISTRO DE TRABAJO, SANIDAD Y PREVISION: Pido la palabra.

El Sr. PRESIDENTE: La tiene S. S.

El Sr. MINISTRO DE TRABAJO, SANIDAD Y

PREVISION (Lluhi): No hay inconveniente en suprimir ese inciso, y, por tanto, la base quedará redactada en la siguiente forma: "La lista de enfermedades e industrias contenidas en la base I no obstará para que los Tribunales puedan, como hasta el presente, aplicar a manifestaciones de otras enfermedades derivadas directa, indubitada y principalmente del ejercicio de una profesión, la protección legal establecida para los accidentes del trabajo."

Sin más discusión, hecha la correspondiente pregunta, quedó aprobada la base XII con la modificación propuesta.

Leídas las bases XIII y XIV, sin discusión, fueron aprobadas, y con ellas el dictamen, anunciándose que volvería a la Cámara para su aprobación definitiva.

## SECCION OFICIAL

"GACETA" DEL 7 DE JULIO:

*Ministerio de Instrucción pública.*—Se anula la convocatoria de dos plazas de médicos residentes del Instituto de Reeduación de Inválidos.

*Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión.*—Se convoca concurso entre los 38 aprobados en las oposiciones a otorrinolaringólogos de los servicios provinciales de Sanidad, para proveer otras tantas vacantes.

*Ministerio de Justicia.*—Se halla vacante la forensía de San Clemente, de entrada, para proveer por traslación; instancias, en el plazo de veinticinco días.

"GACETA" DEL 8 DE JULIO:

*Ministerio de Justicia.*—Se hallan vacantes las forensías de:

La Carolina y Mondoñedo, de ascenso, a proveer por traslación; instancias, en quince días.

Nurias de Paredes, de entrada, por turno primero entre sustitutos; instancias, treinta días.

Orihuela y Zamora, de término, por traslación; instancias, quince días.

## GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima: 711,2; ídem mínima, 702,7; temperatura máxima, 31°; ídem mínima, 14,8°; vientos dominantes, ONO. y OSO.

Abundaron las gastroenteritis agudas y las ictericias catarrales; éstas con fiebre algo elevada y de evolución en cuatro o cinco días.

En los niños ya están en apogeo los trastornos digestivos estivales. También otros procesos febriles, principalmente las amigdalitis, que por la elevación de la temperatura repercuten sobre la función digestiva. La importancia de esto está en que los familiares lo atribuyen a un proceso digestivo primitivo y ensayan remedios caseros inadecuados.

## CRONICAS

En verano: Eldoformo.—La terapéutica moderna: Piramidón.—Acido clorhídrico: Acidol-Pepsina.—Contra el tifus y paratífus: Tiforal.—Lean nuestros suscriptores el adjunto encarte de la Casa Bayer.

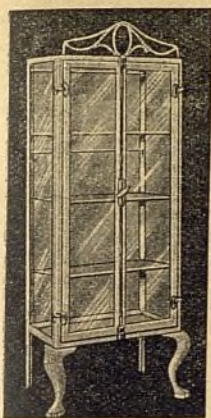
## BARDANOL

Compuesta de extracto de raíces de LAPPAL MAJOR L. y Estafío coloidal.

Laboratorio Gamir, San Fernando, 34. - Valencia

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





Vitrina esmaltada con tres entrepaños estriados. — Dimensiones sin las patas: 100 X 50 X 30 cm. Ptas. 145.

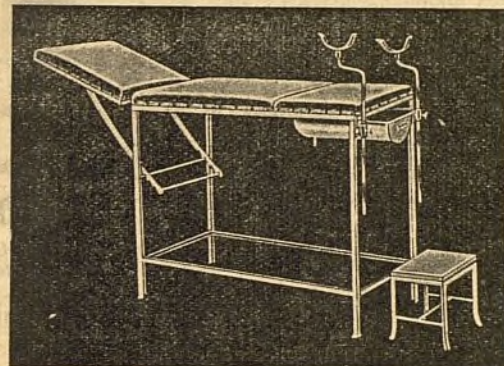
# CENTRO MÉDICO ORTOPÉDICO

**Espoz y Mina, 2, Madrid**

Teléfono 13707

**MOBILIARIO PARA CLINICAS,  
HOSPITALES Y SANATORIOS**

**PRECIOS ESPECIALES)**



Mesa para curas y reconocimiento, de hierro esmaltado con horquillas niqueladas y almohadones de gutapercha.

Ptas. 100.

**Instrumental de Cirugía de las mejores marcas. Completo surtido para todas las especialidades.**

**PIDAN PRESUPUESTOS**

**Si quiere comprar en condiciones ventajosas no deje de visitar esta Casa.**

## Nota de precios de algunos artículos:

	Pesetas		Pesetas
Aguja para inyecciones níquel puro marca Esco.	0,50	Idem ídem íd., 5 cc.....	1,75
Albuminómetro de Esbach, estuche madera.....	2,00	Idem ídem íd., 10 cc.....	2,75
Amigdalótomo Mathieu, tres anillas.....	30,00	Idem ídem íd., 20 cc.....	3,75
Aspirador Potain, completo, con estuche y frasco 500 gramos.....	95,00	Idem ídem des centradas, ídem, 3 cc.....	2,00
Bisturí mango metal, articulado.....	5,50	Idem ídem íd., 5 cc.....	2,50
Bisturí mango metal fijo, clase superior.....	6,50	Idem ídem íd., 10 cc.....	3,50
Cuchillito de Graeffe para ojos.....	9,00	Idem ídem íd., 20 cc.....	4,50
Cucharilla doble, para resección.....	5,50	Lancetas para sangría, vacuna y apostemera...	3,00
Cucharilla con mango, para resección.....	10,00	Oscillophone para medir la tensión arterial, modelo alemán.....	110,00
Cucharilla uterina, de Recamier.....	13,50	Pinzas Pean, articulación Collin, clase superior.	4,85
Dediles goma para reconocimiento (docena)....	1,00	Pinzas Kocher, ídem ídem íd.....	6,00
Dedil de Legue, para un dedo.....	2,00	Pinza tiralengua de Esmarch.....	7,50
Depresor de lengua, de cristal.....	2,35	Pinza curación uterina, recta.....	11,00
Espéculums vaginal de Cusco, articulado.....	18,00	Pinza acodada, para oído.....	5,00
Espéculums para oído, juego de tres.....	4,40	Pinza disección, de 13 c/m.....	3,00
Espéculums nasal de Duplay.....	8,00	Pinza uterina, para descenso, de Schroeder.....	16,50
Espejo laríngeo, sin mango.....	2,50	Portaagujas de Mathieu.....	18,00
Espejo frontal con cinta.....	29,00	Separadores de Farabeuf, juego de dos.....	7,50
Espejo frontal con banda de fibra.....	35,00	Sonda Nelaton, marca Delamotte.....	1,50
Estetoscopio de madera, articulado.....	3,25	Sonda de tejido marca Eynard, cilíndrica.....	2,50
Estetoscopio de madera, fijo.....	3,00	Idem ídem acodada.....	4,00
Estetoscopio de madera, modelo Pinard.....	6,00	Idem ídem acanalada.....	1,35
Histerómetro de Sins, graduado.....	7,00	Termómetro clínico, prismático, corriente.....	2,75
Fórceps Tarnier, último modelo, marca Esculape.	98,00	Idem ídem íd., marca Hicks, legítimo.....	7,00
Guantes goma, clase buena.....	3,00	Tijera recta, articulación Collin, 13 c/m.....	6,00
Guantes Chaput, clase superior.....	14,00	Tijera curva, articulación Collin, de 13 c/m.....	6,50
Jeringas cristal, modelo Luer, sueltas, clase superior, 2 cc.....	1,00	Trócares de cuatro usos, estuche cilíndrico.....	18,50
Idem ídem íd., 3 cc.....	1,25	Valvas Doyen, varios tamaños.....	26,00
		Valvas de Sims, doble.....	19,00



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

**Veigatorio líquido del Dr. Masó Arumí**

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

**Nuevos libros del Dr. Valdés Lambea**

*Jefe de los Servicios de tuberculosis del Hospital Militar de Madrid y Profesor de Fimatology del Ejército*

**Percusión y auscultación del aparato respiratorio**

(Seis lecciones elementales)

8 PESETAS

**Terapéutica fundamental de la Tuberculosis**

(Lecciones para médicos generales y estudiantes)

10 PESETAS

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

**ALMORRANAS**



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

**DE LA GOTA**

**TRATAMIENTO MODERNO  
POR LA TERAPÉUTICA DEL ESTÍMULO**

Obra del Dr. ANAYA, en la que estudia, comenta y resume opiniones de profesores especializados en esta rama de la Medicina, exponiendo su criterio y tratamiento.

Un tomo cuidadosamente editado, práctico y necesario.

5 PESETAS EJEMPLAR.

Haga su pedido al

**APARTADO 121 • MADRID**

- D. Antonio Puertas, pagado fin diciembre 1930.  
D. José Magdalena, ídem íd.  
D. Melchor Laso, ídem íd.  
D. Telesforo Portela, pagado fin marzo 1937.  
D. Joaquín Zapata, pagado fin mayo 1936.  
D. Germán Vicén, pagado fin septiembre 1936.  
D. Gonzalo Lapetra, pagado fin febrero 1937.  
D. Fernando Alonso, ídem septiembre 1936.  
D. Rafael Reig, ídem diciembre 1936.  
D. José María Pueyo, ídem enero 1937.  
D. Ramón Paadín, ídem diciembre 1936.  
D. Fernando Mesa, ídem íd.  
D. Esteban Tello, ídem íd.  
D. Antonio Téllez, ídem íd.  
D.ª María del Carmen Bruguera, ídem marzo 1937.  
D. Jacinto González, ídem diciembre 1936.  
D. Mariano Gómez, ídem íd.  
D. Romualdo Villarroja, ídem junio 1936.  
D. José León, ídem abril 1937.  
D. José Garvía, ídem diciembre 1936.  
D. José Ruiz, ídem íd.  
D. Angel Caro, ídem marzo 1936.  
D. Antonio Cenjor, ídem diciembre 1935.  
D. Vicente Marín, ídem diciembre 1936.  
D. Vicente Noguera, ídem mayo 1937.  
D. Pedro Solanilla, ídem marzo 1937.  
D. Carlos García Mata, ídem diciembre 1936.  
D. Sixto R. Sepúlveda, ídem íd.  
D. B. Rodríguez, ídem íd.  
D. Cirilo T. Pérez, ídem marzo 1937.  
D. Eladio Capilla, ídem fin diciembre 1936.  
D. Angel Soria, ídem marzo 1937.  
D. Carlos Cameno, ídem diciembre 1936.  
D. Santiago Fernández de Velasco, ídem íd.  
D. Antonio Revilla, ídem abril 1937.  
Colegio Oficial de Practicantes, ídem diciembre 1936.  
D. Bernardino García, ídem septiembre 1936.  
D. Diocleciano Gutiérrez, ídem diciembre 1936.  
D. Benito Cuadrillero, ídem íd.  
D. Joaquín Velilla, ídem íd.  
D. Leonardo Velasco, ídem íd.  
D. Carlos Torres, ídem íd.  
D. Luis Vela del Campo, ídem fin de abril 1937.  
D. Antonio Niño, ídem fin diciembre 1936.  
D. Enrique de Mingo, ídem íd.  
D. Alfredo Terrón, ídem íd.  
D. José David Castro, ídem íd.  
D. Francisco Aguilar, ídem fin febrero 1937.  
D. José de la Peña, ídem diciembre 1936.  
D. José Alonso Rodríguez, ídem íd.  
D. Manuel Ruiz Espinosa, ídem íd.  
D. Arcadio Pont, ídem íd.

(Continúa en la página siguiente.)

**○ 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! Pedido en Panaderías y establecimientos de régimen.

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



otra la fecha de la visita, el número de clientes vistos al día y los honorarios. El cuaderno comienza el 20 de noviembre de 1869 y termina el 18 de octubre de 1871, si bien al comienzo de algunas cartas se encuentran anotadas un cierto número de visitas que nos hacen suponer que Clemenceau comenzó a ejercer los deberes de la profesión al comenzar el mes de noviembre. Los precios de sus visitas oscilan entre 2,50 y cinco francos, y a este respecto, Jayle hace un estudio de sus ganancias, que considera remuneradoras para el país y la época. Por la verificación de algunas operaciones cobraba 50 francos para él y 10 para el compañero que le ayudaba. Analiza acto seguido los detalles de las cuentas presentadas a varios clientes, poniendo en evidencia lo ordenado que Clemenceau era y hasta dónde llegaba su meticulosidad y generosidad, ya que como muchas veces podemos observar en su cuaderno, anulaba sus notas de honorarios. Y es así, merced a este cuaderno sencillo, como muchos hombres que han dedicado biografías al gran político, que tanto amó a la hermosa tierra de Francia, han podido hacer un com-

mientos de 1789 inflamaron su ardiente imaginación, y el dolor que sintió cuando su padre fué condenado a la guillotina por el Tribunal revolucionario de Lyon no alteró su íntima con-

## CARABAÑA: el mejor purgante

vicción de que un vínculo estrecho unía estas dos ideas: revolución y civilización. Sólo este hecho basta para demostrar la amplitud de su espíritu.

Sus múltiples dotes intelectuales orientaron a Ampère hacia el estudio de numerosas ramas de la ciencia. La Botánica, y más tarde las Ciencias Naturales, le interesaron durante algún tiempo. Habiendo adquirido grandes conocimientos de griego y de latín, se ocupó un poco de literatura, pero sus esfuerzos se limitaron, en este dominio, a escribir algunas poesías, tragedias y comedias.

Abandonando la compañía de los literatos, Ampère volvió a la física y a la química. El libro en que Lavoisier exponía sus nuevas teorías produjo en Ampère una impresión profunda, considerando, en adelante, a este sabio, como su verdadero maestro.

En 1801 Ampère era profesor de Química en la Escuela Central de Ain, pero su amor a las matemáticas le hizo aceptar el cargo de profesor de esta asignatura en Lyon.

La erudición y la inteligencia de Ampère llamaron poderosamente la atención en 1806, fué nombrado secretario de la Oficina Consultiva de Artes y Oficios. Dos años más tarde era Inspector general de Enseñanza superior y, poco después, profesor de la Escuela politecnica. En 1814, Ampère obtenía la cátedra de Física en el Colegio de Francia y entraba en el Instituto.

En aquel momento estaba en la plenitud de sus facultades intelectuales. Durante esos años fecundos descubrió la electrodinámica y demostró, de un modo irrefutable, que no se puede separar el magnetismo de la electricidad. En 1820 inventó el galvanómetro, instrumento destinado a medir la fuerza de la corriente eléctrica. Se puede decir que los trabajos de Ampère han servido de base al descubrimiento de la electroterapia y de la radiología.

Durante los últimos años de su vida dió muchas conferencias en todas las ciudades de Francia, sucumbiendo en uno de estos viajes. Su organismo,

agotado por el esfuerzo, no pudo resistir a una enfermedad que contrajo el 10 de junio de 1836; expiró en Marsella.

El pasado mes de marzo celebró Lyon con gran pompa el centenario de la muerte de Ampère. A la exposición sobre electricidad, que con este motivo se organizó, acudieron eminentes sabios de todos los países, rindiendo un piadoso homenaje a la memoria de su precursor.

## ¿Demasiado médicos?

Un amigo me ha contado el caso: después de la revolución de octubre, una Empresa de transportes públicos de Madrid reemplazó a parte de su personal obrero; y entre los que se han quedado sin trabajo figuran algunos hombres que cursaron en Universidades.

—Uno de ellos—me ha dicho mi amigo—es doctor en Medicina. Sin embargo, se vió forzado a pedir ocupación de trabajador manual. Y ha venido ganando nueve pesetas diarias. Está desesperado al verse en el arroyo. ¿Qué harán él, su madre y su hermana? Vivían en un sotabanco. Ves-

## CALCINHEMOL ALCUBERRO

Poderoso antianémico

ALCALA, 88. — MADRID

tían con humildad. Pero no les faltaba pan y techo. Ahora...

\*\*\*

Y un periodista médico a quien hablé de ello, me dijo así:

—No está solo en su infortunio ese Doctor de doctorado inútil. Hay en Madrid bastantes colegas suyos que se ganan la vida con actividades ajenas en absoluto a sus estudios y grados. ¿Falta de vocación? No: falta de enfermos. Cada día extienden más su radio de acción las Sociedades llamadas benéficas. Por una pequeña cuota mensual ofrecen servicio médico, medicinas, con inclusión de específicos, asistencia a partos y entierro decoroso. Algunas poseen clínicas bien instaladas, donde operan a sus asociados. Y todas tienen consultas a horas fijas. Casi toda la clase obrera pertenece a ellas. Y la pequeña clase media ha seguido el movimiento. ¡Y qué explosión más tremenda la que sufren, en algunas de esas entidades, los pobres galenos, propietarios de la profesión, que, obligados por la necesidad, se resignaron a ingresar en sus cuadros! Por contados cientos de pesetas al mes han de servir zonas extensísimas. Se pasan el día recorriendo calles y plazas, subiendo escaleras, penetran-

## S A R N A

Cúrase con SULFURETO CABALLERO

pleto estudio sobre su vida de médico. El artículo, como el anterior, que ya trajimos a estas columnas, va ilustrado con fotografías del precitado carnet de notas.

(De La Presse Médicale.)

## Los Maestros de la Ciencia

ANDRES-MARIA AMPERE

(1775-1836)

Ampère era hijo de un industrial liónés, el cual, una vez adquirida su fortuna, se retiró al campo, dejando a su hijo en la ciudad para que prosiguiese su educación. Este se consagró con pasión al estudio de las matemáticas y del álgebra. Las extraordinarias cualidades del joven Ampère llamaron la atención del abate Daburón, que le inició en el estudio de los cálculos diferenciales y de otras materias igualmente áridas. Sin embargo, la memoria de Ampère y el entusiasmo con que trabajaba triunfaron pronto de estas dificultades, evolucionando con facilidad en el dominio de la ciencia. También halló tiempo para estudiar las artes.

La Revolución francesa tuvo una profunda repercusión en la vida de Ampère. Los sangrientos aconteci-

TONICO DEL  
SISTEMA  
NERVIOSO  
NEVROSTHENINE





do en zaquizamfes, ascendiendo a buhardillas, bajando a sótanos, presenciando frecuentemente cuadros de atroz miseria, luchando con su conciencia, que les ordena recetar productos caros y con las órdenes secretas que han recibido y que se lo prohíben...

"Cuando llegan a sus casas, a las nueve o diez de la noche, aspeados, hambrientos, mareados, les aguardan nuevos avisos, en su mayoría urgentes. ¡Y ay de ellos si los desdennan! La reclamación airada a la Administración de la Sociedad puede determinar un expediente o un despido... ¡Y son tantos los que, declarados super-numerarios sin sueldo, esperan vacante! ¡Es tan dura la competencia! Hay que tener contento al enfermo y a su familia, visitarlo muchas veces, probar, no sólo que se poseen los conocimientos indispensables, sino que se añade a ellos un celo vigilante y una admirable abnegación. ¡Y todo por un estipendio mezquino!..."

"¡Oh! — prosiguió —. Todos estos pobres mártires aceptaron resignados tan crueles comienzos porque creían que no tardarían en darse a conocer. Pero los años pasan y no llega la clientela que paga bien y molesta poco. Unas docenas de afortunados acaparan al enfermo rico y aprensivo. Unos centenares de luchadores veteranos viven de las migajas que caen de la mesa del médico de automóvil y piso de lujo. Y los demás — ¡mil, dos mil? — se refugian en las Sociedades de cuota, en los servicios gremiales, en las clínicas de barrio sostenidas por suscripción o huyen a los pueblos en busca de una titular. Pero muchas ve-

no juegan, ni gritan ni ríen. ¿Cómo se pagará el alquiler, y el teléfono, y los plazos del instrumental? ¿Cómo se seguirá fingiendo una pasable medianía? Y, al cabo, surge el drama: el doctor parado sale en demanda de tra-

**Estreñimiento:** Supositorios Evacu-  
til Rivalta. De eficacia  
infalible. Prospectos gratis

Preparación de óvulos y supositorios.  
Rambla Cataluña, 44.—BARCELONA

bajo, de cualquier trabajo, porque las necesidades apremian. Se dejará entre las zarzas de su calvario la altivez, la ambición y el terno burgués y el gá-bán mismo. Le embargarán los muebles. Y se esconderá con los suyos en un buhardillón de una calle de quinto orden..."

\* \* \*

¿Hay demasiados médicos? ¿Es que la socialización de la Medicina está ganando ya sus postreras batallas? ¿Es que las ciudades tentaculares disputan al agro el personal facultativo, reteniendo a éste con sus promesas engañosas de una posición estable?

Todo contribuye al fenómeno. Y la realidad es que son muchos los médicos madrileños que no logran ejercer, o que se conforman, mal de su grado, con ganancias mínimas. ¿Qué de extraño tiene que algunos se hayan visto obligados a vestir la blusa? El proletariado de la inteligencia ve aumentadas sus filas a cada promoción universitaria con reclutas nuevos. ¿Cómo se remediaría el mal?

Piden muchos que se cierren provisionalmente las Facultades de Medicina. ¿No sería más lógico y humano que el Estado, adoptando para sí el lema de que "más vale prevenir que curar", abriera nuevos horizontes a las juventudes médicas?

"FABIAN VIDAL."

(La Voz de Galicia. Coruña.)

ANTE UN PANTEÓN

## INCERTIDUMBRES

POR

WENCESLAO BORRACHERO

El esplendor de este muro  
de estructura señorial  
y fondo inquisitorial  
tiene un dejo de antro oscuro.

Es el lugar más seguro  
contra la vil asechanza,  
porque a los muertos no alcanza  
la torpe intriga insidiosa  
que la capción envidiosa  
convierte en mundial matanza.

Los que en la vida lucharon  
con vil rencorosa intriga  
depusieron su enemiga  
cuando a la tumba bajaron.

Los más hostiles trocaron  
sus insidias, sus rencores  
y cruentos sinsabores  
que la ruin envidia encona  
por la mágica corona  
de alabanzas y loores.

Entre la muerte y la vida  
no hay espacio dilatorio  
ni punto separatorio  
de una extensión definida.

Intimamente va unida  
la trama activa a la inerte,  
pues de súbito se advierte,  
sin cronológica prueba,  
que es la vida la que lleva  
entre sus mallas la muerte.

Vemos que no es el morir  
transitorio dormir,  
sino un dormir sin cesar,  
sin respirar ni gemir.

Debémonos persuadir  
que sólo suena la hora  
del bullir madrugadora,  
de luz, de color, de ruido,  
en un cerebro dormido  
con su mente soñadora.

Despierto, aunque receloso,  
hice de valor derroche  
en el campo, a media noche,  
ante un silencio medroso.

Invoqué, amante y piadoso,  
de mis padres la presencia,  
que fué amenguar mi creencia,  
y, en cambio, distintas veces  
los vi y hablamos con creces  
soñando mi subconsciencia.

## OPTOBALSAN

(Optoquina y balsámicos)  
I N Y E C T A B L E

Espiritistas creyentes  
de transmigración posible  
ven la aparición factible  
con sus normas atrayentes.

Con la fe de impenitentes  
buscan un «medium» que asista  
a la tétrica entrevista,  
y acrecienta su ilusión  
la fantástica creación  
de su fuero espiritista.

Un ente abstracto, ilusorio,  
incorpóreo, inaccesible,  
no encuentra atracción posible  
para mostrarse notorio.

Y en el dudar transitorio  
que la mente no concibe,  
no ve claro el que esto escribe,  
y al dudar da como enseña  
que sólo vive el que sueña  
y sólo sueña el que vive.

Illescas, julio 1936.

## Jarabe Bebé. - Tetradinamo. - Septicemiol. - Purgantil (Jarabe de Frutas)

(Véase anuncio, página XVI)

ces no consiguen ni empleo fijo ni el modestísimo hueco lugareño.

"Y se quedan en Madrid, esperando inútilmente mejores días, cultivando amistades de boticarios de arrabal, visitando gratis a porteros y dependientes de comercio, soportando privaciones inauditas, ocultando con doloroso orgullo el estrago que la miseria decente hace en sus hogares, que tal vez fundaron confiados en un triunfo próximo... ¡Oh, las tardes de la consulta dentro del propio domicilio, en esas horas de tres a seis que una placa, colocada sobre la puerta, anuncia al transeúnte abstraído y presuroso!... Transcurre el tiempo y no suena el timbre. Nadie se acuerda del pobre médico sin fama, que aguarda, primero impaciente, luego torvo, al fin desengañado y sombrío, la llegada del enfermo que quiera trocar dinero por salud. Y la esposa llora, y los niños



Manuel Cobian

Q. V. Don Ant. Bernal. M.  
nro. honor. Padre. Mañana del 20.  
Buenos días. Me he acordado con la Real  
de la Habana con el nro. Sr. D.  
de nro. y punto a la R. P. D.  
U. M. dice que de los decaídos  
los que legalmente corresponden, e.  
acorda que desde los de Mayo  
de mil ochocientos dos, sus nobres  
al un y geraris de la facultad  
de Medicina habiéndolo visto  
to a la clase de Termino Salvo  
que abra en propiedad y por su  
nro. la calidad de su tenencia de  
la Real y Pontificia Universidad  
de la Real, con la grado de  
Licenciado y Doctor en su arte de  
Medicina y sus nobres en  
nro. y nro. sus nobres en  
nro. D. D. Mañana del 20.  
de la Real y Pontificia Universidad

Extremos escriturados y autógrafo del Dr. D. José Antonio Jarusco, del documento en el que aspiraba a la conce

cisco de Paula Gutiérrez, paladín entusiasta, junto a sus vacunaciones públicas en la ciudad de La Habana.



En 20 de diciembre de 1829 alcanza el alto grado de Ayudante Director en La Habana, interino, para poseerlo en propiedad desde el 20 de mayo de 1842. Es vicedirector del Cuerpo de Sanidad de la Armada en 9 de agosto de 1847, retirándose del servicio activo, por edad, en 16 de febrero de 1855.

Este ilustre médico de la Armada, que llegó a vivir hasta los ochenta y cuatro años, laboró por la sanidad de Cuba desde sus múltiples destinos, pues su vida profesional la vinculó a los intereses navales y particulares de la Isla.

Otro de los médicos de la Armada que se mencionan en los trabajos que dieron por resultado la propagación del fluido vacuno en La Habana, es *Don Francisco de Paula Gutiérrez*, que alcanza a la categoría de primer profesor médico cirujano del Cuerpo.

Sentada plaza de colegial de Cádiz, en 13 de agosto de 1794, habilitado de segundo cirujano en 23 de septiembre de 1800, y en propiedad en 7 de febrero de 1801, tras llenar cometidos de su clase a bordo, en febrero de 1804, aparece en La Habana, uniéndose a los entusiastas de Romay y de su jefe Cózar, en consorcio también con Pérez Cartillo, su compañero de Cuerpo, para realizar aquellas sesiones públicas de vacunación, que tanto arraigo dieron en el fomento de la profilaxis jeneriana.

En 24 de julio de este año pasa destinado al depósito de la escuadra fondeada en la bahía de La Habana, y el 15 de septiembre embarca en la corbeta "Desempeño".

Ha de mantenerse algún tiempo y en épocas diversas en el depósito de la escuadra (en 1806, 1807 y 1814), alternando con otros menesteres que la realidad del momento exigían.

Salvo dos ocasiones que queda agregado a las "Matriculas" (en 1816 y 1826), sirvió el destino afecto al

depósito de la Escuadra, instalado en varios buques (desde 1825, en la corbeta "María Isabel").

Fué Primer Médico desde el 2 de junio de 1810, y dos años después (en 19 de abril de 1821), se le conceden los servicios de tierra exclusivamente.

En solicitud fechada en La Habana en 25 de mayo de 1936 (una vez retirado del servicio por disposición de 12 de diciembre de 1834), consta su petición de "volver a la clase de vivo", con asienación al Apostadero de La Habana, no conociéndose si fué o no denegada.

Esta página condensada de los servicios de Gutiérrez muestra el sinnúmero de ocasiones en que sirvió en dicho Apostadero, viviendo y profesando con actividad en todas las vicisitudes ocurridas en el mismo.

Al lado del Dr. Romay, otros facultativos, además de los mencionados, le ayudaron en la ardua tarea de proporcionar la vacuna, en un orden más secundario. Coadyutores suyos fueron Don Juan Pérez Delgado, Don José Bohorquez, Don Andrés Terriles, Don Francisco Martínez, Don Marcos Sánchez Rubio y Don Manuel Hernández.

Nuestras pesquisas sólo han dado resultados positivos en cuanto al primero, dada las relaciones profesionales que ejerció en algún tiempo en ambientes sanitarios de la Armada, al igual de lo acontecido al propio Dr. Romay. Como éste, el Dr. Don Juan Pérez Delgado llegó a ser médico agregado a los Hospitales de Marina, según los datos que podemos aportar.

En un principio, el Dr. *Don Juan Pérez Delgado* estuvo asignado como médico auxiliar en dichos Hospitales, concediéndosele la interinidad en la plaza de primer médico en ellos con fecha de 20 de junio de 1707, al ser separado, primero, y fallecido, después, el Dr. Don Matías Cantos.

Este dato se deriva de un voluminoso expediente que radica en el Archivo del Ministerio de Marina, entablado judicialmente por varios médicos contra el ministro



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

**Médicos Madrileños Famosos**

Biografía y bibliografía de médicos ilustres nacidos en Madrid y su provincia

Prólogo de D. PEDRO DE RÉPIDE  
Cronista de la Muy Noble, Muy Heroica y Excelentísima Villa de Madrid.

EL SIGLO MEDICO ha editado cuidadosamente esta obra del Dr. Alvarez Sierra. Es un tomo de 300 páginas, con numerosos grabados estampados en magnífico papel couché y elegantemente encuadernado.

PRECIO DEL EJEMPLAR: 14 PESETAS

Para los suscriptores de EL SIGLO MEDICO  
20 por 100 de descuento

- D. Ignacio Caverio, pagado fin diciembre 1936.
- D. Manuel Andrade, ídem íd.
- D. Manuel de la Rica, ídem íd.
- D. Silverio Abad, ídem íd.
- D. Manuel Sánchez Sarachaga, ídem íd.
- D. Antonio Panedas, ídem íd.
- D. Máximo Manzano, ídem íd.
- D. Celestino Romera, ídem íd.

● Adquiera usted la colección de Monografías editadas por

EL SIGLO MEDICO ●

**ANALISIS**

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

Laboratorio del Dr. E. ORTEGA

Sucesor del Dr. CALDERON  
Carmen, 12.-Madrid

FUNDADO EN 1866

EL MEJOR LIBRO DEL ILUSTRE DOCTOR  
**Don MANUEL MARTIN SALAZAR**  
Ex Director general de Sanidad, Académico de la Nacional de Medicina, etc.

ES SU OBRA SOBRE HIGIENE

**INMUNIDAD**

(Con un folleto del Dr. Marañón)

20 pesetas ejemplar, libre de gastos  
Pedidos al Apartado 121 - Madrid

- Dr. Motas, ídem fin diciembre 1936.
- D. Luis Bolívar, ídem íd.
- D. Andrés del Río Lourido, ídem fin mayo 1937.
- D. Faustino Riesgo, ídem fin diciembre 1936.
- D. Joaquín Zapata, ídem fin agosto 1936.
- D. Bautista Luque, ídem fin diciembre 1936.
- D. Eugenio López, ídem íd.
- D. José Antonio García, ídem íd.
- D. Agustín Novo, ídem íd.
- D. Recaredo Ariño, ídem íd.
- D. Victoriano Agut, ídem íd.

(Continuará)

**EL PROBLEMA MEDICO-SOCIAL DE LA TUBERCULOSIS**

PARA MÉDICOS Y PROFANOS

POR EL

**Dr. TOMAS DE BENITO**

(Dispensario "Amparo Landa")

Precio: 7,50 pesetas :: Pedidos al Apartado 121

- D. Celedonio Gutiérrez, ídem íd.
- Casa de Salud Valdecilla, ídem fin marzo 1937.
- D. Pedro Sicilia, ídem diciembre 1936.
- D. Leopoldo Fernández Silva, ídem fin marzo 1937.
- D. José Alvarez Nóvoa, ídem fin diciembre 1936.
- D. Gregorio González Ruiz, ídem íd.
- D. Jesús Sánchez Jiménez, ídem íd.
- D. Benjamín Usón Bandres, ídem íd.
- D. Manuel Anciola, ídem íd.
- D. Guillermo Jiménez Soto, ídem íd.
- D. Aurelio Sáiz Aldama, ídem íd.
- D. Francisco Gutiérrez, ídem íd.
- D. Juan José Zabala Miniaque, ídem fin febrero 1938.

HIGIENE DE LOS OJOS



**OFTALMOL**

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

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

EL FRASCO LLEVA UNA BANERITA

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

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



*Hermosa Municipal P. Mayo*

# HAPTINOGENOS

“M É N D E Z”

## NEUMO

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

## GONO

Blenorragia. Metritis. Pelviperitonitis. Artritis.  
Orquitis. Cistitis Prostatitis.

## ECZEMA

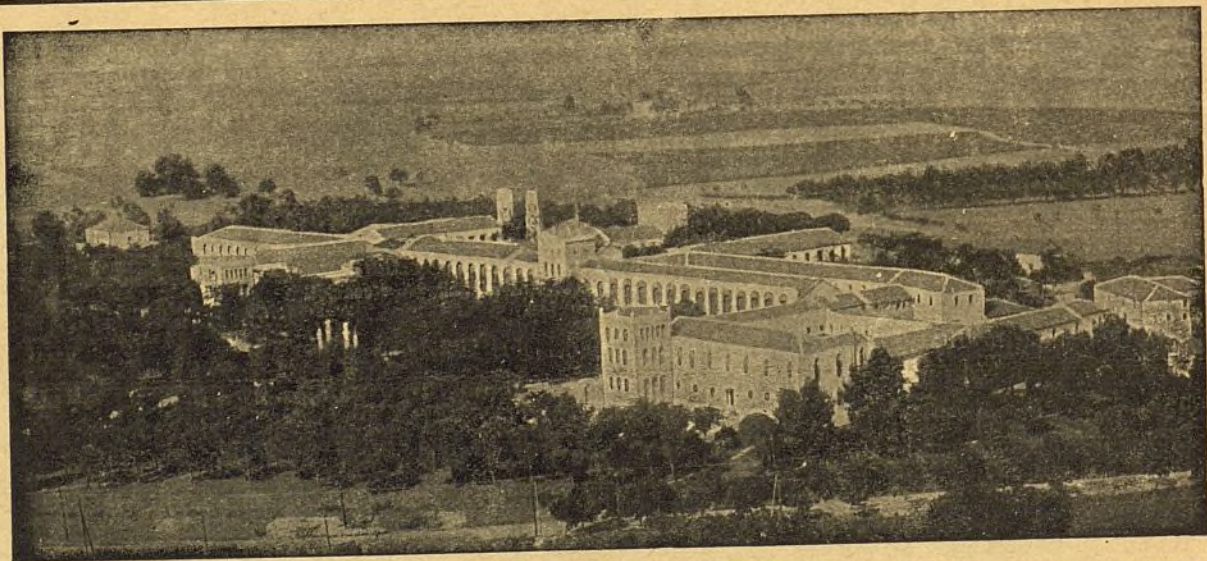
Curativo del Eczema agudo y crónico.

## ESTAFILO

ANTIPIOGENO.—Anginas. Acné. 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.**



## 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