

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

Núm. 4.260.—Tomo 96

AÑO OCHENTA Y DOS

3 Agosto 1935



SOLUCIÓN FUMOZE

Clorato de Magnesía
al décimo

CORIZA

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

NEOPLASMAS

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

(Muestra y Litteratura sobre pedido)

ETABLISSEMENTS FUMOZE, 78, Faubourg Saint-Denis, PARIS

Hygiene de la Mujer

POUDRE CHAUMEL

(Polvos Chaumel)

DESCONGESTIONANTE
ANTISÉPTICA
SUAVIZANTE



Etablissements FUMOZE
78, Faubourg St-Denis, Paris

PRIMERA DENTICIÓN

JARABE DELABARRE

Facilita la Salida de los Dientes

Calma los Dolores del Niño

Evita los Accidentes de Dentición

En suaves Fricciones
en las Encías

Establecimientos FUMOZE
78, Faubourg Saint-Denis, Paris



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

Ayuntamiento de Madrid

BIFOSFOTIOCOL TOSES Y CATARROS

ALMORRANAS



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

Lanierías y Colchonerías MALDONADO

Casas especializadas en el servicio de
SANATORIOS ♦ PREVENTORIOS
DISPENSARIOS, etc. ♦ ♦ ♦

Leganitos, núm. 27 - Teléfono 13888

Sucursal: Fuencarral, 48-Teléfono 11842

TALLER MECÁNICO de VAREO de colchones
Bola, núm. 12 - MADRID

IODASA BELLOT

Solución titulada de IODO
PEPTONA - BELLOT

SIN IODISMO

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

Dosis media: Niños, de V a XX gotas.
Adultos, de X a L gotas.

Escrófula, raquitismo, artritis, reumatismo, arterioesclerosis, enfermedades del corazón y de los vasos, asma, enfisema, linfatismo, bocio, infartos glandulares, obesidad, sífilis.

LA IODASA se prepara en España
desde el año 1907.

F. BELLOT-Antonio López, 163
MADRID

DERMATOSIS INFANTILES

desaparecen rápidamente con

DEPURATIVO INFANTIL CABALLERO

de sabor agradabilísimo.

PASTA POROSA CABALLERO (Dermatitis rezumantes).

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

Médicos Madrileños Famosos

BIOGRAFÍA Y BIBLIOGRAFÍA DE MÉDICOS
ILUSTRES NACIDOS EN MADRID Y SU PROVINCIA

PRÓLOGO DE DON PEDRO DE RÉPIDE

Cronista de la Muy Noble, Muy Heroica y Excelentísima Villa de Madrid

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

Precio del ejemplar, 14 pesetas.



Para los suscriptores de EL SIGLO MÉDICO
50 por 100 de descuento.

Ayuntamiento de Madrid

7.º Las Inspecciones provinciales de Sanidad remitirán con urgencia los proyectos de los citados presupuestos de Institutos, una vez aprobados por las respectivas Juntas administrativas, sin esperar a la confección definitiva de los de la Mancomunidad sanitaria de Municipios, en atención a la necesidad de no interrumpir la buena marcha de los Institutos en sus relaciones con los Servicios centrales y de Sanidad interior.

8.º Teniendo en cuenta que los presupuestos municipales tienen una vigencia que abarca todo el año, y que ocasionaría una perturbación en la economía municipal modificar la cuota con que contribuyen los Ayuntamientos al sostenimiento del Instituto, figurará la misma que se consignaba en los actuales presupuestos; y

9.º Al formularse el proyecto de presupuesto del Instituto provincial de Higiene, se tendrá presente que el 1 por 100 del mismo se ingresará para los fines administrativos de la Mancomunidad sanitaria provincial señalados en la base 16 de la ley de 11 de julio de 1934.

Gaceta del 28 de mayo.

trísimo Sr. D. Víctor María Cortezo y Collantes, don Enrique Bardají López, D. Pedro Blanco y Grande, don Jesús Molinero Manrique, D. José María Marín de Bernardo, D. Laureano Albaladejo García y D. Antonio María Vallejo de Simón.

Servicios de la Inspección general de Sanidad.—Don Federico Mestre Peón, D. Manuel Torres Grima, don Eduardo Pascual López, D. Sadí de Buen Lozano, don Julio Orensanz Toronjé, D. Santiago Ruesta Marco y D. Manuel González Ferradas.

Servicios de Enseñanza e Investigación.—D. José Alberto Palanca y Martínez Fortún, D. Gustavo Pittaluga y Fattorini, D. Manuel Tapia Martínez, D. Francisco Ruiz Morote y D. Eliseo de Buen Lozano.

* * *

Este Ministerio ha tenido a bien disponer lo siguiente:

1.º Sin perjuicio de las atribuciones y jurisdicción que corresponde a la Dirección general de Sanidad y a las autoridades directamente dependientes de ella, en cuanto se refiere a la higiene y sanidad de transportes, el Ayuntamiento de Madrid ejercerá, a través de sus funcionarios técnicos y dentro de su demarcación territorial, la inspección y vigilancia sanitaria de los medios urbanos de transporte (tranvías, auto-taxímetros, autobuses, carros de mudanzas), exceptuándose los que se encuentren sometidos al régimen de ferrocarriles y aquellos que en su recorrido normal salgan del término municipal de Madrid.

2.º Se autoriza al Ayuntamiento de Madrid para realizar con sus propios elementos, dentro de las condiciones y requisitos señalados en las disposiciones vigentes, el saneamiento reglamentario de los vehículos y locales comprendidos en el apartado primero de esta Orden, o bien para encomendar este servicio a cualquiera de las empresas autorizadas al efecto por este Ministerio, sin perjuicio de la libertad de todo particular o empresa de contratar el saneamiento de sus vehículos y locales directamente con cualquiera de las entidades autorizadas.

3.º La Dirección general de Sanidad designará a uno

de los Inspectores de Sanidad de transportes para que establezcan el enlace entre ella y el Ayuntamiento de Madrid, en lo que se refiere a este servicio.

Gaceta del 28 de mayo de 1835.

Ó R D E N E S

Ilmo. Sr.: Con el fin de unificar la redacción de los presupuestos previstos en el Reglamento de la ley de Coordinación Sanitaria, aprobado por Decreto de 14 de junio actual,

Este Ministerio ha tenido a bien acordar lo siguiente:

1.º Las Inspecciones provinciales de Sanidad someterán a las Juntas de las Mancomunidades sanitarias provinciales los proyectos de presupuestos, con carácter transitorio, correspondientes al segundo semestre del año actual, en los que figurarán las dotaciones de los servicios propios de dichas Mancomunidades, con la estructura que para los mismos está prevista en los artículos 33, 34 y 35 del Reglamento económicoadministrativo correspondiente. Una vez aprobados dichos proyectos de presupuestos, se remitirán por duplicado, antes del día 10 del próximo mes de julio, a la Subsecretaría de Sanidad y Asistencia Pública, para su aprobación definitiva por el Excmo. Sr. Ministro de Trabajo, Sanidad y Previsión, comunicándose después telegráficamente, por conducto de la Dirección general de Sanidad, la aprobación o denegación de dichos proyectos de presupuestos a los presidentes de las respectivas Mancomunidades, a 25 del mes de julio próximo, en el *Boletín Oficial* de cada provincia, para su vigencia y conocimiento de los Ayuntamientos interesados.

2.º Los créditos pendientes en 1.º de julio próximo a favor de los Establecimientos sanitarios del Estado y funcionarios sanitarios municipales no se consignarán en este presupuesto semestral en su apartado 8.º, como establece el artículo 34 del Reglamento económicoadministrativo, ya que su exacta valoración detendría la for-

la Sección de Personal de la Dirección general de Sanidad, y por otra parte, una propuesta de la Inspección provincial de Sanidad respectiva con las vacantes que deben ser amortizadas después de los acoplamientos de escalas correspondientes, o que deben ser provistas por precepto reglamentario, en cuyo caso deberán figurar con su dotación correspondiente en el presupuesto semestral transitorio.

4.º Las Juntas técnicas a que se refiere el artículo 14 del Reglamento de Institutos de Higiene quedarán constituidas con arreglo a lo dispuesto en el mismo, y considerándose como jefes de Sección a cuantos disfruten de este nombramiento, aun cuando queden en la situación prevista en el artículo 37.

5.º Todo el personal técnico, auxiliar o subalterno, que desempeñe cargos no expresamente cifrados en los presupuestos vigentes de los Institutos provinciales, o que desempeñen plazas de plantillas con carácter interino, sin haber sido confirmados sus nombramientos en propiedad por la Dirección general de Sanidad con anterioridad a la fecha en que fueron publicados los Reglamentos de la ley de Coordinación Sanitaria, cesarán en sus cargos con fecha 30 del corriente mes, y sus vacantes, sujetas a las vicisitudes previstas en los citados Reglamentos.

6.º En los presupuestos de los Institutos provinciales de Higiene figurará una consignación para Centros locales de Higiene rural que tengan como finalidad, y con carácter eventual, la mejora de un estado sanitario inferior al medio de la provincia, no subsistiendo los restantes que a título de ensayo venían funcionando, quedando su función adscrita a los Centros comarcales de Higiene, que deberán ser instaurados con arreglo al programa sanitario de cada provincia que propongan las Inspecciones provinciales de Sanidad y merezcan la aprobación de la Superioridad. Tampoco figurarán en los presupuestos de los Institutos provinciales de Higiene consignaciones para especialidades médicas, no vinculadas a Jefaturas de Sección, ya que éstas son compensadas, con arreglo al plan sanitario de cada provincia, en los presupuestos del Estado.

TERTULIA MEDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

AMENIDADES

3-VIII-1935

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

Los padres de la Medicina china (1)

El *Chou Li* (Los Ritos de la Dinastía Chou), publicado en 1155 antes de Jesucristo, separa bien claramente las funciones del médico de las del sacerdote. En esta obra se encuentran las primeras estadísticas demográficas.

El libro más antiguo de medicina china es el *Nei Ching* o *Canon de la Medicina*, atribuido al emperador Huang Ti (año 2698 antes de Jesucristo, pero que data en realidad del siglo III antes de Jesucristo). Es una recopilación de

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

(Véase anuncio, página XVI.)

datos más antiguos, entre los que figura, con la descripción de las arterias, venas y vasos capilares, la precognición del descubrimiento que debía inmortalizar a Harvey: "La sangre—dice este libro venerable—corre continuamente en un círculo sin fin."

En aquella época había médicos, cirujanos, dietéticos y veterinarios, y se concedía más importancia a la higiene que a la medicina. "El sabio no trata al hombre enfermo, sino al hombre sano" (Sue Wen). La ley prohibía el uso de las bebidas alcohólicas. Se recomendaba el régimen vegetariano, los ejercicios de respiración profunda y la moderación en todo. Se condenaban los matrimonios precoces y las uniones consan-

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

guíneas, prescribiéndose a la mujer encinta una higiene minuciosa. Existían también instituciones para los ciegos, sordos, inválidos y alienados.

La acupuntura, las moxas, el masaje, las sangrías y la decocción eran los medios usuales de terapéutica.

El *Pen T'sao*, o *Tratado de Hierbas*, que data del siglo I anterior a Jesucristo, enumera 365 remedios. Fué atribuido, equivocadamente, a Shen Nung, legendario fundador de la medicina china, que vivió hacia el año 2800 antes de Jesucristo.

(1) Según la obra de los enciclopedistas Dres. K. Chimin y Wu-Lien-Teh, *History of Chinese Medicine*. The Tien-Tsin Press, 1932.

El período clásico de la medicina china se extiende desde el siglo II antes de Jesucristo hasta el siglo III de nuestra era, y en él figuran tres grandes nombres.

Ts'ang Kung (año 180 antes de Je-

CARABAÑA: el mejor purgante

sucristo) anotaba al detalle la historia clínica de sus enfermos. De él no quedan ya más que la descripción de 25 casos.

Chang' Chung-Ching es el Hipócrates chino. Se examinó de doctor en Filosofía el año 168 después de Jesucristo, y es el autor de varias obras importantes, siendo la más célebre el *Ensayo sobre la fiebre tifoidea y otras enfermedades*. Este sabio de la Medicina fué el primero que escribió sus recetas y que prescribió irrigaciones. Estas se administraban por medio de una vesícula biliar de cerdo, montada en un bambú. Al estudiar sistemáticamente los síntomas físicos, el curso de las enfermedades y

Diarreas estivales ELDOFORMO

»Bayer«

la acción de los medicamentos, hizo de la Medicina una ciencia, y del arte de curar, una noble misión.

Hua T'o nació el año 190, y fué el precursor de la hidroterapia. En la fiebre continua mandaba verter sobre el enfermo cien cubos de agua fría, y luego, acostarle en una cama muy caliente. También recomendaba la cultura física bajo la forma de saltos de cinco animales: el tigre, la gacela, el oso, el mono y el pájaro. Pero fué como "Dios de la cirugía" donde adquirió el mayor renombre. Llegó a practicar, con una anestesia medicinal, ciertas operaciones que sólo hemos intentado desde hace muy poco tiempo: la laparotomía, por ejemplo, e incluso la escisión del bazo. En

Ioduros Bern De K y Na y cafeinado, químicamente puros. No provocan IODISMO. Fabricación nacional.

este último caso, el enfermo se curaba completamente. Hua T'o, que vivió cerca de cien años, conservó hasta el fin de sus días una apariencia juvenil. En su época fué cuando aparecieron en China las primeras mujeres dedicadas a la Medicina.

Después de estas tres grandes figuras, la medicina china declina con las predicaciones de Confucio, en las que proclamaba que el cuerpo humano, considerado como un bien sagrado, no podía ser mutilado en vida ni diseccionado después de la muerte.

Sin embargo, las primeras escuelas de Medicina fueron fundadas en el año 443, y la farmacopea oficial data del año 502. Un siglo más tarde se empleaba la glándula tiroidea en el tratamiento del bocio y se sondaba la vejiga.

El Colegio Imperial de Medicina abrió sus puertas en el año 1076, época en que también se instituyó un examen de es-

Inapetencia, Anemia, Debilidad

VINO MADARIAGA, tónico-fosfatado

tado para los médicos. Hacia el año 1100 apareció la Enciclopedia Imperial de Medicina. Algún tiempo después, el arte de curar se dividió en especialidades, se publicaron varias monografías sobre diversos asuntos y la terapéutica adelantó considerablemente. En el siglo XIV los chinos trataban ya la lepra por medio del *chaumograa*, método que no ha aceptado la medicina occidental hasta hace muy poco.

En la actualidad China cuenta con admirables escuelas de Medicina, hospitales, publicaciones médicas y servicios de higiene que le permiten rivalizar con los demás países y tomar una parte muy activa en los progresos de la ciencia médica universal.

Importancia que tienen en los problemas de Medicina la naturaleza y los factores imponderables

POR EL

Dr. M. RODRIGUEZ PORTILLO

1

No sólo se aprende Medicina, como acertadamente dice nuestro Letamendi ("Quien sólo sabe Medicina, ni Medicina sabe."), leyendo las obras dedicadas exclusivamente a esta ciencia: también en los escritos de los grandes filósofos y humanistas (Platón, Séneca, Cervantes, Quevedo, P. Feijóo, Gracián, Montaigne, etc.) encuéntrase enseñanzas tan profundas y consejos de tanta enjundia; captados convenientemente y reflexionados con calma, pueden servir de guía y explicar hechos hasta aquel momento

indescifrables, a pesar de los conocimientos de nuestra disciplina.

Por estar de ello convencido, después de una dilatada vida profesional, creo de suma utilidad a la juventud médica, falta de experiencia y afanosa de aprender de los que estamos curtidos en la lucha con la Parca, dedicar unas líneas a este tema estrechamente ligado a nuestros postulados.

Entre los humanistas de todos los

CALCINHEMOL ALCUBERRO

Poderoso antianémico.

ALCALA, 88. — MADRID

tiempos que han entremezclado con sus estudios la medicina y los médicos, des-cuella, por la agudeza y profundidad de sus críticas, el inmortal Montaigne, hombre de pasmosa clarividencia y fundador de la moderna pedagogía, quien, para mejor disecar, moralmente, a sus semejantes, mostrando, cual pulcro anatómico, sus pocas virtudes y sus múltiples vicios, valiéndose de sí mismo, no

RINO GOL

Para antisepsia nasal

J. DOMINGO CHURTÓ

C. Libertad, 14. — BARCELONA

sin antes, asqueado de la sociedad con la que fué todo—conductor de masas, preceptor de príncipes, asesor de Gobiernos, etc.—, recluírse voluntariamente en su castillo, para así templar con más armonía las cuerdas de su extraordinario intelecto y pulsar con más calma su tormentoso espíritu. No sin razón, exclamó: "Hace ya algunos años que no tengo sino a mí mismo por objeto de mis reflexiones, que no examino ni estudio otra cosa que mi propia persona, y si a veces mis pensamientos y miras se dirigen a otro lugar, lo hago

STROPHANTHIUM PALLARES

Valoración biológica:

Un cc. contiene 2 1/2 miligramos de Estrofantina

sólo para aplicarlo sobre mí o en mí, para provecho personal."

Muchos son los comentarios que con relación al arte de curar se encuentran desparramados a modo de pepitas de oro en las páginas de su monumental obra *Ensayos*; tanto, que sirvióme ha dos años para escribir un libro—*La Medicina y los médicos vistos por Montaigne*—, por cierto, enjuiciados con honores insospechados e inmerecidos, entre otras grandes autoridades médicas, por nuestro gran Cajal y por los dos psicólogos cumbre, honra y prez de la literatura patria: Jacinto Benavente y Armando Palacio Valdés.

En el presente artículo, dedicado a mis hermanos menores en la profesión, me contentaré con explicar el comento

que reza con la IMPORTANCIA QUE, EN EL SENTIR DE MONTAIGNE, TIENE EN LOS PRO-

S A R N A

Cúrase con SULFURETO CABALLERO

BLEMAS DE LA MEDICINA LA NATURALEZA Y LOS FACTORES IMPONDERABLES.

II

"Yo veo, en punto al arte de curar—afirma Montaigne—, todo lo mejor o todo lo peor que quieran decirme, pues a Dios gracias, ningún comercio existe entre la Medicina y yo. En este respecto, practico lo contrario que los de-

JARABE ALMERA

A BASE DE FOSFATO DE CAL
GELATINOSO, EL MAS ASIMILABLE

más, pues siempre rechazo su concurso, y cuando caigo malo, en vez de transigir con ella, más la detesto y más la temo, y digo a los que me inviten a tomar medicamentos que aguarde a que haya recuperado mis fuerzas y mi salud, para contar con mejores medios de soportar el influjo de los brebajes. Dejo obrar a la Naturaleza, suponiendo que esté provista de dientes y garras para defenderse de los asaltos que la acosan y para mantenerse en esta contextura por cuya conservación aque-

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

lla pugna. Temo que en lugar de socorrerla se socorra el mal que la mina y que se la recargue de nuevos males."

Tan convencido estaba nuestro humanista del poder de la Naturaleza y de los factores imponderables, que, además de referirlo a la Medicina, lo extendía a otras partes cuando así decía: "No sólo en la Medicina, sino en otras artes más seguras, la fortuna tiene siempre una buena parte. Los arranques poéticos que arrastran al vate fuera de sí, ¿por qué no atribuirlo a su buena estrella, puesto que el mismo artista declara que sobrepasa su capacidad y sus

ANTIPHLOGISTINE

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

fuerzas y reconoce que no tiene origen en su persona y que tampoco dependen de su voluntad?... Acontece lo propio con la pintura, que a veces deja escapar de la mano del pintor rasgos que sobrepasan la ciencia y la concepción del artista, a quien admiran y sorprenden."

Si real y positiva es la influencia vista todos los días de la fortuna en la

práctica de la vida, la oratoria, las artes plásticas, positivo y real es también la de la Naturaleza en nuestro arte. Creo tiene razón Montaigne al expresarse en aquellos términos, no dejando de reconocer, empero, dada la crudeza de sus afirmaciones, cierta exageración en algunas frases, verbigracia: "Y cuando caigo malo, en vez de transigir con ella (la Medicina), más la detesto y más la

IODARSOLO

Primer producto de iodo y arsénico
BALDACCI - PISA

temo", siendo así que, al hablar de la simpatía sentida por los médicos, de cuyo *Comentario* trataremos otro día, exclama: "Que él reconoce el valor de los consejos dados por los buenos médicos, dada la saludable finalidad de los mismos", frase esta última que por su significado se contradice con la anterior.

No hay que sorprenderse de estas aparentes contradicciones, si en cuenta tenemos que los escritos de los grandes

BARACHOL

Cura Eczemas, Erupciones y Enfermedades Rebeldes de la Piel.

hombres deben mirarse comedidamente y juzgarse desde un punto de vista general y elevado, cuanto más mejor, para poder mejor amoldar su enseñanza y sus juicios a la actuación en la vida práctica, y, en nuestro caso, a la Medicina. Los que convivimos con los enfermos, siendo testigos de sus males unas veces, y otras factor activo de la puesta en práctica de sus remedios, tenemos la convicción de que en varios casos el tratamiento impuesto por el arte de curar, lejos de responder, como parece lógico, a nuestra directa intervención, lo hace gracias a la naturaleza o resisten-

96% de médicos de España a los CONVALESCIENTES les recomendarían Elixir CALLOL

cia orgánica del paciente, desempeñando la medicación empleada un papel secundario. Nosotros, mediante nuestra ciencia, encauzamos la enfermedad por derroteros desprovistos de obstáculos, conjuramos posibles complicaciones y, de presentarse, la combatimos; pero los que conducen al enfermo a término, proporcionándole la necesaria resistencia, son las condiciones intrínsecas del mismo, representadas por su sello reaccional y aptitud morbosa, siendo dicho término favorable o adverso, según aquéllas.

No siempre, sin embargo, se cumple esto que, a modo de fórmula o ley patológica, acabamos de exponer. No es infrecuente el hecho de ser el acaso, fac-

(Continúa en la página XIV)

Balneario CALDAS DE OVIEDO

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

GRAN HOTEL DEL BALNEARIO

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

Todo confort - Cocina de primer orden a cargo de acreditado jefe de Madrid.
Automóvil del GRAN HOTEL a las estaciones de Oviedo

15 de JUNIO a 30 de SEPTIEMBRE

Balneario de Carlos III TRILLO

Temporada de 1.º de Julio
— a 15 de Septiembre —

**Médico-director en propiedad: Excelentísimo señor don
VICTOR M.ª CORTEZ**

Nervios. - Reuma. - Escrófula. - Piel

Deliciosa estación de verano. - Gran parque y monte

Clima de montaña, 780 metros

Servicio directo desde Madrid en tres horas.

Informes y folletos:

HOTEL LEONES DE ORO, Carmen, 30, Madrid

TERMAS ORION

Santa Coloma de Farnés (GERONA)

AGUAS ACROTOTERMAS RADIOACTIVAS
LAS MÁS FLUORURADAS DE EUROPA,
CONTIENEN EMANACIÓN DE TORIUM

ENFERMEDADES NERVIOSAS
AFECCIONES CIRCULATORIAS
REUMATISMOS
PROCESOS QUIRÚRGICOS

Temporada: Del 15 de Mayo al 31 de Octubre

MEDINA DEL CAMPO (VALLADOLID)

Cloruradosódicas sulfurosas, variedad yodobromurada 15º

ESCROFULISMO, GINECOPATIAS,
REUMATISMO, ANEMIA, NEUROSIS

Temporada: 15 de Junio a 15 Septiembre

Baños de Alange

En ALANGE, provincia de Badajoz

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

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

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

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

Tratado práctico de etiqueta y distinción social

4 pesetas ejemplar

PEDIDOS AL APARTADO 121. MADRID

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

4 TOMOS, 1.600 páginas, 35 pesetas

CUALQUIER TOMO SUELTO, 10 PESETAS

©

PEDIDOS A EL SIGLO MÉDICO

HAPTINOGENOS

“M E N D E Z”

NEUMO

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

GONO

Blenorragia. Metritis. Pelvipertonitis. Artritis Orquitis. Cistitis. Prostatitis.

ECZEMA

Curativo del Eczema agudo y crónico.

ESTAFILO

ANTIPIOGENO.—Anginas. Aené. Forunculosis. Antrax. 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.



LEUCOPENIAS GRAVES
ANGINA AGRANULOCITÓSICA

MIELOSANIL
(NOMBRE REGISTRADO)
ANTES MIELOSAN
FABRICACION NACIONAL

COMPOSICION: Contiene los nucleótidos del tipo pentosa en forma hidrosoluble y absolutamente exentos de proteínas

ACCION: El Mielosanil actuando sobre la médula ósea produce hiperleucocitosis, favoreciendo así la defensa del organismo contra las infecciones agudas y corrigiendo los síndromes aleucémicos

POSOLOGIA: Exclusivamente por vía intramuscular y bajo prescripción facultativa.

FORMA DE VENTA:
Caja de 5 ampollas de 10 c. c.
Caja de 2 ampollas de 10 c. c.

Laboratorios Abello MADRID

MONOTION

Tiosulfato sódico anhidro obtenido por procedimiento original ♦ Empleo por vía intramuscular o intravenosa
DOSIS: 1.^a 0,05 — 2.^a 0,15 — 3.^a 0,30 — 4.^a 0,45 — 5.^a 0,60 gramos.

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.^a 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 DOS 1935

CONSEJO DE REDACCIÓN CIENTÍFICA

Presidente: Excmo. Sr. Prof. D. Amalio Gimeno y Cabañas
Conde de Gimeno. Presidente de la Academia Nacional de Medicina

Vicepresidente: Excmo. Sr. Dr. Víctor M.^a Cortezo
Inspector general de Instituciones Sanitarias. Académico de número de la Nacional de Medicina. Profesor del Instituto Nacional de Sanidad.

VOCALES

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

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

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

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

PRECIOS DE SUSCRIPCION

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

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

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: Infiltraciones e infiltrados pulmonares, por los Dres. A. Vivanco y G. Sueiro.—Orientaciones pronósticas ante una tuberculosis laríngea, por el Dr. José del Puñal y Díez de la Masa.—Importancia de la radiología en el diagnóstico de las neumonías en la infancia, por Fabián Tascón Alonso.—BIBLIOGRAFÍA.—PERIÓDICOS MÉDICOS.

TRABAJO DEL DISPENSARIO ANTITUBERCULOSO DE ORENSE

INFILTRACIONES E INFILTRADOS PULMONARES

POR LOS DOCTORES

A. VIVANCO y G. SUEIRO

En la era prerradiológica se conocían con los nombres de infiltración gelatinosa de Laennec, neumonía masiva de Grancher y neumonía descamativa de Buhl.

Kleinschmidt, en 1919, y Eliasberg y Neuland, en 1920 (1), describieron infiltraciones pulmonares que asentaban en medio del tejido pulmonar o en la periferia de los ganglios traqueobronquiales. A pesar de su carácter específico tuberculoso y a pesar de su extensión, que a veces se extiende a un lóbulo, estos focos muestran una gran tendencia al retroceso, y por ello fueron denominados como "epituberculosis" por Eliasberg y Neuland. Simon (2) creía que se trataba de una infección mixta con el neumococo. Según Redeker, no se trataba ni de infecciones mixtas ni de tuberculosis genuina, sino de procesos inflamatorios perifocales alrededor de un foco tuberculoso, ganglios o foco pulmonar.

Según el estadio y punto de partida, Redeker (3) diferenció; la infiltración primaria, la infiltración perihiliar secundaria y la infiltración pulmonar.

El foco primario o infecto primario se adquiere, la mayor parte de las veces, en la infancia, y más rara vez en el adulto. La reacción anatomopatológica de la primera fijación del bacilo en el alvéolo es la alveolitis primaria, proceso neumónico circunscrito o neumonía perifocal.

La inflamación perifocal se define como una exudación serosolinfocitaria en la periferia del foco tuberculoso, atribuida a una acción tuberculotóxica lejana. Se presenta en la inmediata periferia del foco primario, y se delimita de los alrededores por una pared linfocítica. Esta inflamación perifocal se extiende también a todo el territorio eferente linfático intermedio, entre el foco primario y los ganglios linfáticos regionales, es decir, en los puntos en que por la vía linfógena se han formado metástasis eferentes. Tenemos entonces el complejo primario blando o de Ranke (4), o sea el infecto primario tuberculoso pulmonar, con precosos tuberculosos en las vías linfáticas eferentes y en los ganglios linfáticos del hilio. Alrededor de estos focos aislados se instala la in-

flamación perifocal, y este conjunto es lo que Redeker denominó infiltración primaria.

La evolución del complejo reciente puede ser diferente: Si no se sobrepasa el estadio de exudación del suero, de la fibrina, de la acumulación de los leucocitos y de epitelios alveolares, resulta la reabsorción completa con *restitutio ad integrum*.

Si por la desintegración específica del bacilo, el foco ha pasado a la caseificación; si se ha formado el proceso de inflamación productiva con infiltración de linfocitos, entonces el foco primario en el retroceso da lugar a cicatriz, la cual muchas veces se acompaña con depósitos de cal o hasta procesos de osificación.

El foco primario puede caseificarse, reblandecerse y formar la caverna primaria. La caseificación puede extenderse a la inflamación perifocal, y así puede originarse una neumonía caseosa o tisis grave primaria. También desde la caverna primaria se puede originar por brotes una tisis de foco primario.

La mayoría de las veces, estas infiltraciones o inflamaciones perifocales son fugaces y se reabsorben e induran. En este proceso están incluidos gran número de veces el tejido conjuntivo del hilo, los bronquios vecinos, la pleura costal, la interlobar. En el retroceso queda entonces cicatriz interlobar o adherencias de la pleura costal.

Los signos residuales del complejo primario evolucionado se denominan complejo primario duro curado.

La radiología muestra las imágenes que corresponden a la infiltración primaria:

- 1.^a Hay una sombra más o menos grande que corresponde al foco primario y a los ganglios regionales.
- 2.^a En el retroceso se aprecia el estado de bipolaridad.
- 3.^a Finalmente, se ve el foco primario con límites poco marcados. Lo mismo para los ganglios regionales.
- 4.^a Después del retroceso de la infiltración primaria, el foco se esclerosa cada vez más, y desaparece o se indura y calcifica.

Simon y Redeker consideran constante la eliminación de bacilos en los focos de primoinfección mientras está

A detailed black and white line drawing of several wheat stalks with long, slender awns, arranged in a cluster. The drawing is positioned in the upper half of the advertisement, with the wheat heads pointing downwards and slightly to the right.

Fitina

**Estimulante del metabolismo
y tónico del sistema nervioso**
en los estados de consunción, inapetencia,
neurosis por agotamiento y convalecencias.

Comprimidos - Cápsulas - Sellos - Polvo - Granulado

Ciba Sociedad Anónima de Productos Químicos
Barcelona, Aragón, 285 - Madrid, Marqués de Cubas, 5-2º

TRATAMIENTO MÉDICO DEL ULCUS GÁSTRICO

PEPSIN

PEPSINA PARA USO HIPODÉRMICO

20 centigramos de PEPsINA puro neutralizada por ampolla de 2 c. c.

INDICACIONES:

ÚLCERAS DE LAS VÍAS DIGESTIVAS,
COLITIS ULCEROSAS, ÚLCERAS DE
LAS PIERNAS, DE DECÚBITO, DIA-
BÉTICAS, TABÉTICAS, ETC., EN
LA ANEMIA PERNICIOSA

APROVECHAMIENTO CLÍNICO
DE LA ACCIÓN ANTI-ULCUS
DEL FERMENTO GÁSTRICO, EN
INYECCIONES PARENTÉRICAS
SIN REACCIÓN LOCAL.

LABORATORIOS JUSTE

APARTADO DE CORREOS 9030. MADRID



ZINOSAL

JUSTE

COLIRIO DE SULFATO DE CINZ, QUIMICAMENTE PURO

INSTILACION INDOLORA - APLICACION COMODA
CONSERVACION ASEPTICA

INDICADO EN LA CONJUNTIVITIS SUBAGUDA DIPLO-
BACILAR DE MORAX AXENFELD Y EN LAS CONJUN-
TIVITIS CATARRALES, CRONICAS, PRIMAVERALES, ETC.

LAS INDICACIONES DEL SULFATO DE CINZ
EL ZINOSAL LAS MEJORA



LABORATORIOS JUSTE — APARTADO DE CORREOS 9030 — MADRID

en evolución. Esta concepción teórica la han confirmado García Cerviño y Ramos Rodríguez (5), habiendo observado la regularidad de la eliminación de bacilos en las infiltraciones primarias. Opitz (6) cree que la total desaparición de bacilos en la infiltración primaria no ocurre antes de los dos años, y Kayser Petersen (7) estima que no ocurre antes de los dos años y medio.

* * *

Los ganglios medio torácicos, al recibir la linfa cargada de productos tuberculosos, reaccionan de manera diferente y dan lugar a diferentes formas de adenopatías.

Adenopatías ocultas: Son los casos que evolucionan bajo el umbral; no presentan síntomas subjetivos ni objetivos.

Adenopatía inflamatoria: Se forma cuando el ganglio es asiento de inflamación perifocal. Frecuentemente se combina la linfadenitis y la perilinfadenitis del tejido colindante.

La linfadenitis es la granulación tuberculosa específica del ganglio; así como la infiltración perifocal del tejido dentro del ganglio.

Si la infección ganglionar es pequeña, el ganglio presenta escasos focos tuberculosos que evolucionen a la caseificación. Alrededor de estos focos caseificados pequeños está la inflamación perifocal, que es la que agranda el ganglio. El tipo de infiltración pura del ganglio no lo admite Eizaguirre (8), porque en las autopsias ha visto siempre zonas caseosas limitadas.

Adenopatía tumoral o caseosa: El ganglio se transforma en tejido de granulación tuberculosa con una caseificación mayor o menor, pudiendo caseificarse en alto grado. Con la hipertrofia se produce un espesamiento de la cápsula del ganglio, formándose a veces cápsulas espesas de cualidad tendinosa. Los ganglios que tienden a la forma tumoral son los de la bifurcación y los paratraqueales derechos, que cogen a la tráquea y al bronquio principal derecho como un fórceps, dando lugar a síntomas de compresión y de desplazamiento.

Si el foco primario es exudativo, pasajero, la adenopatía es infiltrativa o intumesciente. Si el foco primario es caseoso y con tendencia a la ulceración, la adenopatía, corrientemente, es caseosa.

Cuando los ganglios paratraqueales derechos reciben la infección después de pasar por otras cadenas ganglionares, lo corriente es que la adenopatía paratraqueal sea infiltrativa y su regresión llegue a ser completa, mientras que los ganglios intermediarios presentan nódulos más marcadamente caseosos.

Cuando la cadena paratraqueal derecha recibe directamente la infección (por asentar el foco en la parte anterointerna del lóbulo superior derecho), la adenopatía se caseifica según la cuantía de la infección.

Análogamente ocurre en los ganglios mediastínicos izquierdos, sobre todo en el de Botal.

En las adenopatías intratorácicas se observa elimina-

ción de bacilos en la proporción de un 70 por 100 (García Cerviño y Ramos Rodríguez (9).

Sombras radiológicas:

El ganglio derecho de la bifurcación cae detrás de la sombra cardíaca. Los ganglios paratraqueales derechos se ven en la parte superior del mediastino. Los ganglios interlobares e hiliares derechos aparecen a la derecha del corazón, como sombras redondas u ovales, pero no tan homogéneas y lisas como las de los ganglios paratraqueales, y es que hay que contar con sumación de sombras hiliares y paravertebrales: bronquios, vasos, tejido conjuntivo, partes pulmonares situadas delante y detrás del

ganglio, sobre todo en la parte pulmonar paravertebral apropiada para hiperemia, atelectasia y condensación.

En el lado izquierdo, los ganglios hiliares e interlobares están dentro del territorio de la sombra cardíaca.

Imagen radiológica:

La adenopatía infiltrativa es una sombra suave, difusa, bien delimitada, poco densa, donde se ven nódulos de mayor densidad, que representan los puntos caseosos.

La adenopatía caseosa da una imagen oscura, de gran densidad, irregular, de bordes no bien delimitados de las

zonas vecinas; el volumen es menor que el de las infiltrativas. Cuando los ganglios afectados son varios, constituyen un conglomerado mal limitado y fuertemente opaco.

A los rayos X, las adenopatías aparecen bajo tres modos distintos:

- 1.º Sombra camiforme debida a los ganglios paratraqueales.
- 2.º Hilitis.
- 3.º Sombras que debordan el margen cardíaco.

* * *

Desde 1924 ha reunido Redeker (10), bajo el concepto de infiltración secundaria, todas las formas infiltrativas de la tuberculosis, las cuales se caracterizan por manifestaciones inflamatorias perifocales más o menos extensas alrededor de focos tuberculosos más o menos lábiles, existentes con anterioridad. Las manifestaciones clínicas están determinadas por esta infiltración inflamatoria perifocal. El mismo foco queda más o menos en segundo término.

La infiltración secundaria perihiliar es la inflamación perifocal alrededor de las adenopatías mediotorácicas, siendo la señal de una tuberculosis gangliobronquial activa y de su exacerbación. Para Armand Delille y Lestocqoy, estas imágenes perihiliares son focos esplenoneumónicos, situados por detrás o delante del hilio (10).

Es difícil separar la infiltración primaria de la secundaria como cuadro clínico de estado. A menudo sólo es posible según la evolución de los síntomas y el conocimiento del foco propiamente dicho. En general, en los niños, hasta los seis-siete años, predomina la infiltración

Avance de sumario para el número siguiente

(10 de agosto de 1935)

DR. RAMÓN DEL PORTILLO: El síndrome "apático" de Allers.

DR. JUAN RICO-PÉREZ: Aportación de ideas al estudio del Seguro Social de Enfermedad en el medio rural.

DR. VALDÉS LAMBEA: Los tuberculosos, grandes hemoptóicos.

DR. ALBIÑANA: La ruta de Esculapio. IX.

DR. LUIS DE CASTRO GARCÍA CORREA: Ensayo sobre gigantografía.

Bibliografías.

Periódicos.

Sección profesional.

primaria, y en la edad escolar, la infiltración secundaria. Klare (11), generalmente, habla sólo de infiltraciones.

La mejor clasificación de la infiltración secundaria es la de Engel (12): 1.º Infiltración epituberculosa, que ocupa todo un lóbulo; frecuentemente, el lóbulo superior derecho. 2.º Triángulo de Sluka, sombra triangular con base en el hilio y vértice en la periferia. 3.º Reacción perifocal, sombra irregular limitada al contorno del corazón.

Imagen radiológica:

Es una sombra densa, homogénea, difusa, sin conglomerados caseosos, de comienzo hiliar, que parte siempre de un ganglio infiltrado, que avanza más o menos en el campo pulmonar, pudiendo llegar a la pared costal.

Cuando termina antes, sus límites son imprecisos, y la densidad de la sombra, dentro de una cierta homogeneidad, disminuye del hilio hacia la periferia. La forma triangular de Sluka se explica porque la vecindad con la cisura determina en uno de sus bordes una línea más o menos recta que forma el ángulo externo. Este triángulo es una infiltración alrededor del ganglio interlobar inferior, que se limita por arriba con la cisura interlobar media, y por bajo, con la gran cisura.

Evolución de las infiltraciones secundarias en la infancia:

- 1.º Reabsorción total.
- 2.º Reabsorción con restos indurados.
- 3.º Reabsorción dejando signos pleurales.
- 4.º Evolución tísica, o sea caseificación con formación de cavidades. En la infiltración secundaria, al lado de las imágenes cavitarias verdaderas, hay que distinguir las imágenes pseudocavitarias debidas a zonas de reabsorción areolar.

La infiltración secundaria con caseificación parece suponer el hallazgo del bacilo de Koch en el esputo.

En la infiltración secundaria hay discordancia respecto al hallazgo del bacilo de Koch, incluso empleando técnicas finas como la siembra en medio de Hom y la inoculación al cobayo del lavado gástrico.

Sayé (13) da un porcentaje de 33 por 100; Opitz (14) da 75 por 100 de resultados positivos de hallazgo de bacilo de Koch, mientras que García Cerviño y Ramos Rodríguez (15) da 100 por 100 de resultados negativos.

La diferencia parece depender del criterio estricto que se tenga para diagnosticar la infiltración secundaria perihiliar como inflamación perifocal de naturaleza tóxica. Otros autores parece que incluyen en este grupo infiltraciones primarias.

Aun en el caso de que en la infiltración secundaria típica se encuentren bacilos, según García Cerviño y Ramos Rodríguez (16), no quiere esto decir que los bacilos de Koch procedan de ella o a causa de ellas, sino que pueden proceder:

- 1.º Del ganglio o del foco parenquimatosos, alrededor del cual se forma la infiltración. Los gérmenes pueden proceder de estados residuales de lesiones primarias, de bronquiectasias o de adenopatías, que dan lugar a bacilos en un número elevado de casos.
- 2.º De pequeños focos de diseminaciones sanguíneas procedentes de la adenopatía ganglionar.
- 3.º De formas filtrantes de ultravirus tuberculoso. Tapia, Zarco, Jiménez (17) han encontrado en algunos casos de infiltraciones secundarias ultravirus tuberculosos. La caseificación se explica porque el ultravirus ha determinado caseificaciones experimentales.
- 4.º De neoformaciones linfógenas retardadas.

Tapia y Tello Valdivielso (18) admiten la caseificación puramente tóxica sin bacilos, fundándose en que la reacción de tuberculina ha producido en la piel necrosis extensas.

* * *

Existen dos grandes períodos en la evolución de la tuberculosis: el primero acaba con la edad escolar; el segundo comienza con la presentación de la pubertad.

El complejo primario está curado; los focos primarios y ganglionares están calcificados; la tuberculosis infantil ha concluido. Después de una pausa de más o menos años, se origina ahora un nuevo período de infección.

La tisis del adulto comienza entonces con un nuevo infecto, al cual Aschoff (19) lo denominó como re-infecto. Por ello, este período de la tuberculosis fué llamado período de reinfección.

Los partidarios rígidos de la enseñanza apical identificaron el re-infecto con el foco apical. Sobre esto asentó la enseñanza del comienzo apical de la tuberculosis del adulto. Se creía que estos focos apicales productivos crecían lentamente y originaban la tisis crónica abierta, progresiva ápico-caudal. Se consideraba que todo foco apical, aun insignificante, podía ser el comienzo de la tuberculosis pulmonar progresiva. Esta idea condujo a una concentración de todos los métodos de exploración sobre el vértice. La mayor sombra focal de la radiografía se consideraba como un proceso que existía hace tiempo. La inflamación perifocal se consideraba como manifestación secundaria, y su diagnóstico, como diagnóstico tardío.

El problema de la tuberculosis del adulto no fué resuelto hasta que se prescindieron de todas las teorías y sistemas y hasta que se siguieron observando sistemáticamente por radiología muchas infecciones infantiles.

En la segunda edición del *Roentgen diagnóstico clínico de las enfermedades modernas*, aparecido en 1922, en el capítulo de la tuberculosis pulmonar incipiente, describe Assmann (20) sombras mayores o menores en hombres aparentemente sanos, de bordes no muy marcados, situadas debajo de la clavícula, con campos pulmonares y vértices libres. Como *substratum* anatomopatológico, supone Assmann el exudativo caseoso y hace notar la tendencia de estos focos al reblandecimiento. El trabajo de Assmann marca la primera separación del infiltrado infraclavicular.

En 1924 describió Redeker (21) el infiltrado intrapulmonar aislado desde el punto de vista de la inflamación perifocal, renunciando a su diferenciación según la localización.

En 1924 y 1925, en una conferencia y en un trabajo especial aparecido en el tomo 60 de los Brauer Beiträge, dió Assmann (20) la descripción del foco aislado descrito por él en 1922. Assmann indica si la idea hecha dogma de que la tuberculosis del adulto comienza en el vértice y se extiende desde allí poco a poco, es falsa, y de que, por lo menos en un gran número de casos, el primer foco está localizado por debajo de la clavícula, a partir del cual se verifica la extensión de la tuberculosis. En lo que a la localización del foco se refiere, indica Assmann que, aunque la regla asienta en la región infraclavicular, también puede encontrarse en otros sitios.

El próximo gran impulso lo dió Redeker (21) en 1926, estudiando sus formas de evolución y sus relaciones con la tisis de la pubertad y con el problema de la tisiogénesis.

En 1927, Redeker (21) denomina al infiltrado infraclavicular infiltrado precoz (siguiendo a una proposición de Simon (21); localiza el infiltrado infraclavicular en el campo medio, pero casi jamás en el vértice, considerando equivocada la relación entre la tuberculosis del adulto y la llamada tuberculosis apical.

Redeker dió el siguiente concepto: el infiltrado precoz es una reacción perifocal inflamatoria intrapulmonar limitada a una formación de foco nuevo tuberculoso que tiene lugar en un campo pulmonar libre.

Las diferencias están en lo siguiente: Assmann considera el foco pulmonar mismo. Redeker considera como elementos del infiltrado precoz el foco y la reacción perifocal, insistiendo en que la reacción perifocal es lo predominante. Como veremos en la génesis del infiltrado precoz, Romberg (21), que lo considera como una exacerbación de focos antiguos, pone en primer término la reacción perifocal. Esto no constituye una oposición marcada. Por una parte, la denominación de reacción perifocal lleva incluso el concepto de foco. Por otra parte, Assmann supuso la existencia frecuente de una inflamación perifocal; pero no consideró a ésta como el atributo indispensable del "foco pulmonar aislado en el comienzo clínico de la enfermedad", sino que dió toda la importancia al foco pulmonar mismo.

En la evolución ulterior señaló Redeker (21):

- 1.º Reabsorción.
- 2.º Transformación cordonosa o induración.
- 3.º En otros casos, el infiltrado aumenta hasta el tamaño de un huevo de gallina. Si el infiltrado alcanza este tamaño, rara vez evoluciona a la reabsorción o induración sin complicaciones.
- 4.º El reblandecimiento. También aquí el infiltrado puede indurarse, pero la mayoría de las veces aparecen metástasis en la periferia del infiltrado y caverna.
- 5.º La metástasis en la periferia o "siembra de aspiración infraclavicular de Redeker" la constituyen focos blandos, poco densos, poco marcados y siempre redondeados. Los límites de estas metástasis no son los pequeños focos, sino la inflamación perifocal. Por eso, estas metástasis se reabsorben con regularidad.
- 6.º En el estadio de siembra, el infiltrado ya no es redondeado, sino que todo el campo superior aparece enturbiado hasta más allá del campo medio. En todas estas metástasis participa fuertemente la reacción perifocal. Con su reabsorción e induración, la delimitación primitiva se hace más clara.
- 7.º La caverna redonda aislada.
- 8.º Otras veces se verifica la caseificación y reblandecimiento confluyente de los diferentes focos: infiltrado y siembra de aspiración infraclavicular.
- 9.º Forma caseoneumónica del infiltrado precoz, más o menos galopante, de manera que aumenta la caverna infraclavicular y queda dominante. Este paso rápido del infiltrado en una forma metastásica exudativa y caseoneumónica es relativamente rara. Más frecuente es la estabilización del reblandecimiento en una caverna redonda, lisa, más o menos aislada. Después de un tiempo variable de tres-cuatro años, se decide la suerte.
- 10.º Una hemoptisis y la siembra hacen pasar el enfermo a las fases agudas.
- 11.º La caverna crece, y después de brotes perifocales inflamatorios recidivantes se indura y se extiende hasta el vértice y el hilio.

12. Repentinamente se presentan también nuevos infiltrados en otras partes de los pulmones (infiltrados hijos). Estos infiltrados hijos son malignos y terminan en formas lobares o lobulares caseosas.

Con referencia a los trabajos de Assmann y Redeker, Lidtyn (21) hizo investigaciones ulteriores sistemáticas de todos los tuberculosos incipientes o sospechosos de la clínica de Romberg, y en 1927 sentó la conclusión:

"La tuberculosis no se origina de tubérculos aislados microscópicos apicales con periferia normal, sino que en la mayoría de los casos comienza agudamente y produce radiográficamente lesiones claras y extensas, de modo que, en casos recientes, están afectados vértices y espacio infraclavicular al mismo tiempo." Resume así sus observaciones: La enseñanza del comienzo silencioso de la tuberculosis pulmonar desde el vértice es una ficción teórica, no encontrando ningún apoyo en la radiología. La mayoría de las tuberculosis se forman en el sitio de la infección relativamente agudas y conducen rápidamente a lesiones claras en radiografía.

Según la nueva enseñanza, el foco nuevo se forma agudamente y se presenta a consecuencia de una reacción inflamatoria perifocal, como un foco mayor. Gracias a esta reacción perifocal, es visible radiológicamente. La enseñanza busca la reacción inflamatoria perifocal más bien que el foco mismo, y de ella concluye la actividad del proceso. El infiltrado mayor, radiológicamente determinable, no es una forma tardía, sino una forma precoz; su diagnóstico no es un diagnóstico tardío, sino un diagnóstico precoz. La localización del infiltrado es rara en el vértice, sino más abajo. En la evolución favorable retrocede el infiltrado a pequeños focos productivos. Estos son, por tanto, una forma tardía. Según Redeker (21), los focos apicales son formas tardías de evoluciones anteriores, y en la mayoría de los casos, el diagnóstico de vértice es un diagnóstico tardío.

En la tuberculosis exudativa del pulmón hay tres formas que tienen el mismo carácter de alveolitis descamativa, fibrinosa. Se diferencian entre sí por su diversa extensión, y son: el infiltrado precoz, la lobitis y la neumonía caseosa.

Micheli (22) define, bajo el nombre de lobitis, una tuberculosis exudativa clínicamente primitiva que teniendo la misma imagen radiológica que los infiltrados lobares yseudolobares, y aun los mismos signos objetivos y funcionales que la neumonía caseosa, con la cual se confundía, se distingue por la evolución menos maligna, asemejándose por este lado al infiltrado precoz común.

Entre estas dos ideas extremas es conveniente elegir una idea media. Según Nicol Schroeder (23), no se debe decir "o comienzo con focos apicales o con infiltrado precoz infraclavicular", sino "con qué frecuencia los focos apicales y con qué frecuencia se inicia como forma de comienzo el infiltrado precoz." Hoy día se da la preferencia a este último.

La génesis del infiltrado precoz depende de si se le considera como primera formación de la tuberculosis del adulto, por tanto, como reinfecto o superinfecto, o si se le considera como la metástasis precoz de un foco apical.

En la primera descripción, Assmann (24) pensó que se trataba de focos primarios genuinos en un organismo antes no infectado y que correspondería al foco de Gohn de la infancia, ya que se trataba de individuos aparente-

mente sanos. Pero Assmann se fijó en estos focos terciarios del adulto en tres detalles: 1.º, falta la participación ganglionar; 2.º, en la radiografía se observan calcificaciones que atestiguan una infección tuberculosa curada, y 3.º, en las grandes ciudades ha habido ya en la infancia una infección tuberculosa.

Teniendo presente que juega un gran papel la ocasión de una infección tuberculosa, Assmann pensó en la infección exógena del infiltrado precoz, o mejor en la infección aerógena exógena, es decir, que la inspiración y fijación de bacilos en un sitio determinado es la que determina un foco tuberculoso en pulmón sano.

Para Loeschcke (25), el primer foco post-primario puede ser exógeno o endógeno hematógeno, siendo este primer foco la cicatriz apical pleurítico atelectásica. Según Loeschcke, el infiltrado precoz se produce por un deslizamiento broncógeno de material bacilar caseoso, por una diseminación broncógena de grano grueso desde las cicatrices apicales como focos antiguos.

Las tres premisas de Loeschcke fueron:

1.ª Que los focos apicales sólo existían en el adulto, y, por tanto, que se formaban después de la pubertad.

2.ª Que el 90 por 100 de los adultos tienen cicatrices apicales pleurítico atelectásicas.

3.ª Que el infiltrado precoz y la tisis de más allá de la infancia, jamás vienen a la autopsia sin modificaciones apicales.

Estas premisas no son admitidas en su sentido estricto; pero con esto no quiere decir que no exista la génesis descendente broncógena del infiltrado precoz.

Los focos apicales se pueden interpretar de tres maneras:

1.ª Restos en reposo, calcificados hace mucho tiempo, procedentes de una diseminación hematógena.

2.ª Pueden ser brotes de una miliar discreta. Es decir, que las diseminaciones hemáticas no son privativas de la infancia, sino que, a modo de brotes, se presentan también en la edad adulta. Bard (26) describió en 1918 la forma mitigada de la diseminación hematógena como "granulía discreta", y por su localización la llamó miliar apical discreta.

3.ª Pueden ser reinfectos apicales exógenos o endógenos.

En presencia de focos apicales antiguos o recientes hay que aclarar la probable evolución de dichos focos *in situ* y la frecuencia con que dichos focos dan lugar a tuberculosis evolutiva: J. Blanco y J. Zapatero (27).

Según éstos, los focos apicales se diferencian: 1.º, en focos duros o calcificados, de tipo miliar, sin reacción perifocal; 2.º, focos que presentan reacción perifocal; 3.º, los nódulos duros y calcáreos irregulares de grueso tamaño, que constituyen grandes cicatrices. Son los campos indurados, con focos caseoretificados de Rubinstein (28). Aquí caben también los casquetes apicales mameonados de Blanco y Zapatero (29), que significan conglomerados o gruesos focos.

En este grupo tercero son frecuentes la evolución hacia el infiltrado por tres modos: por reacciones perifocales infiltrativas o infiltración; por vía endobronquial en el sentido de Loeschcke; por emigración de los bacilos a través de la cápsula fibrosa del foco o por vía linfática.

Las siembras en vértices adultos no muestran tendencia a calcificarse: se reabsorben o se esclerosan o pueden dar lugar a reacciones infiltrativas.

Las relaciones entre los focos apicales y el infiltrado precoz son múltiples:

1.ª Es posible una coincidencia de ambos sin dependencia recíproca.

2.ª El infiltrado precoz se forma de un foco apical, quizá por diseminación de grano grueso en el sentido de Loeschcke. Para Braeuning y Redeker (30), se trataría de reacciones perifocales infiltrativas, o sea de brotes posteriores en formas apicales tardías o en formas de intervalo hematógenas. En este caso, el infiltrado precoz se presenta con exacerbación de los signos de los vértices, lo que no ocurre con el infiltrado precoz corriente.

3.ª Los focos apicales pueden proceder de la evolución del infiltrado precoz. El infiltrado precoz puede dar lugar a siembras de aspiración en el vértice. En otros infiltrados, el campo apical aparece nuboso, y esto hace suponer que el infiltrado precoz, asentado inferiormente, no se ha reabsorbido, sino que ha hecho participar al vértice. Ordinariamente, se trata de una atelectasia, la cual produce un ascenso de las regiones infraclaviculares más bajas. Gräff (31) suponía que para esto debían existir lesiones apicales; pero no es éste el mecanismo, sino la atelectasia, ahora que, en vértices atelectásicos, se pueden originar focos y cirrosis.

4.ª En las evoluciones desfavorables del infiltrado precoz, después de brotes recidivantes, se forman retracciones apicales cirrótico-atelectásicas, las cuales, en muchos casos, dan lugar a formas tardías apicales caverno-socirróticas. En una caverna cirrótico-terciaria, a consecuencia de un brote, se hace más espesa su periferia, más ancha y de bordes menos claros. La periferia se enturbia y está infiltrada, sobre todo, encima de la cavidad y hacia el hilio. Después de un reblandecimiento parcial en la pared de la caverna, casi siempre se realiza un nuevo proceso cirrótico en la periferia de la caverna. La caverna aumenta de tamaño, y la tracción de la fibrosis hace que se afecten los vértices. En estos casos tenemos procesos de infiltración pericavitaria.

5.ª El infiltrado precoz se desarrolla también en el vértice. Es frecuente la forma en cono o cuña por la proximidad de la pleura y la configuración del espacio. En reacciones perifocales más fuertes, el infiltrado pierde la forma de cuña; todo el vértice está infiltrado; el enturbiamiento es difuso, teniendo que diferenciar el infiltrado de la pleuritis y atelectasias.

Génesis hematógena del infiltrado precoz.—En la literatura está descrito el caso de Rehberg y de Zürcher (32), los cuales vieron un infiltrado precoz infraclavicular típico después de la movilización de una coxitis. Ulrici (32) observó una tuberculosis testicular, en la cual, con una agravación, se presentó un infiltrado precoz intrapulmonar.

Fleischner (32) ha descrito un infiltrado precoz, que se presentó al mismo tiempo que una siembra extrapulmonar hematógena y una tuberculosis ósea. Por tanto, en condiciones de alergia desfavorables, los bacilos que circulan por la sangre pueden dar lugar a un foco intrapulmonar cuya imagen sea la de un infiltrado.

También los infiltrados de brote posterior pueden tener una génesis hematógena. En el vértice, los infiltrados de brote posterior se han atribuido a nuevas siembras hemáticas apicales tardías, las cuales se ponen en evidencia al reabsorberse el infiltrado, porque se aprecia en el vértice un número mayor de granulaciones que las que había antes del nuevo brote: J. Blanco y J. Zapatero (33).

Origen hiliar del infiltrado precoz.—León Bernard, Constantini, Redaelli y Alexander (34) admiten el origen hiliar linfático del infiltrado precoz sobre base puramente clínica radiológica, no teniendo ningún dato anatómopatológico.

Génesis del infiltrado precoz por reactivación de antiguos focos.—Otros autores han dado mucha importancia a la infección adicional. El enfermo, viviendo en un ambiente de contagio, inspirando siempre bacilos tuberculosos, las nuevas infecciones encuentran un terreno alérgico hipersensible. El enfermo reacciona con una inflamación extensa; como la periferia de un foco tuberculoso es susceptible de reacción, reacciona a una dosis eficaz de tuberculina.

La base de la explicación de los nuevos contagios la da el experimento de Koch (35). La inyección de bacilos tuberculosos al cobayo produce, al cabo de ocho-diez días, un complejo primario (foco indurado en el sitio de la inyección con adenopatía satélite). Repitiendo la inyección de bacilos en determinadas condiciones de tiempo y cantidad, se abrevia el tiempo de incubación, ya que a los dos-tres días se forma la induración que conduce a la necrosis. Pero esta necrosis se cura rápidamente y no se infartan los ganglios satélites.

Por analogía, se ha considerado que la superinfección natural de los pulmones con muy pequeñas cantidades de bacilos, producen reacciones alrededor de los focos tuberculosos, es decir, inflamaciones perifocales alrededor de antiguos focos, y hasta la formación de nuevos focos perifocales inflamatorios alrededor de los bacilos que penetran.

Redeker (36) supone que desempeña una acción importante la tuberculina de los bacilos superinfectantes. Esta tuberculinización, cuando es intensa o repetida, puede producir tal hipersensibilidad del organismo, que los bacilos que están en la sangre circulante y que no habrían producido ninguna enfermedad, se localizan y originan nuevos focos. Tal sensibilización a la superinfección está demostrada por la mayor reactivación a la tuberculina observada en médicos y personal de asistencia de tuberculosos. En este sentido, Redeker (36) llama a la superinfección la precursora de la superinfección endógena, y Gräff (36) habla de estimulación exógena y re-infección endógena.

Esta teoría de la tuberculinización ha sido contradecida por Starlinger (37). La exacerbación exudativa de los focos en reposo depende: 1.º, de una cantidad suficiente de tuberculina que produzca la reacción focal; 2.º, de una sensibilidad suficiente del organismo que posibilite la reacción focal. Ahora bien: la tuberculina no puede ser producida por pocos bacilos. Además, la sensibilidad tóxica de las formas de tuberculosis que pertenecen aquí es tan pequeña, que aun grandes dosis de tuberculina no produciría ninguna reacción focal digna de mención. Por tanto, la objeción es: o la cantidad de bacilos ingresados es demasiado pequeña para obrar de una manera infecciosa, no pudiendo producir tampoco tuberculina suficiente, o es bastante grande para verificar una tuberculinización, pero entonces los bacilos actúan también infecciosamente.

Estas objeciones de Starlinger no son definitivas. En la reactivación de focos por infecciones hay casos en que se han encontrado 34.000 bacilos por gotita; además, no se trata de una sola infección, sino de infecciones

repetidas; se añaden también otros factores de exacerbación y de reacción.

Muchos médicos, siguiendo a Römer, admiten que en nuestras circunstancias de vida no tendrían lugar contagios masivos que destruyan la inmunidad adquirida por el primer contagio. Römer (38) dijo: Una infección tuberculosa presta inmunidad hacia ulteriores infecciones tuberculosas, de modo que en los tuberculosos, pequeñas cantidades de virus tuberculosos re infectantes quedan sin acción. Frente a grandes dosis de virus re infectantes no se presenta la tisis galopante, sino la tuberculosis pulmonar crónica.

Esta idea la considera Braeuning (39) falsa; es decir, que el infectado hace años puede sufrir nuevas infecciones que sobrepasen el umbral y le hagan enfermar. Si la primoinfección dejase una inmunidad digna de mención, la mortalidad de los expuestos debería ser menor, y esto no es el caso, sino que la mortalidad aumenta. La inmunidad del hombre por la primoinfección es muy incompleta, se destruye fácilmente por nuevas infecciones.

* * *

Hemos hablado de la exacerbación de antiguos focos. Esto nos lleva a la diferenciación de los infiltrados precoces como foco nuevo, y de los infiltrados, como brote posterior.

Para Redeker (40), el infiltrado precoz como foco nuevo es una reacción inflamatoria perifocal, consecutiva a la formación de foco nuevo tuberculoso en pulmón no tísico, no tratándose de una unidad, sino de un concepto clínico radiológico creado por las necesidades de la práctica.

Los conceptos de foco nuevo y de pulmón no tísico tienen sus dificultades.

En antiguos residuos hematógenos se habla de infiltrado precoz cuando estos residuos son tan escasos, que sin el infiltrado precoz no se puede hablar de una tuberculosis pulmonar en el sentido clínico práctico.

Se habla de infiltrado de brote posterior o brote posterior infiltrado cuando los residuos o las formas hematógenas son tan manifiestas, que se considera ya una tuberculosis pulmonar, sea un campo indurado inactivo, sea una tuberculosis productiva no regresiva.

Romberg (41), entre otros, ha sido él quien ha considerado el infiltrado precoz producido por reacciones de exacerbación infiltrativa alrededor de focos antiguos aislados. La infiltración supone pequeños focos aislados que ya existían anteriormente.

Para Redeker (42), el concepto de infiltración pulmonar se refiere a inflamaciones perifocales sobre focos más o menos aislados intrapulmonares; pero no se refiere a las inflamaciones perifocales sobre extensos campos de induración o sobre tuberculosis proliferativas productivo-cirróticas.

El infiltrado de brote posterior en forma de infiltración, dentro de un antiguo campo de induración, lo llama Redeker infiltrado tardío.

Los campos de induración proceden de tuberculosis infantiles, de restos de infiltrado precoz o también de diseminaciones hematógenas. Sobre base de observación clínico-radiológica, Redeker Walter (43) ha descrito como infiltrado tardío las infiltraciones próximas al polo superior del hilio dentro de un antiguo campo de induración. La mayoría de los campos indurados, que sirven

de base a las infiltraciones, proceden de la serie del infiltrado precoz.

En antiguos focos diseminados puede existir también el infiltrado precoz como foco nuevo. El infiltrado precoz, en este caso, puede representar una nueva metástasis hematógena, o puede ser una metástasis broncogénica de uno de los focos diseminados o una coincidencia casual. Este infiltrado precoz sigue su camino sin ser influenciado por los antiguos focos y sin influenciar a estos focos.

Hemos visto que la exacerbación infiltrativa supone un foco aislado existente con anterioridad. El problema, ahora, es saber si el infiltrado precoz como foco nuevo presenta, radiológicamente, un estadio previo de foco más pequeño. Esto haría prestar una mayor atención al análisis cualitativo y genético de pequeñas manchas aisladas.

No se sabe el tiempo que se necesita para la formación de una inflamación perifocal. Se debe suponer un estado previo, un cierto tiempo; ahora que tales fases previas sólo quedan manifestadas días o semanas.

El infiltrado precoz no es sólo agudo, sino que existen evoluciones prolongadas de infiltrados que comienzan en forma de velo.

Braeuning (44) ha estudiado el comienzo de la tuberculosis pulmonar en el adulto por series radiográficas. Casi siempre comienza por un cordón o manchita blanca. Cuatro meses y medio después de una radiografía normal ha observado infiltrados hasta de tres centímetros de diámetro.

* * *

El infiltrado precoz clásico es conocido por su forma espesa, poco diferenciada. Radiológicamente, es redondo, blando y difuso. Al lado de él, Braeuning y Redeker han descrito el infiltrado nuboso.

El infiltrado nuboso puede presentarse como infiltrado precoz, como infiltrado hijo y como infiltrado de brote posterior.

El infiltrado nuboso se forma cuando tienen lugar múltiples focos o cuando se exacerbaban focos antiguos, o cuando en la formación de foco nuevo están comprendidos en la zona infiltrativa focos antiguos.

El infiltrado nuboso, en estos casos, es: 1.º, más irregular que el infiltrado precoz en pulmón libre; 2.º, no es tan homogéneo; 3.º, se reconocen focos múltiples locales; 4.º, por lo menos, el espesor del infiltrado es diferente; 5.º, la forma del infiltrado no es esférica o redondeada, sino deshilachada; y 6.º, el infiltrado nuboso pasa al tejido pulmonar, que está aumentado y espeso.

Hay también los infiltrados múltiples. Muchos de estos infiltrados múltiples son brotes posteriores en diseminaciones hematógenas. Son infiltrados ligeramente nubosos, en ciertos sitios algo deflecentes; el núcleo de estos enturbiamientos lo constituyen focos pequeños múltiples con vasos espesos y reconocibles. Tales enturbiamientos estructurados, especialmente cuando son múltiples, cuando el dibujo atestigua una antigua diseminación hematógena, son típicos para el brote posterior en tuberculosis hematógena.

Distinto de estos brotes posteriores infiltrativos estructurados, son los infiltrados redondos, que pueden ser múltiples o aislados.

Los infiltrados redondos múltiples y sin estructura se diagnosticaron al principio como cisticercosis y equino-

cosis múltiple. La primera observación fué en el año 1927, en que Jaksch y Wartenhorts (45) publicaron una observación cuya radiografía daba doce sombras redondeadas. Diagnosticaron de cisticercosis, y al cabo de tres años murió la enferma de sus lesiones tuberculosas.

En muchos infiltrados múltiples se puede comprobar un origen sucesivo de los unos tras los otros; pero hay casos en que los infiltrados múltiples se presentan al mismo tiempo.

Existen también los infiltrados redondos aislados.

Los infiltrados redondos múltiples o aislados son focos redondos más o menos puros, de densidad homogénea, no muy marcada, sin reacción perifocal, pareciendo incluidos en el tejido pulmonar normal, todo lo más, algo reforzado. Tapia (46) ha establecido los tipos siguientes:

1. Infiltrado redondo inicial: a), estacionario; b), evolución a la reabsorción; c), evolución a la cavidad.

2. Infiltrado redondo, coincidente con lesiones más o menos exudativas.

3. Infiltrado redondo como lesión residual de una cavidad o pleuritis.

La característica de los infiltrados redondos es la de ser infiltrados estacionarios, con todas las posibilidades evolutivas de un foco tuberculoso no curado por completo.

Díez y Navarro (47) creen que los infiltrados redondos que desaparecen por completo, son aspectos redondeados de formas infiltrativas de comienzo. Para ellos, todo proceso infiltrativo puede tener una forma redondeada y no ser un infiltrado redondo, por lo cual creen lo más conveniente hablar de infiltrado estacionario.

Tenemos, finalmente, el infiltrado fugaz, llamado también sucedáneo.

El infiltrado fugaz se define como una inflamación pulmonar de escasa extensión, de evolución rápida y benigna, casi asintomática, que aparece en el curso de infecciones focales (amigdalitis, faringitis, infecciones dentarias). Las neumonías levisimas y las bronconeumonías gripales dan cuadros indiferenciados del infiltrado fugaz.

Es importante saber si éstos son infiltrados tuberculosos o no. En contra del diagnóstico de tuberculosis, según Leitner, tenemos (48):

1.º Agudeza del proceso sin precedentes ni consecuencias. 2.º Fugacidad de la lesión. 3.º Reabsorción sin dejar residuos. No dejan ningún foco y ningún campo de induración. En los procesos tuberculosos se ve un foco central después de la reabsorción del infiltrado. 4.º La reacción de tuberculina es negativa. Puede ocurrir que durante la infiltración sea negativa la tuberculino-reacción, para después del retroceso hacerse positiva. En este caso es probable la tuberculosis. La tuberculino-reacción positiva en el adulto no prueba la etiología tuberculosa. 5.º Investigación cuidadosa del ambiente del enfermo. 6.º Carácter recidivante y aparición junto a procesos inespecíficos (anginas o gripe), esencialmente cuando los infiltrados aparecen muy agudos con fiebre. Los infiltrados inespecíficos cambian de sitio. 7.º La localización no es característica, aunque los procesos inespecíficos prefieren el campo medio e inferior. Frecuentemente se observan infiltraciones en el lóbulo superior. Los infiltrados específicos pueden asentar en cualquier parte. 8.º El cuadro sanguíneo no muestra nada claro en favor de la especificidad. A la desviación a la izquierda no se le puede dar la importancia que se le ha dado en favor de la tuberculosis. Tampoco la eosinofilia tiene

gran valor. La eosinofilia es la expresión de un estado altamente alérgico. Loeffler (49) ha visto infiltrados inespecíficos con eosinofilia, lo que es admisible, porque los fenómenos alérgicos no son específicos. Puede haber casos atípicos, por ejemplo, casos afebriles inespecíficos y casos específicos que sean fugaces y recidivantes.

CONCLUSIONES

- 1.^a Atendiendo a la enseñanza de Ranke, la tuberculosis comienza regularmente en el pulmón humano con el foco primario.
- 2.^a Una vez tenida lugar la infección tuberculosa, la alergia y el brote son los dos elementos esenciales de la evolución de la tuberculosis.
- 3.^a La infiltración secundaria perihiliar indica una tuberculosis ganglionar activa y su exacerbación. La infiltración secundaria estricta es una reacción tuberculotóxica de vecindad.
- 4.^a Concluida la tuberculosis infantil, en la evolución de la tuberculosis la alergia y el brote determinan un nuevo período, cuyo conocimiento se debe al examen radiológico en serie.
- 5.^a Se dice infiltrado precoz del foco nuevo que se presenta en tejido pulmonar libre.
- 6.^a La infiltración por reactivación de antiguos focos pulmonares no es esencialmente diferente del infiltrado precoz. En este caso se habla de infiltrado de brote posterior, de brote posterior infiltrativo, de infiltrado post-indurativo. La infiltración supone un foco aislado existente con anterioridad.
- 7.^a La aparición de un infiltrado hijo no es otra cosa que otro infiltrado que se presenta más tarde. Es sólo una denominación cronológica.
- 8.^a La infiltración de un campo de induración es el infiltrado tardío de Redeker.
- 9.^a Se ha deslindado también el infiltrado nuboso, el redondo y el fugaz.
10. Todo foco nuevo y a toda exacerbación de foco antiguo tienen de común la inflamación perifocal.
11. La frecuencia de eliminación de bacilos en la tuberculosis, aun en las formas infantiles, obliga a adoptar en todo caso de tuberculosis activas medidas de profilaxia.

* * *

- (1) KLEINSCHMIDT, ELIASBERG y NEULAND, citados por F. Klemperer und Rolf Ahlenstiel, *Ergebnisse der gesamten Tbcforschung* Band 1, pág. 7.
- (2) SIMON, citado por Simon Redeker, *Manual de tuberculosis infantil*. Madrid, 1932.
- (3) REDEKER WALTER, *Entstehung und Entwicklung der Lungentbc. der Erwachsenen*, 2.^a edición, 1929.
- (4) RANKE, *Gesammelte Schriften*, herausgegeben von Pagel. Berlin, 1928.
- (5) GARCÍA CERVIÑO y RAMOS RODRÍGUEZ, *Revista Española Tbc.*, tomo V, pág. 458.
- (6 y 7) OPITZ y KAYSER PETERSEN, citados por García Cerviño y Ramos Rodríguez.
- (8) EIZAGUIRRE, *La primo infección tbc.* Librería Internacional. San Sebastián, 1934.
- (9) G. CERVIÑO y RAMOS RODRÍGUEZ, *loco citato*.
- (10) REDEKER, SIMON REDEKER, *Tubc. infantil*, página 278.
- (10) ARMAND, DELILLE, LESTOCQUOY, *La tubc. pulmonaire de l'enfant et de l'adolescent*. Paris, 1934. Le-grand Editor, pág. 230.
- (11) CURT KLARE, *Konstitution und Lungeninfiltrationen*. Stuttgart, 1930, F. Enke.
- (12) ENGEL, citado por Fiori, *Rivista de Pato. e clinica della tbc.* Enero, 1935.
- (13 y 14) SAYE y OPITZ, citados por G. Cerviño y Ramos Rodríguez.
- (15 y 16) G. CERVIÑO y R. RODRÍGUEZ, *loco citato*.
- (17) TAPIA, ZARCO, JIMÉNEZ, citados por G. Cerviño y Ramos Rodríguez.
- (18) TAPIA y TELLO VALDIVIELSO, *Clasificación de las infiltraciones secundarias en la infancia*. Trabajos del H. N. de E. I., vol. 4.^o, 1934, y *Revista Española tbc.* Mayo-junio, 1933.
- (19) ASCHOFF, citado por Redeker. *Die Lungentbc. in Pubertätsalter von Klinischen Gesichtspunkt aus. Ergebnisse der gesamt. Tbc.* Band 3.^o, pág. 44.
- (20) ASSMANN, *Ergebnisse der gesamt. Tbc.* Band 1.^o, 1931.
- (21) REDEKER, REDEKER, SIMON, ROMBERG, REDEKER, LIDTYN, REDEKER, citados por Assmann, *loco citato*.
- (22) MICHELLI, citado por Lenci, *Rivista de Patologia e clinica della tubercolosi*, febrero, 1935.
- (23) NICOL SCHROEDER, *Lerhbuch der diagnostischen Irrtümer in Lungentbc.* 1932.
- (24) ASSMANN, *loco citato*.
- (25) LOESCHCKE, citado por Braeuning und Redeker. *Phthisische Entwicklungen aus den Reihen des Frühinfiltrates und des Frühen Phthisischen Nachschübes. Tbc. Bibliothek*, núm. 39, Leipzig, 1931, pág. 22.
- (26) BARD, citado por Klemperer, *loco citato*.
- (27) J. BLANCO y J. ZAPATERO. *Revista Española de Tbc.* Enero, 1935.
- (28) RUBINSTEIN, citado por Navarro Gutiérrez y Martínez Gómez. *Revista Española de Tbc.* Marzo, 1935.
- (29) J. BLANCO y J. ZAPATERO, *loco citato*.
- (30) BRAEUNING und REDEKER, *loco citato*, pág. 24.
- (31) GRAFF, citado por Braeuning und Redeker.
32. REHBERG, ZÜRCHER, ULRICI, FLEISCHNER, citados por Redeker Walter, *loco citato*.
- (33) J. BLANCO y J. ZAPATERO, *loco citato*.
- (34) CONSTANTINI. *Atlante clinico radiologico della tbc. pulmonari*. Bolonia, 1932. Stabilimenti poligrafici riuniti, pág. 44.
- (35) KOCH, citado por Braeuning, *Revista Española tbc.* Marzo, 1933, pág. 248.
- (36) REDEKER, GRAFF, citados por Braeuning, *loco citato*.
- (37) STARLINGER, citado por Braeuning, *Zeitschrift Tbc.* Band 56, Heft 4, 1930.
- (38) ROMER, citado por Braeuning, *loco citato*.
- (39) BRAEUNING, *loco citato*.
- (40) REDEKER WALTER, *loco citato*.
- (41) ROMBERG, citado por Braeuning und Redeker, *loco citato*, *Tbc. Bibliothek*, núm. 39, pág. 1.
- (42 y 43) REDEKER WALTER, *loco citato*.
- (44) BRAEUNING, *Zeitschrift für Tbc.* Band. 64, Heft 6, 1932.
- (45) JAKSCH y WARTENHORTS, citado por Tapia, González Gil, Calonge. "Nuestra experiencia sobre infiltrado redondo." Trabajos del H. N. de E. I., 1934, y *Revista Española de Tbc.* Agosto-septiembre, 1933.
- (46) TAPIA, *loco citato*.
- (47) Díez y NAVARRO GUTIÉRREZ, *Revista Española de Tbc.*, 1933, núm. 3.
- (48) LEITNER. *Zeitschrift für Tbc.* Band 66, diciembre, 1932.
- (49) LOEFFLE, citado por Leitner, *loco citato*.

Orientaciones pronósticas ante una tuberculosis laríngea

POR EL

Dr. JOSE DEL PIÑAL Y DIEZ DE LA MAZA
Otorrinolaringólogo. De la Beneficencia municipal de Santander

¿Cuál será nuestra conducta en un proceso de tuberculosis laríngea cuando intentemos establecer un pronóstico? ¿Puede el laringólogo hacerle solo? Sin auxilio del tisiólogo, nuestra experiencia nos dice que no en la mayoría de los casos. A primera vista, dados los conocimientos del laringólogo sobre tuberculosis laríngea, la detallada descripción que hacemos de sus formas, por lo bien visibles que son las lesiones tuberculosas de la laringe, parecería fácil hacer un pronóstico de esta enfermedad en cuanto a la vida del enfermo y a su curación local; ¡pero qué difícil y cuántos cavileos tenemos todos los laringólogos ante la cabecera del enfermo para responder de una manera precisa cuando emitimos el pronóstico! Tengamos en cuenta para el mismo la localización y la forma anatomoclínica, y atengámonos a una clasificación. Sabemos que la tuberculosis laríngea se clasifica: a), en forma catarral aguda; b), infiltroulcerosa difusa; c), infiltroulcerosa circunscrita periglótica; d), tumores tuberculosos; e), forma miliar aguda.

No hay duda que la mayoría de los enfermos de tuberculosis laríngea mueren al cabo de algún tiempo, oscilando entre meses y años; es, por tanto, una afección de pronóstico gravísimo; hástenos recordar el origen de la tuberculosis laríngea de focos que asientan en el parénquima pulmonar. Para sentar un pronóstico tendremos que saber la influencia de la afección laríngea en la evolución de la enfermedad, cómo la modifica, y si queremos además precisar con exactitud el modo que tiene de precipitar la terminación fatal, se comprende cuán compleja es la cuestión y lo imposible de resolver de una manera sencilla.

Además es conveniente conocer el pronóstico propio de la tuberculosis laríngea, considerada en sí como localización de infección bacilar, es decir, averiguar si es susceptible de curar o de detenerse, las consecuencias que consigo puede traer su evolución, los accidentes que determinen y las complicaciones locales eventuales.

Como vemos, para estudiar el pronóstico de la tisis laríngea es necesario ante todo examinar el estado de las lesiones pulmonares concomitantes (he aquí la efecísima intervención del tisiólogo), y después examinar el pronóstico de la afección laríngea en sí misma.

¿Qué influencia puede ejercer la tuberculosis laríngea en el pronóstico de la tuberculosis pulmonar?

Según nuestra experiencia, es, por desgracia, funesta. No en todos los casos podemos considerarla como complicación de tal gravedad que su aparición fuera el herald de una agravación progresiva de las lesiones torácicas. Aun cuando hay casos que no tienen duda, como, por ejemplo, cuando la laringe es invadida en una forma miliar aguda, el enfermo morirá sin remedio; si es una forma infiltroulcerosa la que se nos presenta, todo dependerá de la región donde lo haga: si se localiza en la epiglotis aparecerá una disfagia dolorosa y, como consecuencia, dificultad de alimentar al enfermo, con inanición progresiva, seguida de una debilitación rápida de las fuerzas del mismo, que hará que se extien-

dan más las lesiones pulmonares, agravando con esto el pronóstico general de la enfermedad.

Si las lesiones asientan en la región interaritenóidea, la situación es menos comprometida; el progreso del padecimiento laríngeo es más lento y puede estacionarse, no sufriendo el enfermo consecuencias inmediatas. Cuando esta forma de fima laríngea pasa a la ulceración, inmediata e irremediamente se presenta la disfagia, siendo esto uno de los signos más fatales. Además, en este período hacen su aparición las artritis y pericondritis secundarias de marcha aguda o bacilares de marcha lenta, con las consiguientes perturbaciones disneicas de marcha rápida o lenta, que son su consecuencia. Puede encontrarse en estos casos el pulmón en estado satisfactorio; pero si sobreviene la disfagia o la estenosis de la glotis, las lesiones pulmonares se agravan y el estado general empeora en muy poco tiempo. La forma catarral de la tisis laríngea, mientras no pasa de erosiones en las cuerdas vocales, no influye sobre las lesiones pulmonares. De forma parecida se comporta la forma de transición llamada infiltroulcerosa periglótica, que tiene una evolución muy lenta. La forma esclerosa y vegetante, si produce la estenosis laríngea progresiva por obstrucción mecánica, tarda poco en ocasionar consecuencia desagradable; claro es que no hace falta que esta obstrucción sea completa para que el paciente se agrave, ya que se trata de un organismo en que la función respiratoria está comprometida por la disminución lesional del parénquima pulmonar, y es indudable que al aparecer un obstáculo a la entrada y a la salida del aire acentuará de una manera alarmante la dificultad para la ventilación pulmonar.

Por lo anteriormente expuesto, vemos que la influencia de la afección laríngea sobre la evolución de la lesión pulmonar es variable, dependiendo de la forma anatomoclínica de la ringitis, de su marcha y, más que nada, de la aparición precoz o tardía de la disfagia dolorosa o de estenosis glótica, o bien de la ausencia de estas complicaciones en su evolución. Ya hemos visto que cuando aparecen, influyen de una manera perjudicial, y en otros casos, por el contrario, es dudosa o nula su influencia, y no hay motivo para afirmar que la invasión de la laringe sea causa de una terminación rápida y fatal, haciendo perder toda esperanza de curación.

¿Pero qué conducta seguir? ¿Cuál será nuestra brújula para fijar el pronóstico de una tuberculosis laríngea? Insisto de nuevo en la colaboración del tisiólogo, que es quien tiene que orientar el de la enfermedad pulmonar que origina la tisis laríngea: él es quien establecerá un tratamiento general que influirá sobre el órgano laríngeo. Nuestro papel queda limitado, en unos casos, a darle cuenta de la marcha de la afección; en otros podemos actuar activamente con tratamiento local, pero siempre de acuerdo con el especialista que dirige la localización pulmonar. Sabemos que el tratamiento de la tuberculosis pulmonar existe, que no es sintomático, que hay casos de formas curables y que con toda la precisión se hace el diagnóstico de los mismos, gracias a los adelantos de la ciencia radiológica.

Es interesante, cuando un tuberculoso está comprendido en una de estas formas curables y presenta los síntomas de una tuberculosis laríngea incipiente, el saber si esa complicación le agrava y le hace imposible su curación. Hay muchos casos en los cuales la tuberculosis laríngea cura de manera espontánea en todas sus formas

Medalla de Oro, Exposición Universal, París 1900.

Granulos de CATILLON

0.001 Extracto Normal de

STROPHANTUS

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

ASISTOLIA — DISPNEA — OPRESION — EDEMA — Lesiones MITRALES

Granulos de CATILLON

0.0004

STROPHANTINE

CRISTAL

TÓNICO del CORAZON por EXCELENCIA

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

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

Laboratoire CATILLON, 3, Boulevard St-Martin, PARIS

Agentes para España, GIMÉNEZ-SALINAS y C^a, Avda. Eduardo Dato, 10, MADRID



CAL-BIS-MA

Tres minutos... es estrictamente el tiempo que necesita una cucharadita de CAL-BIS-MA para neutralizar la hiperacidez gástrica.

Su empleo asegura una acción rápida a la vez que prolongada, debido a las sales de bismuto y al carbonato de calcio.

El CAL-BIS-MA contiene además caolin coloidal, el cual protege la mucosa gástrica y absorbe el gas.

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

FORMULA: Carbonato de Calcio 25 grs
Subgalato de Bismuto 2.18 grs - Subcarbonato de Bismuto 4.81 grs. - Carbonato de Magnesio 15 grs. - Bicarbonato de sodio 30 grs Caolin coloidal 10 grs

Para literatura y muestras gratuitas a los Sres. médicos dirigirse a:

LABORATORIO Y COMERCIO SUBSTANCIA, S. A.

Apartado 410 - Barcelona

Ayuntamiento de Madrid

EUZYMINA MENARINI

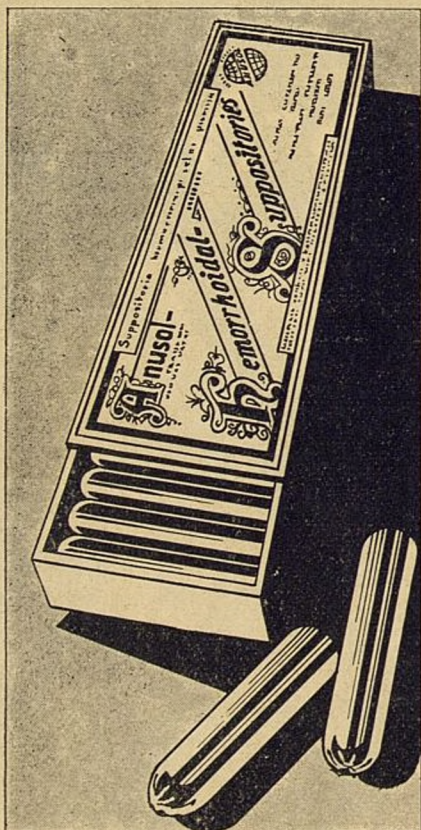
FORMULA DEL PROF. CONCETTI, DE ROMA

Recomendable en todas las formas dispépticas y catarrales, en la convalecencia de todas las enfermedades y, de un modo especial, en los niños nacidos prematuramente, en los débiles, raquíticos, anémicos, etc.

Después de haber comprobado "in vitro" la potencia digestiva de la EUZYMINA, y controlado su poder peptonizante y sacarificante, se ha ensayado en muchos niños dispépticos, y puede afirmarse haber obtenido siempre resultados rápidos y positivos.

Muestras gratis a los señores Médicos que las soliciten:

Agentes: J. URIACH y C.^a, S. A. - Apartado 632 - BARCELONA



ANUSOL

disminuye el catarro de la mucosa inflamada y ejerce una acción astringente sobre la superficie secretante,

por su gran poder antiséptico impide la infección de los nódulos hemorroidales y la formación de abscesos perirrectales,

provoca la granulación y estimula la reparación epitelial,

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

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

No mortifica los tejidos. No es tóxico.

Para literatura y muestras gratuitas dirigirse a:

LABORATORIO Y COMERCIO SUBSTANCIA, S. A.

Apartado 410 - BARCELONA

clínicas, aun cuando lo hace en un menor grado que la pulmonar. ¿Pero podemos curar la tisis laríngea actuando directamente sobre la misma, como se hace en la forma ósea o ganglionar, etc.? En caso afirmativo puede esperarse que en algunos casos curará la afección laríngea simultáneamente con la pulmonar. Cuando no se puede actuar sobre la afección laríngea, ésta terminará con el enfermo, que, por otra parte, hubiese podido curarse de la afección pulmonar. Por mi experiencia propia, adquirida durante más de seis años de constante observación de tuberculosos laríngeos en las salas del Hospital Provincial de Santander y de la aportación del antiguo Dispensario Antituberculoso de la misma, puedo decir que la tuberculosis laríngea en ciertas condiciones y cuando se presenta en determinadas formas clínicas es perfectamente curable por el laringólogo, unas, de una manera radical; otras, transitoria, a condición, por parte del enfermo, de enormes sacrificios y voluntad férrea del mismo. Tengo enfermos en mi casuística de un año y más de reposo absoluto, habiendo llegado a aprender el lenguaje de los mudos. Otros, curados por galvanocauterización; otros, por rayos ultravioleta, estando estos últimos indicados en aquellas formas en que por su extensión o localización son imposible de los tratamientos usuales.

Claro está que todos estos tratamientos son a condición de que el laringólogo haya hecho un perfecto diagnóstico de la forma anatomopatológica, extensión y lugar que ocupa el padecimiento laríngeo y de una muy consciente indicación del agente terapéutico, pues qué duda cabe que una cauterización efectuada de una manera incorrecta o en una forma infiltroulcerosa que abarque la endolaringe puede, no sólo no curar, sino agravarse, matando al enfermo en pocas horas por edema. Forzosamente he tenido que salirme un poco del tema que me propuse tratar; pero al hablar de pronóstico es imposible hacerlo de no aunarlo con la terapéutica y el tratamiento.

Voy, pues, a enumerar, según mi estadística, cuáles son las formas más viables de curación y, por tanto, de mejor pronóstico. De menor a mayor gravedad tenemos: 1.º, el tuberculoso laríngeo; 2.º, la forma circunscrita infiltroulcerosa periglótica (para mí, de transición); 3.º, forma catarral; 4.º, forma esclerosa y vegetante; 5.º, forma infiltroulcerosa difusa, sin lesión de epiglotis; 6.º, la forma anterior con lesión de epiglotis.

Claro es, y no me cansaré de repetirlo, que es condición precisa para que curen todas estas formas que el enfermo mejore en su estado general, contribuyendo además la falta de tos y todas las causas que irritan de un modo mecánico a la laringe. Si el enfermo no está apirético, se encuentra deprimido y la alimentación es deficiente, nada adelantaremos con nuestro tratamiento, aun cuando las lesiones laríngeas sean pequeñas y las pulmonares también; por el contrario, si la fiebre falta y la alimentación es suficiente, ya puede padecer una forma grave de tuberculosis, coexistiendo con otra también grave del pulmón, con procesos ulcerativos y producción de cavernas, etc., que su afección laríngea curará, siendo, por el contrario, la muerte la que finalizará el primer caso.

Podemos, por todo lo expuesto, deducir que la tuberculosis laríngea en los casos favorables se cura siempre; pero sería un gravísimo error creerlo. Alcanzar la curación es la excepción y no la regla; ahora bien, ésta

será más frecuente en una forma que en otra: en unos casos la curación será total y completa; en otros, temporal, estacionándose las lesiones, como sucede en la forma esclerosa.

Innegables son también estos hechos, que por curar la tuberculosis laríngea no cura la pulmonar. En unos casos la curación sería espontánea, en otros requiere un tratamiento endolaringeo.

Que el tratamiento general de la tuberculosis pulmonar bien dirigido influye favorablemente sobre la lesión laríngea es indudable.

No existe una relación entre la finia laríngea y la extensión y modalidad de tuberculosis pulmonar, sobre todo en lo que atañe a la forma infiltroulcerosa difusa; en las demás formas parece, sin embargo, notarse cierto paralelismo.

No debemos ni ser muy pesimistas ni muy optimistas en nuestros pronósticos. Únicamente una observación continuada y atenta del caso nos pondrá en condiciones de prever agravaciones y alteraciones que se puedan originar en su evolución.

Estas son todas las deducciones que el estudio y control de estadísticas ajenas y propias nos sugiere; pido indulgencia a los lectores, ya que si algún error hay en mis apreciaciones son producto de la fatalidad, pues en todo este trabajo he procurado asesorarme de obras clásicas y de una experiencia personal de algunos años.

Junio-6-1935.

Importancia de la radiología en el diagnóstico de las neumonías en la infancia

POR

FABIAN TASCON ALONSO

Médico de Pola de Gordón

Hemos creído sería de algún interés práctico publicar algunos casos de neumonía observados por nosotros, en los que, sin la ayuda de los rayos X, el diagnóstico se presentaba difícil y daba lugar a confusiones, y cómo en ellos la radiología vino a sacarnos de dudas, mostrándonos con toda claridad nos hallábamos ante procesos neumónicos, y dirigiendo así nuestro tratamiento sin titubeos.

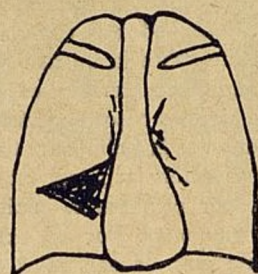
Todos sabemos cómo en los niños los síntomas subjetivos son de muy poco valor, y menor a medida que desciende su edad, y cómo de la auscultación y percusión tantas veces sacamos una impresión muy borrosa por la inquietud del niño, que con sus gritos y su llanto nos dificulta nuestra exploración; además, en los procesos neumónicos, bien por su situación, hiliar unas veces, central otras, los síntomas clásicos de soplo y estertores y la matidez tardan en aparecer, y mientras tanto, nuestra atención pudo haber sido desviada en otro sentido y, con ello, haber perdido tiempo en el buen tratamiento de nuestros enfermos; es en estos casos de diagnóstico dudoso o difícil en los que la radiografía tanta ayuda puede prestarnos al mostrarnos con su sombra de densidad homogénea, ocupando un lóbulo o parte de él (según el tiempo que lleve evolucionando el proceso), nos hallamos ante un cuadro pulmonar que luego, por los antecedentes del enfermo y demás datos recogidos



Esquema 1.º



Esquema 2.º



Esquema 3.º

dos, nos será fácil diferenciar de los de otra etiología que pudieran presentar imágenes parecidas.

Nuestras observaciones resumidas:

Caso 1.º J. S., de dos años; antecedentes sin interés; principio brusco, en plena salud, con fiebre hasta de 40° y vómitos, sin tos ni disnea; la auscultación y percusión de su aparato respiratorio no nos da ningún signo; la radioscopia es típica (esquema 1.º): sombra densa, ocupando el lóbulo superior derecho, de forma triangular, con vértice en hilio y base externa; a los tres días de esta exploración aparece soplo; a los siete días, terminación por crisis.

Caso 2.º A. M., de tres años, sin antecedentes de importancia, comienza con fiebre de 39°, sin otro síntoma; exploración pulmonar nula; radioscopia (esquema 2.º): sombra en base izquierda, de densidad media; a los cuatro días aparece soplo en esta misma región; a los cinco días, crisis.

Caso 3.º A. L., seis años, sin antecedentes de interés; principio agudo, con fiebre de 39,5°, sin tos ni disnea; nada se encuentra por percusión y auscultación; radioscopia (esquema 3.º): sombra triangular de base hilar en lóbulo medio derecho; a los dos días, dolor en costado derecho y tos; a los cuatro días, soplo y submatidez; terminación por crisis a los cinco días.

Hemos escogido nuestros casos entre los que no nos daban hallazgos a la exploración física, y nuestras sospechas de un proceso neumónico nos encaminaron hacia el examen radiológico, dándonos éste la certeza en el diagnóstico.

Conclusión.—Creemos de un gran interés práctico el examen a rayos X en todo niño sospechoso de un proceso neumónico, por ser los síntomas radiológicos precoces, y dándonos en muchos casos la única prueba de nuestras sospechas.

Pola de Gordón, 21-VI-35.

BIBLIOGRAFIA

LA LIMITACIÓN DE LA NATALIDAD (BIRTH-CONTROL), por el Dr. Raoul de Guchteneere. Prólogo de Jacques Leclercq. Segunda edición española, según la última francesa, corregida y aumentada. ("Biblioteca de Cuestiones Actuales", tomo XIII.)—Ediciones FAX. Plaza de Santo Domingo, 13. Apartado 8001. Madrid.—19 X 12 cms., 224 páginas. 4 pesetas.

En la reedición de esta obra se mantienen sus líneas generales; ni había por qué cambiarlas, pues su plan abarca todos los aspectos que puede ofrecer cuestión tan

traída y tan llevada, y tan embrollada, por lo tanto. Estudiábase primero el malthusianismo ante los hechos: el malthusianismo es una doctrina puramente económica; su error es contra la demografía y no contra la moral, pues ninguno de los medios que pregonó Malthus para prevenir el desequilibrio que, a su juicio, se produciría en breve entre población y medios de subsistencia, tiene relación con la limitación de la natalidad, tal como hoy se la entiende. No justifica, pues, el neomalthusianismo ni al Birth-Control, perniciosas falsedades que en su rápida propagación han contado tan buenos aliados como el egoísmo y las humanas pasiones, disfrazadas, eso sí, con todo el aparato científico que se quiera.

Todo este aparato puede reducirse a los argumentos siguientes: argumento económico: reduciendo la natalidad aumentará el bienestar de las familias; argumento eugenésico: las clases inferiores se propagan con mucha mayor rapidez que las superiores; restringiendo la natalidad se asegura el porvenir de la raza y se librará la sociedad de multitud de indeseables; argumento médico: los repetidos embarazos comprometen la salud, la dignidad y la vida de la mujer; limitándolos, decrecerán las enfermedades y la elevada mortalidad infantil; argumento moral: el Birth-Control tiende a acrecentar el bienestar del individuo y de la sociedad, corrobora los lazos conyugales, disminuye los divorcios y abortos, rehabilita la salud y dignidad de la mujer: es, pues, recomendable. A examinar y refutar estos cuatro grupos de argumentos dedica el autor sendos capítulos, y después termina exponiendo en el capítulo último la concepción católica de la natalidad.

Las líneas generales de la obra, según las hemos expuesto, no han variado, decimos, en esta segunda edición; pero el autor ha enriquecido y refundido de tal suerte sus datos y argumentos, que es casi una obra nueva: el aspecto médico, el eugenésico y el económico (sobre todos, el médico), están mucho más completamente tratados que en la edición primera, merced a los recientes estudios y testimonios de los técnicos que el doctor Guchteneere reúne y comenta.

El libro es utilísimo: no hace falta insistir en ello. Hasta hoy, antojábase el silencio como la mejor salvaguarda de la virtud; y, entretanto, a cada paso se presentaban cuestiones prácticas que la moral individualista resolvía, al parecer, razonable y convenientemente, fundándose las más de las veces en la Medicina y en la Higiene. Sufrimos un verdadero bombardeo de argumentos pseudocientíficos, algunos, aparentemente de fuerza, pero cuyo profundo análisis es necesario para hacer resaltar las convenientes distinciones. Hoy, que los descubrimientos científicos proponen nuevos problemas a la

moral católica; hoy, que todo se trata públicamente, ¿no será necesario informar al público católico, en materia que tanto interesa a todos, de la precisa aplicación de la doctrina cristiana?

La edición, tan cuidada como todas las de la FAX.

CÁNCER DE LA PIEL, por los *Dres. Wolfgang y Magnusson*.—Estudio clínico en referencia especial al tratamiento por radium.—Acta radiológica, suplemento 22. Estocolmo, 1935.—Trabajo de 287 páginas, ilustrado con 14 figuras, y al final 10 planchas, con fotografías de enfermos tratados y microfotografías de preparados anatomopatológicos.

Este trabajo le considero como el más completo de los publicados hasta ahora, hallándose expuestos los distintos capítulos en que se halla dividido con un método y una claridad que honran al autor.

Después de estudiar la definición del término "Cáncer cutáneo" y los diferentes tipos conocidos de cáncer epinocelular, basocelular e intermediario, pasa al estudio de la técnica del tratamiento que se sigue en el radiumhemmet, describiendo detalladamente las preparaciones y contenidos y la técnica de aplicación, comprendiendo en ella la superficie de aplicación, la implantación de agujas de radium, la telerradiumterapia y el dosaje. A fin de hacer lo más completo posible el estudio de este capítulo, incluye en él también el tratamiento por los rayos Roentgen, dedicando unas breves consideraciones a la electrocoagulación.

Al estudio de los resultados obtenidos, que divide en dos grupos, según se trate de los obtenidos en otras clínicas y en el radiumhemmet, sigue el de los factores que influyen en ellos, tales como el carácter histológico, tamaño y extensión, carácter del hecho tumoral, topografía, infección, edad del paciente y tratamiento previo que haya podido haber sufrido.

Los últimos capítulos de este trabajo están dedicados al estudio de las recidivas y al tratamiento de las metástasis, lesiones en conexión con el tratamiento, pronóstico y posibilidades de desarrollo de la radiumterapia.

En este trabajo se halla contenido todo cuanto pueda interesar al que se dedique a estas cuestiones, y en esto, como en otras manifestaciones científicas, sigue Suecia en el alto puesto que ha conquistado, y que hace que figure entre las primeras naciones de Europa.—DOCTORES J. y S. RATERA.

SANG ET ORGANES HÉMOPOÏÉTIQUE, por el *Dr. A. Touraine*.—Un volumen de 275 páginas, con 21 figuras y una plancha en color. "Collection des Initiations médicales". Editeurs, Masson et C., 120 Boulevard Saint-Germain. París, 1935. Precio, 30 francos.

Este pequeño libro, que la gran editorial francesa Masson pone ahora en las librerías, constituye la guía más sencilla que se puede depositar en las manos de un joven que acaba de abandonar las aulas universitarias.

Tiene tanta más importancia la obra, ya que la hematología es parte de la ciencia médica, muy necesaria en el bagaje de un licenciado que ha de verla aparecer un día tras otro en su práctica médica y quirúrgica. En la primera parte, de las cuatro en que el libro se halla dividido, el autor trata de los signos reveladores de una afección de la sangre, las cuales entran casi todas en al-

gunos grandes síndromes, así como las de los órganos homopoyéticos; de esto habla muy detenidamente Touraine en los dos últimos capítulos, ya que el segundo lo dedica por entero y con gran cuidado a hacer un estudio de la sangre, tanto en estado normal como en estado patológico.

Bien que la facilidad de diferenciación de los tipos patológicos de estas enfermedades es grande, el presente libro le hará saber cuándo la sangre debe ser analizada, cuál es la interpretación del análisis, y deducir así el pronóstico y marcar el tratamiento.

Es, por tanto, esta obra insustituible en la biblioteca del médico práctico, que, como hemos dicho al comienzo de esta nota, hallará en ella un guía de gran eficacia.

La edición, hecha con el esmero y el buen gusto que la casa Masson imprime a todas sus obras.—J. H. S.

LOS CAZADORES DE MICROBIOS, por *Paul de Kruif*. Traducción de Pablo Martínez Strong.—Ediciones Granada y Espasa-Calpe. Ríos Rosas, 24. Madrid, 1934.—Un volumen de 400 páginas y 14 grabados. Precio, 18 pesetas.

"¿Podemos leer en silencio, en la soledad, apartados del tráfago humano, entregados a nosotros mismos?", se pregunta el genial *Azorín* en su bello tomito *Lope en silueta*. "Pues leamos así, que es la mejor manera de leer", se responde a renglón seguido. Pues bien: esto no tiene otro objeto que decirnos que ha sido así como yo he vuelto a leer después de una lectura rápida, esta obra de 400 páginas, llenas de letra asaz menuda, que Paul de Kruif ha lanzado al mundo por medio de su pluma, no de escritor de una tierra de fríos y nieblas, sino de la tierra de nuestros geniales Blasco Ibáñez y Sorolla: tal es la luz y la vigorosidad de sus imágenes puramente levantinas.

Es la obra, como de su título se puede colegir, una serie de biografías de los hombres que a través de los años han entablado las batallas de sus microscopios y de sus experimentaciones contra los microbios aniquiladores del hombre.

Y así vemos cómo surge el primero Leeuwenhoek, el holandés de hace doscientos cincuenta años, con sus lentes minúsculas y prodigiosas, que fueron el asombro de la Real Sociedad de Londres, cuando, a duras penas de algunos amigos, logró que las llevase a aquel cenáculo de hombres de ciencia, para que vieses los bichitos que el modesto hombre de aldea había logrado ver en el agua, merced a sus cristales.

Spallanzani, el genial italiano, con sus experimentos, de un tono ya más científico y más conocido de los hombres de hoy, sigue al modesto conserje de Deft.

Y he aquí que luego viene Pasteur, el magnífico, el grande, el genial—y perdonad la pobreza de mis adjetivos ante la obra de un genio de la Humanidad—, al cual el autor dedica dos capítulos, en los que nos pinta con su colorística pluma todos sus anhelos, sus penas, sus trabajos, y, por último, su gloria, cuando el 6 de julio de 1885, emplea su suero por primera vez en un muchachito de Alsacia, que sería el primer hombre que se salvase de la rabia mortal; y, por cierto, que entre los homenajes y aniversarios que los hombres celebran con fútiles motivos, hemos visto con tristeza infinita cómo pasaba el cincuentenario de ese glorioso día para la

Humanidad toda sin el más leve recuerdo—sálvese un folleto de Marinesco, pleno de interés.

Y otra gloria de la microbiología tan grande y tan plena de idéntico valor surge a su lado en la figura del alemán Koch, en su lucha intensa y, al fin, victoriosa, con el descubrimiento de ese bacilo que puebla el mundo por doquier.

Roux y Behring, los dos también de gran talla, se enlazan en un solo capítulo, como asimismo se enlazan sus obras. Y sigue Mentchinikoff, el ruso de vida tempestuosa y activa y llena de portentosos descubrimientos. Viene después, en una serie de capítulos, los soldados ingleses, héroes de la investigación en el África y La Habana contra las moscas del sueño, el mosquito del paludismo y el de fiebre amarilla—Smith, Bruce, Roos y Redd—, y no olvidemos tampoco el dedicado, a la vez que a Ross, al senador italiano Battista Grassi, héroe en la lucha palúdica.

Por último, se trata de la majestuosa figura de Paul Ehrlich, el genial descubridor de ese producto, también salvador de tantos hombres, el salvarsán, del cual la Humanidad entera se hace su acreedora.

Obra es ésta, en fin, digamos en resumen, que, a la vez que de maravilloso sedante y entretenimiento, formará una cultura asaz completa en la mente del lector de lo que fueron las vidas ingentes de estos hombres gloriosos.

• La traducción del inglés, realizada por Pablo Martínez Strong, prueba el conocimiento que de ambos idiomas tiene el mismo, a la par que le acredita de excelente literato.

La edición, cuidada, sólo tiene el inconveniente del precio, que no la hará ser muy difundida, cual fuera de menester.—J. H. SAMPELAYO.

TUMORES MUCOSOS Y DE LAS GLÁNDULAS SALIVARES, por el Dr. Hugo E. Ahlbom.—Acta radiológica, suplemento número XXIV. — Estocolmo, 1935. — Libro de 452 páginas, ilustrado con ocho figuras intercaladas en el texto y 26 tablas con figuras y microfotografías, en el cual se halla expuesto todo cuanto pueda desear el que quiere hacer un estudio completo de esta clase de tumores.

En efecto, los primeros capítulos, de los 17 en que se halla dividida la obra, tratan de las concepciones de la patología de los tumores mucosos y de las glándulas salivares, de las características de estos tumores y su diferenciación de otros tumores y de su clasificación histopatológica.

A continuación entra en el estudio del material del Radiumhemmet, describiendo detalladamente los casos clínicos allí vistos y tratados, dividiendo los tumores en benignos, semibenignos y malignos, y estudiando detalladamente los de cada una de las regiones en las que se han presentado (parotídea, submaxilar, sublingual, etcétera), describiendo en sucesivos capítulos su frecuencia y sitio, su distribución con arreglo al sexo y la edad, el estudio de las historias clínicas, hallazgos y curso clínico de los enfermos, la correlación entre los hallazgos histológicos y los caracteres clínicos y su diagnóstico directo y diferencial.

Los capítulos destinados al tratamiento están tratados con la meticulosidad y cuidado que pone la Escuela de Tursell, no solamente en lo que se refiere a la técnica, tanto de la Roentgen como de la curieterapia, sino tam-

bién en los que se refiere al efecto primario de la radiación y a los resultados del tratamiento, terminando tan importante obra con la disensión y conclusiones respecto a las indicaciones y métodos terapéuticos y al pronóstico.

Como hemos dicho al principio, tan importante obra está avalorada con unas magníficas microfotografías, concernientes a los casos clínicos expuestos en ella.

La obra es interesantísima, y su lectura reportará una indudable utilidad para los que se dediquen a estas cuestiones.

PERIODICOS MEDICOS

ROBERT DUPONT.—*Tratamiento de la astenia cancerosa por la clorofila.*

“Es casi seguro, nos dice Dupont, que la clorofila, aislada de sus complejos químicos, está dotada de propiedades terapéuticas muy activas: gran poder vasodilatador y activadora del funcionamiento cardíaco, intestinal y renal.” La ha usado el autor en un caso de astenia cancerosa y ha logrado magníficos resultados. Los dolores desaparecen con gran rapidez. Termina su trabajo, a más de manifestando la inocuidad del método, diciendo que sus modestos trabajos coinciden con los de Plagniol sobre el poder sensibilizador del pigmento clorofílico y su acción en la toxemia astenizante del cáncer, y los de David-Galtz sobre el tratamiento del cáncer por la clorofila. (*Bulletin Médical*, 16-11-1935.)—J. H.

FRANK.—*Las hormonas sexuales femeninas.*

Comprueba que, a pesar del gran avance en nuestro conocimiento de las hormonas sexuales femeninas, el tratamiento con ellas es desalentador únicamente. La hipofunción de los ovarios no ha encontrado que sea de valor alguno el tratamiento con las hormonas. Si los casos son observados durante largo tiempo, hay mejoría en enfermas de amenorrea y de esterilidad. La mejoría puede ocurrir sin terapéutica alguna, puede ser ayudada por sencillas medidas higiénicas, como la reducción de peso en la obesidad y el aumento de peso en los casos asténicos. Este autor está persuadido de que los resultados terapéuticos de la terapéutica hormonal, tan repetidamente referidos en la literatura actual, son puramente accidentales o coincidentes, y que, en realidad, la hormona no tiene nada que ver con la mejoría en el estado de la enferma.—(*New York State Journal of Medicine*, 1 diciembre, 1934.)—Dr. P. M.

BLITSTEIN (I.).—*Influencia de diversos anticoagulantes sobre la dosificación de algunos elementos de la sangre.*

Hemos estudiado la influencia del oxalato de potasio, del citrato de sodio, del fluoruro de sodio, del sulfato de cinc, de la heparina, de la hirudina y del licoide sobre las dosificaciones del fósforo orgánico; de las proteínas, de los cloruros, de la colesterolina, del extracto seco y la determinación del volumen globular en el plasma. De acuerdo con las investigaciones más antiguas, hemos comprobado muy frecuentemente una disminución en la cantidad de estos elementos en el plasma de la sangre anticoagulada por los cuatro primeros anticoagulantes.

Cuando se estudia la influencia de un anticoagulante a concentración dada sobre la dosificación de un elemen-

to, se puede atribuir la disminución a la dilución por el agua de salida de los glóbulos rojos, consecutiva al aumento de la concentración en iones. Es a esta causa de error, desde luego, a la que lo han atribuido los diferentes autores. Pero un estudio más completo muestra que no es solamente al agua que sale de los glóbulos rojos: la membrana globular está alterada de tal manera, que pierde sus propiedades de semipermeabilidad, de donde los constituyentes globulares, que son normalmente retenidos, la atraviesan igualmente, pero no en el mismo grado, porque no se ha hecho completamente permeable. Es por esta razón cómo se ven diferentes elementos de la sangre anticoagulada disminuir en proporción diferente.

El citrato de sodio y el sulfato de cinc alteran la membrana globular menos que el oxalato de potasio y el fluoruro de sodio, como lo muestran, entre otros, los efectos hemolíticos respectivos. También, empleados a la dosis mínima, necesaria para impedir la coagulación, estos cuatro anticoagulantes dan errores, a veces tan marcados, que su empleo, aun para las investigaciones clínicas, es muy discutible. Tanto más que en estos casos se desprecia frecuentemente el pesar los productos en balanza de precisión, y no se toman bastantes precauciones al mezclar la sangre con el anticoagulante, para evitar la hemólisis.

El empleo de los anticoagulantes, tales como el oxalato de potasio, el citrato de sodio, el fluoruro de sodio y el sulfato de cinc, cuando se quiere dosificar los compuestos sanguíneos en la parte líquida, debe ser rechazado. En este caso se puede emplear la heparina, la hirudina y el licoide; pero estos tres anticoagulantes no convienen a la dosificación de todos los elementos.

Para la determinación del volumen globular, la hirudina, la heparina y el licoide dan cifras exactas, y pueden emplearse indistintamente.

Para la dosificación de extracto seco, la hirudina, la heparina y el licoide pueden emplearse con el mismo rigor.

Para la dosificación de cloruros, sobre todo cuando se quiere establecer la relación Cl globular/Cl plasmático, emplear la hirudina, la heparina y el licoide.

Para la dosificación de colesteroína, emplear la hirudina, la heparina y, sobre todo, el licoide.

Para la dosificación del fósforo orgánico, sólo el licoide permite obtener la misma proporción que se encuentra en el suero. La heparina introduce errores, porque contiene fósforo. La hirudina da enturbiamiento en el curso del calentamiento de los reactivos e impide la comparación calorimétrica.

Para la dosificación del N no proteico preferimos emplear suero o sangre total.

Para la dosificación de la serina y de las globulinas se precisa emplear únicamente suero. El empleo de heparina y de licoide se debe rechazar, porque forman, con el fibrinógeno, un complejo que introduce errores en el curso de la dosificación. La hirudina nos ha dado completa satisfacción. A nuestro parecer, para la dosificación del fibrinógeno es preferible emplear el procedimiento refractométrico, que consiste en hacer una medida sobre el plasma nativo, para dejar coagular el plasma y hacer nueva lectura sobre el suero así obtenido. Según W. Stalling, es el único procedimiento de resultados exactos.

Salvo para las proteínas, el licoide puede ser empleado para las dosificaciones de todos los elementos que hemos estudiado. Su precio, poco elevado en comparación

con el de la hirudina y el de la heparina, permite su empleo en la práctica.

Con el empleo universal del licoide sería posible evitar conclusiones contradictorias, a las que se ha llegado frecuentemente, como consecuencia de utilización de diversos anticoagulantes. A falta de ello, es aconsejable que todos los autores indiquen el anticoagulante empleado, así como la dosis de éste y el método o procedimiento empleado para la dosificación.

Ciertamente, cuando se emplea dosis mínima de anticoagulantes, los errores son menores, pero ciertos. Experimentalmente se ha visto que los métodos con sangre desfibrinada, hirudinada o heparinada, se pueden substituir. Igualmente el fenómeno de Hamburger interviene en estas experiencias, pero nos ponemos al abrigo de este error añadiendo el anticoagulante a la sangre previamente desfibrinada, en la cual la tensión del CO_2 ha disminuido por el batido.

USUI, ITO, TUJIOKA, NAGAI Y KON.—*La hormona sexual masculina sacada de la orina.*

Aseguran que han extraído de la orina de jóvenes de veintiuno a veintitrés años una hormona, que han ensayado en capones, en los que pone roja y tumefacta la cresta, y el animal se hace más vivo y hasta combativo. Después de tres o cuatro semanas, demuestran más interés en la actividad sexual. Esta hormona fué usada en tres individuos viejos eunocoides, y se comprobó, en efecto, sobre el apetito y el metabolismo basal. Mejoró el color de la piel, aumentó su grasa y disminuyeron las arrugas, de modo que ofrecieron un aspecto más joven, y ellos se sentían con muchas mayores energías, así como una mejoría en el cuadro sanguíneo, en el número de hematíes y en su contenido en hemoglobina.

Seis viejos que no ofrecían ninguna particularidad distinta de la que lleva consigo la edad, fueron también tratados con esa hormona. Estos individuos se quejaban de pérdida de apetito, insomnio, dolor de cabeza, vértigos, debilidad general... Estos síntomas desaparecieron en el curso de una semana. Cincuenta y dos afectos de debilidad sexual fueron tratados con esa hormona. Aquejaban falta de deseo, eyaculación precoz, espermatoma, etcétera, etc. Veintidós de estos casos mejoraron mucho, y en 18 la mejoría fué menor. En algunos casos, la mejoría duró tres meses; en otros, sólo uno. Estos enfermos recibían tres veces por semana una inyección subcutánea de cuatro unidades capón.

Un caso de hipertensión arterial ofreció un descenso inmediato de la presión diastólica, de 200 a 150 milímetros de mercurio. En cuanto cesaban las inyecciones, la tensión volvía a subir, pero con una inyección se mantenía a 150.—(*Munchener Med. Woch.*)—Dr. P. M.

L. BLAVIER.—*Ensayo de tratamiento esclerosante de diversas afecciones quirúrgicas.*

En 1934 (*Presse Médicale*, 2 mayo 1934) hemos publicado los resultados del tratamiento del hidrocele por las inyecciones de clorhidrolactato de quinina y urea. Por estos resultados hemos proseguido el estudio y ampliado el tratamiento con la solución de clorhidrolactato doble de quinina y de urea al 30 por 100 en medio analgésico para tratar quistes del cordón, quistes del canal de Nück, quistes espermáticos, higromas del codo, higromas de rodilla, quistes artrosinoviales del hueso po-

plíteo de la muñeca, quistes del ovario, quiste hemático, variocelos, absceso frío, así como varices del miembro inferior, inyectando dosis variables de la solución esclerosante en relación de la cavidad a tratar y previo vaciamiento de ésta.

Hasta la fecha, podemos decir que hemos conseguido la curación en todos los casos tratados, si bien en algunos ha sido necesario para ello repetir la inyección esclerosante a los pocos días de la primera.

Hemos ensayado este método en las fístulas pleurales; los resultados parecen alentadores; pero es prematuro sacar conclusiones. Si este método es anodino en la mayoría de los casos, hay que confesar que carece siempre de peligros.

En el tratamiento del hidrocele, donde la reabsorción del líquido inyectado se hace lentamente, nunca hemos observado el menor accidente; donde tal absorción se hace más rápidamente se llegan a observar accidentes, cuya gravedad es función de la integridad del filtro renal.

En una enferma tratada por quiste del ovario con albuminuria aparece una hematuria sin gravedad; pero en otro enfermo, antiguo nefrítico, tratado por fístula bronquial, al que practicamos una inyección esclerosante, sobrevinieron accidentes renales muy graves que pusieron durante unos días en peligro su vida.

Por consecuencia, antes de practicar el tratamiento esclerosante por las soluciones de clorhidrolactato doble de quinina y de urea, es de interés asegurarse de la integridad del aparato renal, sobre todo, si el líquido debe ser inyectado en tejidos de reabsorción rápida del medicamento. (*Bruxelles Médical*, Bruselas, 2 junio 1935. Año XV, núm. 31, pág. 853).—M. A. C.

SCHEER Y KEIL.—*Las erupciones de la codeína.*

Las toxidermias producidas por la codeína son extraordinariamente poco frecuentes, hasta el punto que el que presentan los autores en este trabajo es el séptimo que se encuentra en la literatura universal. Las cualidades de esta erupción son bastantes características. Tiene un comienzo perifolicular que progresivamente va haciéndose confluyente, tomando un aspecto escarlatiniforme y dando lugar a un prurito muy acentuado. De las investigaciones efectuadas se deduce como hecho principal la positividad de las epidermorreacciones a la codeína, coincidiendo con la negatividad de las pruebas de este género efectuadas con la morfina.—(*The Jour. of the A. M. A.*, vol. CII, núm. 12, 1934).—T. B.

F. UMBER.—*La diabetes en sus relaciones con los traumas y aptitud de los diabéticos para el trabajo.*

En primer término, hay que precisar el concepto de diabetes. La producción defectuosa de insulina trastorna la formación y la resíntesis del glucógeno, así como su fijación en el hígado. La glucemia y la glucosuria son sólo síntomas secundarios de este trastorno primitivo, del mismo modo que lo es la acidosis diabética. De ordinario hay un funcionamiento deficiente del páncreas por debilidad congénita, adquirida muchas veces por herencia. El número de diabéticos hereditarios no baja del 25 por 100. El aparato insular del páncreas es el más independiente de todos los que integran el sistema endocrino. Las restantes glándulas de secreción interna y el mismo sistema nervioso influyen sobre él en muy escasa me-

didada. En cambio, su antagonista (adrenalina) es sensibilísimo a las menores alteraciones del sistema nervioso. Ahora bien: las hormonas del páncreas están muy influenciadas por todo lo humoral, y muy especialmente por la glucemia. Todas las glucosurias que no se modifican por la insulina (el 1 por 100 aproximadamente) son extrainsulares. Ejemplo, la provocada por la picadura del cuarto ventrículo. Todas las causas que irritan el sistema cromafino provocan glucosurias. La tiroxina y la hormona contrainsular del lóbulo anterior de la hipófisis obran también por intermedio del sistema cromafino. Glucemias y glucosurias de esta clase se observan transitoriamente tras los traumatismos craneales y en algunas intoxicaciones (por CO y otras).

Cuando se dice que un traumatismo provocó glucosuria hay que hacer un diagnóstico preciso para saber si se trata de diabetes verdadera o de glucosuria accidental no diabética. Sólo traumatismos que destruyen grandes porciones de páncreas pueden estimarse como provocadores de diabetes verdaderas, y aun así, el hecho de que no todos la produzcan induce al autor a pensar que precisa una debilidad funcional previa del sistema insular. Algunas veces los traumas agravan transitoriamente una diabetes, pero estas agravaciones obedecen pronto y bien al tratamiento. La diabetes postraumática pertenece al dominio de las fábulas, según ha demostrado la amplia y terrible experiencia de la guerra.

Para juzgar de la capacidad de trabajo de un diabético hay que atender a lo que pudiéramos llamar *calidad* de la diabetes. Esta no puede apreciarse por la intensidad de los síntomas llamativos, sino por la resistencia al tratamiento. Diabéticos aparentemente graves se normalizan pronto y bien, y otros con escasos síntomas se agravan y no obedecen al tratamiento.

Los de gran tolerancia y glucemia escasa no necesitan tratamiento constante con insulina, y mediante una sencilla dietética y una vigilancia sostenida, pueden dedicarse a múltiples ocupaciones y trabajos. Otro es el caso en los que tienen escasa tolerancia, altas glucemias y requieren tratamiento insulínico. Sin unos 48 gramos diarios de hidratos de carbono—aparte de los contenidos en verduras y ensaladas—, no puede sostenerse ningún hombre. Un diabético que tolera hasta 120 gramos diarios de H. d. C., aparte de las verduras, y que si necesita más por razón de su trabajo se las puede proporcionar por insulina, es apto relativamente, según cuál sea su situación económica y la profesión a que se dedique. Pero el forzar la tolerancia por más insulina es peligroso: a la postre, el paciente se agrava, y, aparte de los niños, ya no se da a los diabéticos la alimentación libre con la adición de insulina necesaria, por las malas consecuencias que trae consigo. Además, los que necesitan tomar insulina están siempre expuestos a sorpresas desagradables en forma de hipoglucemias bruscas, por lo que hay que eliminarlos de todos los empleos en que manejen máquinas, de los de conductor de vehículos, de cualquier naturaleza que sean, y de todos aquellos en los que un simple vahído pueda ocasionarle graves daños, como albañiles, etc. Desde luego, nunca serán soldados, bomberos, acróbatas ni mineros. En cambio, toleran bien el trabajo de oficinas, y aun el de directores de negocios. La responsabilidad moral no les afecta. Son muchísimos los diabéticos incapaces para el trabajo por las tuberculosis, cardiopatías, enfermedades de riñón, arteriosclerosis, etc., que padecen al mismo tiempo.—(*Die Medizinische Welt*, 1935, pág. 889).—F. G. D.

SECCION PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

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

SUMARIO.—SECCIÓN PROFESIONAL: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—ACADEMIAS Y SOCIEDADES.—Un suelto: El Comité Central de Enlace de las Clases Sanitarias nos ruega la publicación de una nota.—La Coordinación Sanitaria: Comentarios de un profesional, por Julián Díez.—Contestando a una carta abierta, por Julio Blanco.—Mártires titulares: Razón y... virilidad, por Angel F. Domínguez.—Carta abierta, por José Peña Rubio.—Para el Sr. Subsecretario de Sanidad, por el Dr. Tomás de Benito Landa.—Semana Médica Internacional Suiza.—Cursos de perfeccionamiento Médico Internacional en Berlín.—SECCIÓN OFICIAL.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—CRÓNICAS.—TERTULIA.

BOLETIN DE LA SEMANA

Un rato a vacantes

Podíamos hablar mucho y bueno acerca de esto; pero siempre tendría nuestra argumentación menos fuerza y realidad que transcribir lo que es reflejo vivo de un estado de opinión que se ha venido a formar como consecuencia de las anomalías que rodean el anuncio y provisión de las vacantes de titulares. Por eso, y guardando el nombre del firmante, aunque poniéndolo siempre a disposición de quien lo pidiese, vamos a reproducir la carta que "Decio Carlán" ha recibido el día 25 del recién muerto mes de julio.

Dice así: "Muy distinguido compañero: Tengo entendido que hay en la Dirección General de Sanidad retenidas cerca de mil vacantes de titulares médicas de todas categorías, desde hace mucho tiempo, y que no se sabe cuándo ni cómo se anunciarán dichas vacantes en la "Gaceta".

Lo que sí se sabe es que los interinos que las desempeñan han tenido buen cuidado en contratar el igualatorio por tres y cuatro años, para que cuando se provean en propiedad, el agraciado se encuentre en las de quinta categoría: 2.000 pesetas solamente, y, o se resigna a someter a su familia a pan y agua, o renuncia a todo, y a dieta absoluta.

Como esto es tristísimo para el excedente forzoso que, después de paro prolongado, acaricie la ilusión de una de esas plazas que pueda corresponderle, y si la obtiene, al tomar posesión se encuentra con sólo la titular, ¡calcule usted, amigo "Decio Carlán", qué halagüeño porvenir nos espera!

Como ello no es justo, yo creo necesario que gestionen ustedes del ministro de Trabajo una Orden para que, con el anuncio en la "Gaceta",

diga: "Los contratos de igualatorio que tengan hechos los médicos interinos caducan al cesar dicha interinidad y no podrán concertarse más contratos que con el propietario, en un período subsiguiente de un año."

Creo que no es, ni mucho menos, descabellada esta idea, pues en los pueblos de censo no superior a un millar de habitantes, no es posible que puedan ganar dignamente para comer dos médicos.

¡Cuánto lo agradecerían los excedentes forzosos, que están pasando una crisis tristísima y viven con el ansia de poder ocupar una de las plazas retenidas (no se sabe por qué) a su provisión en propiedad!

Confianto en que "Decio Carlán" se ocupe de esto, le saluda su afectísimo, X. X. X."

Hasta aquí la carta de nuestro angustiado comunicante. Al comenzar a ocuparnos de este asunto del modo urgente que se requiere, queremos, como hemos dicho al principio de este "Boletín", dejar de momento tan sólo la sangrante impresión que produce esta carta, hija de un estado de opinión que, aunque equivocado en parte, tiene los máximos fundamentos de razón.

Mejor que una campaña violenta, y mejor que ponerse la clase médica en contra de las más sagradas de las libertades, es que por el Ministerio de Trabajo y la Subsecretaría de Sanidad se proceda de modo inmediato al anuncio de esas vacantes, que es cierto que son en número crecidísimo, y que es cierto que están indebidamente detenidas para su provisión conforme a las leyes. La causa de esta detención todos la conocemos, y no pide más que un punto de energía en el ministro de Trabajo, y eso es lo que hoy le solicita desde estas columnas al Sr. Salmón el viejo

DECIO CARLÁN.

ACADEMIAS Y SOCIEDADES

ACADEMIA MEDICOQUIRURGICA ESPAÑOLA

Presidencia: Dres. M. Arredondo y Vital Aza

(Sesión 27 de mayo de 1935.)

SÍNDROME DE AVELLIS DE ORIGEN TRAUMÁTICO, por el Dr. Sánchez Rodríguez.

Dado que es un caso de bastante interés, aunque no de rareza, es por lo que me atrevo a traerlo a esta Academia y exponerlo a vuestra consideración.

C. S., de dieciocho años de edad; antecedentes hereditarios sin ningún interés.

Como antecedentes personales, no hay ninguno, salvo que se clavó hace tiempo un cuchillo de cocina en la región anterior del cuello; consecutivamente tuvo una copiosa hemorragia y, en el curso del postraumatismo, fenómenos deglutorios muy marcados.

Hace un mes, la enferma se nota disfónica, y hace tan sólo quince días los trastornos deglutorios son muy grandes, incluso para los líquidos; la voz se hace bital.

Explorando el cuello vemos en el mismo una cicatriz lineal de dos centímetros de longitud en el sitio donde se clavó el cuchillo. En la boca faltan un gran número de piezas dentarias.

Faringe: hay una asimetría velopalatina e inmovilidad del hamivelo al hablar.

Las fosas nasales se encuentran normales.

Laringe: cuerda vocal izquierda, inmóvil durante la fonación.

Diagnóstico: parálisis asociadas de la mitad izquierda del velo y de la hemilaringe izquierda; por tanto, es un síndrome de Avellis

A la semana de esta exploración nos dice que vuelve a ver a la enferma, no habiendo cambiado la sintomatología objetiva.

La alimenta por sonda de Nelaton, introducida por nariz a causa de la imposibilidad deglutoria.

Pero una vez, al extraer la sonda, se produce una vómica, con la cual, a más de una gran cantidad de pus, expulsa la punta del cuchillo que se clavó, la cual muestra a los Sres. Académicos.

Continúa la disfagia y la gran desnutrición.

Dice haber observado una gran fístula, de la que fluye pus, situada al lado izquierdo de pared del esófago.

A las veinticuatro horas de la expulsión desaparece la hemiparálisis laríngea, y a las cuarenta y ocho, la inmovilidad del lado izquierdo del velo del paladar.

La enferma, a los pocos días, muere por consunción, y expone muy ampliamente los datos obtenidos por la necrosia.

Como consecuencia del caso, dice que el hecho de la compresión del recurrente por un cuerpo extraño no es necesario enmarcarlo, por no ser muy infrecuente.

Más interés existe en la hemiparálisis del velo palatino, que, siendo tributaria a la parálisis laríngea superior, no puede explicarse por fenómenos de compresión de este nervio.

No había foco en faringe superior que pudiese dar lugar a fenómenos compresivos.

El, ante esto, se inclina a pensar en una neuritis re-

trógada, ascendente a partir del nervio recurrente, y que éste haya sido causa de la parálisis faríngea superior.

"¿Es aceptable esto?", termina preguntando a la Academia el Dr. Sánchez Rodríguez al terminar su comunicación.

DISHEPATÍAS Y CARDIOPATÍAS EN ENFERMOS ESPECÍFICOS, por el Dr. Sicilia.

Acerca de este punto, el comunicante da lectura a una amplísima comunicación, plena de consideraciones de índole clínica y terapéutica, que su enorme extensión nos impide reseñar cual fuera nuestro deseo.

DUDAS SUGERIDAS AL TRATAR VARIOS TIPOS DE FRACTURAS GRAVES, por el Dr. Agustín Ferré.

Los casos que hoy le mueven a venir a la Academia son de duda, razón de traerlos, para si la unión de todos los que a ella acuden puede imprimirles una resolución.

Se trata en el primero de un epiléptico que en un ataque de epilepsia se fracturó el fémur y el olécrano; le hicieron un tratamiento clásico, y al ir a verle el día siguiente al de la primera cura se encontró con que éste, en otro nuevo ataque, había destruido todos los aparatos que le habían puesto.

Entonces le puso un vendaje escayolado, y sujeto a unas fuertes tiras de esparadrapo, un arco metálico con peso, que pudiera corregir, en la repetición inminente de los ataques, que el aparato se destrozase.

Considera lo defectuosa que es esta extensión continua; pero dice que en un individuo de esta índole no puede hacerse más que esto. La fractura del olécrano la unió a su lugar por tiras de esparadrapo. La primera fractura, o sea la de fémur, consolidó medianamente, y la del olécrano con un callo, impedidor de la extensión.

Pregunta concretamente si existe algún procedimiento para evitar los ataques epilépticos durante cuarenta días, y de ese modo poder realizar otro tratamiento de mejores resultados.

El segundo caso es el de un individuo que, yendo en automóvil, sufrió un accidente, del cual tuvo la fractura del húmero y del cúbito, y una luxación de codo.

Tanto la primera como la tercera se desarrollaron bastante bien, ya que no hubo infección, si bien se presentó el problema de la falta de piel y la fractura del cúbito. Puso escayola, y los movimientos quedaron algo imperfectos. Se vuelve a preguntar si había otra técnica más eficaz.

El caso tercero es mucho más corriente, ya que se trataba de una fractura abierta de tibia y peroné; hizo limpieza de los focos y junturas.

Dice que se presentó el problema de siempre, o sea el de la falta de piel. Y a este aserto cita el caso de un compañero, al cual él asistió.

Repite que quiere poner esto de relieve por si algún compañero se lo puede solucionar.

Dr. Muñoz.—Cita el caso de un enfermo epiléptico con fractura de fémur, al cual él le hizo el tratamiento de Blanchard (extensión incruenta con vendaje en lazo en rodilla, del cual pende peso). El enfermo curó bien, con sólo un acortamiento de un centímetro. Pero a pesar de ello, dice que no lo empleará sino en casos semejantes.

Dr. Manuel Arredondo.—Dice que no sabe si los psi-

MORRHUËTINE

JUNGKEN

CARACTERES ESENCIALES

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

SE EMPLEA EN TODAS LAS ÉPOCAS DEL AÑO.

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

Eficaz en el tratamiento de las

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



LABORATORIO MIRABENT BARCELONA

ESPECIALIDAD NACIONAL

Los Sres. Médicos pueden pedir muestras en Madrid a nuestro representante: D. Ruperto de Frutos, Almirante, 3, pral. Tel. 17193

Ayuntamiento de Madrid

EN INYECCIONES
SUB-CUTÁNEAS
VERDADERAMENTE
INDOLORAS

EL ACETYLARSAN

REÚNE LAS CONDICIONES
REQUISITAS POR LAS
DIFERENTES MODALIDADES
DEL TRATAMIENTO
DE LA SÍFILIS

TRATAMIENTO DE ASALTO
TRATAMIENTO DE PRUEBA
TRATAMIENTO DE SOSTÉN

HEREDO-SÍFILIS

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
—Specia—
MARQUES POULENC FRÈRES A USINES DU RHONE
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3^e

DRÉVILL

Alimento fisiológico completo

VINO DE VIAL

Quina, carne, lacto-fosfato de cal



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

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

De venta en todas las farmacias

Depósito general para España:

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

quiatras conocerán algún procedimiento para suprimir los ataques epilépticos durante cuarenta días; él no lo conoce, y a más, lo cree imposible, ya que lo único factible sería que lo necesario fuesen cinco, y de este modo practicar el sueño permanente, siempre en el caso que no hubiese contraindicaciones para el mismo.

Con respecto al porvenir de las parálisis radiales del húmero, dice haber visto algunas—aunque pocas—, y que las ha atribuido, por leves y parciales, no a reacción nerviorradial, sino a lesiones traumáticas del nervio en el acto de la fractura. Termina pidiéndole el pronóstico acerca de las mismas.—J. H.

(Sesión 3 de junio de 1935.)

El Dr. Felipe Sicilia y Traspaderne presenta tres casos de tricofitia familiar, haciendo ligeras consideraciones acerca de los mismos.

Expone, asimismo, los análisis realizados por su colaborador el Dr. Cisneros, y da cuenta de la terapéutica que ha instituido.

LA CANTIDAD DE SANGRE CIRCULANTE EN LOS ENFERMOS CARDIOVASCULARES, por los Dres. Antonio Crespo Alvarez y Joaquín Márquez Blanco.

Comienza el Dr. Crespo Alvarez, quien es el que da lectura a la comunicación, por hacer un sentidísimo elogio necrológico del académico Dr. Carrasco, quien fué el primer español que se ocupó de estas cuestiones. Y pasa a recordar su comunicación de este invierno, también en unión del Dr. Márquez, a la Academia Nacional de Medicina, acerca de la velocidad de sangre en los enfermos cardiovasculares. Expresa su opinión acerca del tema que hoy le trae a esta Academia, diciendo que los conocimientos que del mismo se tiene son de una gran modernidad, ya que antes se consideraba lo mismo la cantidad de sangre circulante que la cantidad de sangre total contenida por el cuerpo humano, y a este respecto es necesario de todo punto, sobre todo para los que quieran trabajar sobre el tema, recordar los trabajos de Bacrof y de sus colaboradores.

Es necesario, además, en estos estudios tener en cuenta las tres variedades de los órganos de depósito hecha por Ric, y a este respecto trata muy ampliamente de cada una de ellas. Dice que, si se piensa detenidamente el valor de estos órganos de depósito, no se da cuenta clara de los fenómenos explicados por Bacrof, sus discípulos y otros diversos autores, tales como el no aumento de la presión vascular al poner una inyección de gran cantidad de líquido y sí el aumento de los órganos.

Vuelve a pasar revista detenida a cada uno de los órganos de depósito, y dice que no toda la sangre de cada uno de ellos tiene idéntica composición, ya que unas veces tiene más hemáties y otras más plasma. Expone el gran número de métodos para medir la cantidad de sangre circulante, y dice que, en gracia a ese número, no quiere molestar con el detalle técnico de cada uno. El en sus experiencias ha empleado el procedimiento de Heine—en ayunas, y tras media hora de reposo en cama, el colorante usado ha sido el rojo congo al 1 por 100 disuelto en agua destilada—. Las razones de haber escogido este método son dos: una es la de su gran exactitud, y otra la de su técnica, facilísima.

A más de las exploraciones de enfermos de corazón ha realizado otras idénticas en algunos que no lo eran, y ha obtenido resultados muy diversos que, por lo numerosos, no expone, y los cuales compara a los resultados obtenidos por diversos autores.

Hace en sus trabajos un estudio detenido de la influencia que en su tema tienen el trabajo, la edad, el sexo, el embarazo y la menstruación, y da un breve resumen de estos datos.

Nos dice que el número de enfermos por él vistos ha sido de 55, y que de éstos, 25 eran varones y 30 hembras, y cuyas edades oscilaban entre los quince y los cincuenta años.

A todos ellos los clasifica en cuatro grupos, y dice que éstos los ordena según los cuatro clásicos de Renka.

Con objeto de interpretar los resultados, estima de un gran interés el separar las causas ajenas a la lesión circulatoria. Pasa revista a numerosos trabajos de autores extranjeros en cuanto a la relación con los resultados y a las condiciones que en los mismos pueden intervenir, y expresa su criterio de que la clasificación de Vohlard corresponde a una realidad, si bien es demasiado sencilla y esquemática, y termina la comunicación diciendo que quieren dar en ella la impresión de que las conclusiones no son definitivas, a causa de su torpeza y de lo complejo que es el tema.

El Sr. Presidente.—En nombre de la Academia se asocia al duelo por la muerte del Dr. Carrasco, la cual desconocía.

MIXEDEMA Y CORONARITIS, por el Dr. M. Izquierdo.

Se trata de un caso clínico que le fué enviado por el Dr. Vega, titular de un partido, cuyo nombre no recuerdo. Es el caso, sucintamente, el siguiente:

Señora de cincuenta y cinco años de edad, la cual ha sufrido siete embarazos, más tres abortos; de los siete hijos tan sólo murió uno, ya mayor y de enfermedad clara. Las reacciones serológicas fueron todas de resultado negativo. A los treinta años se hizo amenorreica, y a los treinta y seis tuvo una glomerulonefritis con un ataque de uremia. Hace poco se presentó el clásico estado de mixedema, y en la actualidad pesa cien kilos, midiendo 1,62 cm. Manifiesta un profundo estado de angustia; a veces, dolores y un metabolismo basal de 27 por 100.

Su presión es de 15 mínima, y 30 máxima, lo cual representa, como es claro, una enorme elevación.

Al examen radioscópico observamos un gran corazón, con latidos muy intensos.

La onda T del electrocardiograma se muestra aplana, con tres desviaciones: la Q patológica, en su tercera, y la B bifida, en su segunda.

Existe una diuresis pequeña—700 cc.—, y los cloruros y la urea son normales.

Se hizo, por tanto, un diagnóstico de mixedema con coronaritis, y se instituyó un tratamiento de un preparado de tiroides. Mejoró notablemente al cabo de las tres semanas, pero a los pocos días de transcurridas éstas, murió de un angor, o, más bien, de infarto agudo de miocardio. No se pudo practicar la necropsia.

Dice acto seguido que tan sólo le mueve el traer este caso a la Academia su deseo de aumentar la literatura de este tema. El caso de esta enferma, a su juicio, no es claro, según las apreciaciones hechas por Zondek en sus primeros trabajos; para lo último que se ha dicho

en español sobre este tema es preciso consultar el trabajo de los Dres. Carrión (Joaquín) y Puerta, intitulado *El electrocardiograma en el mixedema*, y publicado en el tomo V de los "Anales del Hospital de San José y Santa Adela" (Madrid, 1935).

Termina diciendo que sólo le queda el resquemor de si hizo bien o mal administrando a la enferma un preparado de tiroides; pero más bien se inclina a creer que hizo bien, ya que no estima que la tiroidina provocase la muerte.

Dr. Francisco Vega.—Coincide con el Dr. Izquierdo en no creer sea un caso seguro de corazón mixedematoso y de coronaritis. La desviación T del electrocardiograma puede hacer pensar en un hipertiroidismo; pero con respecto al mixedema, hay que dudar ya que en éste existe un gran voltaje y en éstos se halla en baja; la gran hipertensión puede ser la explicación factible.

Dr. Antonio Crespo.—Dice que el mixedema produce muchas veces trastornos de las coronarias y síndrome de angina de pecho, y esto, estima, tiene interés con el tratamiento de ésta; y de pasada habla sobre la extirpación del tiroides.

Dice que, si con las coronarias esclerosadas, más la tiroidina, le hiciese falta al corazón más riego y se presentase el angor o el infarto agudo del mismo, no ve razón en que, porque fuera muy hipertensa, no se le dieran tónicos cardíacos.

ESTENOSIS ÍSMICA DE AORTA (COARTACIÓN), por el *doctor Francisco Vega*.

Expone acerca de este punto un amplísimo tema, acompañado de una historia clínica muy rica en datos clínicos y de laboratorio, seguida de innumerables consideraciones y citas de literatura extranjera, que, pese a su interés, no podemos resumir, por la longitud ya dicha. Se auxilió del aparato de proyecciones con gran número de gráficas, electrocardiogramas y radiografías.

Intervino, para hacer algunas aclaraciones desde su punto de gastrólogo, el Prof. Eusebio Oliver Pascual.—J. H.

El Comité Central de Enlace de las Clases Sanitarias nos ruega la inserción de la siguiente nota

Las clases sanitarias españolas, justamente alarmadas ante el movimiento de oposición a la ley de Coordinación Sanitaria que desarrolla la Unión de Municipios Españoles, creen noble advertir que, respetuosas en todo momento ante las decisiones del Poder público, opondrán enérgica protesta a cuanto signifique un retroceso de las mínimas reivindicaciones logradas con aquella ley.

Agradecen la promesa de GARANTIAS MAXIMAS PARA LA EFECTIVIDAD DE SUS DERECHOS—frase que descubre que no fueron reconocidos, como lo demuestran los millones que se adeudan a humildes profesionales que en el medio rural cumplen su penosa misión, y las numerosas arbitrariedades cometidas en nombramientos y separaciones—, y aspiran a que el restablecimiento de la autoridad de los Ayuntamientos no signifique que pueda seguirse impunemente dejando

insatisfechas las dotaciones de los trabajadores de la Sanidad.

Lamentan el mediocre concepto de ESTIMAR IRRITANTES Y PERNICIOSAS LAS PREFERENCIAS DE LOS SANITARIOS respecto de otros funcionarios, pues tales preferencias no existen en la ley sino como mera garantía de que sus haberes tendrán que ser satisfechos.

No puede atribuirse situación de preferencia a las clases sanitarias en relación con los demás funcionarios municipales. La preferencia, en todo caso, la tienen los secretarios, que, por disposición del Estatuto Municipal, disfrutan de sueldos mayores en un 15 por 100 que los de cualquier otro funcionario técnico o administrativo. Los sueldos de los médicos—concretando el ejemplo al funcionario más señalado de la Sanidad municipal— oscilan, con arreglo a la ley de Coordinación Sanitaria, entre 2.000 y 4.000 pesetas, según la categoría de los Municipios. Compárense estas cifras con las de los sueldos de secretarios, interventores, depositarios, arquitectos, guardias, etc., y resultará claramente probada la postergación económica de los sanitarios. De otras PREFERENCIAS tampoco puede hablarse sin ofensa de la justicia, pues los sanitarios municipales, en su inmensa mayoría, carecen de jubilaciones y quinquenios, no tienen señalada jornada de trabajo y su responsabilidad profesional es tan apremiante y continua, por la naturaleza de sus servicios, que ninguna otra puede compararsele.

Una larga odisea de sacrificios no resistiría nuevas pruebas, nacidas de defensa de intereses, que, si legítimos, no pueden serlo más que los de los sanitarios españoles.

Proyectamos la celebración de una gran Asamblea para dar a conocer a la opinión pública nuestras razones, que van unidas al progreso de la Sanidad nacional. Y a dicha Asamblea será invitada una representación de la Unión de Municipios Españoles, para que conozcan la verdadera situación de los sanitarios y de la Sanidad rural y nos ayuden noblemente a mejorarla y dignificarla, para bien de la Patria y en prestigio de los propios Municipios y de todos sus funcionarios.

La Coordinación Sanitaria

Comentarios de un profesional

Somos los médicos una clase social que parece desconocer las enseñanzas de la experiencia en lo que a la vida profesional se refiere: ni aun en momentos álgidos aportamos el peso de nuestra inercia para pedir justicia, para darla a conocer o para hacerla comprender.

En numerosas Asambleas, Congresos y reuniones profesionales celebrados nos hemos limitado a repetir la eterna cantinela de nuestras desdichas y a describir el calvario de los médicos (sobradamente conocido), señalando reivindicaciones que no salen del recinto de los Colegios o se asoman tímidamente a las columnas de la Prensa profesional: así el fervor médico se ha extinguido, falto de fe en las promesas y en los procedimientos.

Para resolver satisfactoriamente el problema sanitario nacional no basta planearle dentro del hogar colectivo: es necesaria la difusión, y parece como si deliberada-

mente hubiéramos rehuído el contacto con el público profano, cuando lo más eficaz es dejar caer sobre las masas el rocío bienhechor de la verdad. Importa interesar al país por el problema médico, demostrándole con intensa propaganda oral y escrita que la salud pública, la mejora de la raza y el porvenir nacional no estarán garantidos en España, como lo están en otros países europeos, mientras no se resuelva definitiva y satisfactoriamente la magna cuestión sanitaria en todos sus aspectos.

Repítase hasta la saciedad que la función sanitaria no es función municipal, ni regional, ni aun estatal, puesto que ha sido encomendada y definida en Conferencias internacionales de carácter preceptivo, y a las que han concurrido representaciones de casi todas las naciones civilizadas: es, pues, evidente la afirmación de que el organismo sanitario ha de depender del Estado hasta en su representación municipal.

Orientada en este sentido se proyectó, discutió y aprobó la ley vigente de Coordinación Sanitaria, que representa un avance plausible para fundamentar una definitiva y bien meditada ley de Sanidad pública. Al llevar a la práctica los preceptos de dicha ley, surgen protestas por parte de Diputaciones y de Municipios, que se exteriorizan en Asambleas violentas, con propósito decidido de anular el precepto legal.

Censurable es la actitud de tales entidades y corporaciones. Con las formalidades reglamentarias se presentó el proyecto al Parlamento; se nombró la Comisión dictaminadora; se discutió con amplitud y con holgura de tiempo; se aprobó hasta con *quorum* y, previa la firma del jefe del Estado, se promulgó y publicó en la *Gaceta* oficial.

Los protestantes de hoy pudieran acudir a las Cortes durante el período informativo para hacer valer sus derechos. ¿A qué hacerlo tan a destiempo? Hoy, cabe la mejora de la ley, pero nunca su derogación. Además de prevalecer tal conducta y tal procedimiento, no hay nación gobernable: inútil será la labor legislativa del Parlamento y la función del Poder Ejecutivo si, promulgada una ley, antes de controlar su eficacia en la práctica, basta el descontento de algunos que creen les perjudica para pretender violentamente su anulación. Esto parece una coacción que bordea los límites de lo delictivo.

Reconocemos que las quejas de las corporaciones administrativas tienen fundamento justísimo en el orden económico: la penuria de las haciendas locales y lo mermado de sus ingresos no consienten nuevas cargas, que pueden ser abrumadoras si no acude en su ayuda el Estado legislador. Aquí está en su punto la solicitud de subvenciones y de autorizaciones para crear nuevos impuestos, como el de absentismo y el sanitario, procurando aportaciones que mejoren la resistencia económica de los Municipios hasta que alcancen flexibilidad para el holgado cumplimiento de los preceptos legales en materia sanitaria.

Como la tónica de la argumentación de corporaciones y de médicos es la defensa de sus intereses respectivos, a unas y a otros conviene buscar o crear áreas de convivencia y zonas de coincidencia, prescindiendo de ideologías, de prejuicios y de luchas estériles entre quienes forzosamente han de pasar su vida en íntimo contacto y están ligados por múltiples intereses comunes. El problema fundamental no está en las ramas, sino en las raíces: si en vez de contemplar desde lo alto con el entendimiento le aproximamos a los ojos, fácilmente veremos

que existe un único centro de coincidencia y que conviene igualmente a Municipios y a médicos: "el pago por el Estado de todos los servicios sanitarios". Este es el punto capital que hemos de utilizar como bandera de propaganda por todos y para todos, porque es el único procedimiento para resolver satisfactoriamente y para siempre el arduo problema.

El Estado manda, justo es que sea quien pague; los médicos somos obreros del Estado, y así como éste obliga a los patronos a que cumplan sus compromisos con los obreros, es imperativo categórico que por su parte cumpla con los suyos, y sería muy ejemplar que el Estado se impusiera la misma obligación que exige a los demás, ya que en él supondría, no temor a la fuerza, sino amor a la justicia.

Fuera, pues, estridencias extemporáneas y voces injustificadas: constituyan Municipios y sanitarios la unión sagrada con un frente único; haya armonía en el esfuerzo común para hacerle más eficaz y acudamos unidos todos ante el Poder público para pedirle que estudie con urgencia y resuelva satisfactoriamente la solución propuesta.

JULIÁN DíEZ.

Arcos (Burgos).

Contestando a una carta abierta

Sr. D. Angel Navarro Blasco.

Distinguido colega y antiguo amigo: No me extraña que se muestre usted tan complacido por haber encontrado mi nombre entre los que figuran en el escrito a que alude en su carta abierta. No era necesario que lo hubiera tan expresamente manifestado. Es bien conocida de todos su habitual inclinación al ataque y la polémica. Yo soy enemigo de ellas; y si en esta ocasión he salido de mi habitual retraimiento, al ser requerido para ello, ha sido por creer justas las quejas y legítimo el derecho a defenderse de quienes durante tanto tiempo han sido injusta y, sobre todo, innecesariamente atacados por usted.

Comienza por encabezar su carta con un epígrafe que no debe considerar ofensiva, en cuanto es a usted a quien en primer lugar tiene aplicación. "Ballesteros malo, a los suyos tira". Así es, en efecto, pero sólo cuando lo hace sin que se le haya dado motivo para ello, y yo le voy a recordar al Dr. Navarro que en esto de perder la memoria, cuando le conviene a su habilidosa sátira, es un maestro, en que no fui yo, sino él, quien primero tiró a los suyos—puesto que entre ellos me cuenta—, atacándome en una reciente campaña contra los directores de los Sanatorios de la Sierra, con fines que el tiempo habrá de aclarar, en la que llegó incluso a pedir públicamente que se girara una visita de inspección, "cuanto más a fondo, mejor", a los Sanatorios que funcionaban al lado de los oficiales, con la sana intención, bien se ve, de que en la imaginación menos malévola pudiera nacer la suspicacia de que alguna relación inconfesable debíamos tener con ellos. ¡Compañerismo puro! Vea usted si este arquero, que nunca disparó la primera flecha contra nadie, tiene razón para devolver el aforismo.

Cierto que pertenecí al Real Patronato, pero no lo es menos que desde que dejé mi puesto en Valdelatas me consideré ya definitivamente fuera de él, no porque me pareciera deshonoroso el seguir formando en sus filas, si-

no por la sencilla razón de que ni por la imaginación se me pasó nunca que este cargo me sirviera en lo futuro para nada, como no fuera para seguir por tiempo indefinido trabajando gratuitamente, lo cual era un lujo que yo no podía permitirme por más tiempo.

Pero el Sr. Navarro pretende ahora que dichos cargos, de nombramiento directo y sin retribución, repartidos a montones, como al que nada le cuesta, por el consabido Patronato, sirvan ahora nada menos que para que el Estado los acoja en sus brazos y, sin más trámites ni pruebas, los convierta en funcionarios públicos de la Sanidad nacional. Si logra dar fin a tamaña empresa, créame que le admiraré de por vida; pero sinceramente creo que la pretensión es desmedida, aunque, por desmedido que me pareciese el empeño, encontré siempre muy natural el que se defendieran por la vía legal los que estimasen sus derechos, hasta donde éstos alcanzaran; pero lo que ya no era necesario, porque sólo ha servido para envenenar el ambiente y sembrarlo de discordias y enemistades, era llevar paralelamente, como usted lo hacía, una campaña de Prensa en la que reiteradamente se ataca y procura desprestigiar en sus cargos a quienes no habían cometido otro delito que el presentarse a unas oposiciones para optar a unas plazas que el Estado libérrimamente había creado y que nada tenían que ver con las suyas.

Y ahora voy a contestar a los puntos en que, dejando de lado el pleito que se ventila, me ataca el Sr. Navarro personalmente, desfigurando los hechos unas veces y equivocándose otras, involuntariamente, claro está. (No dirá que no soy bien pensado.)

Vamos con mi nombramiento de director del Sanatorio. Es cierto que fué por designación directa, en una época en que no había absolutamente ningún cargo en la Lucha—¡hay nombres fatídicos!—, que hubieran sido cubiertos de otro modo. Asegura usted que en determinados sectores de la Sanidad—¿en qué sectores y qué Sanidad serían esos?—había el criterio de que recayeran los nombramientos de directores en los que ya lo eran de Dispensarios. (Mal criterio: ya empezaba lo de la multiplicidad de cargos.) No lo niego, pero en la Sanidad nacional me consta existía también otro criterio, tan respetable como el anterior, y, lo que es más importante: una norma. El criterio era el no dejarse absorber por el Real Patronato las Instituciones antituberculosas creadas por la Sanidad, para que aquél no se vistiera con plumas ajenas, ni entraran a mangonear en ellas sus componentes no profesionales, y, además, para poder darles una orientación y organización propias. ¿No le decía a usted nada el que después de la inauguración del Sanatorio no volvieran por allí los reales patrocinadores? La norma era ya entonces, lo es ahora y creo lo seguirá siendo, el que en los cargos de la Sanidad no se ingresara más que por concurso-oposición, y esto—no me lo negará también el amigo Navarro—, que de esta forma había yo ingresado en la Sanidad. Y, es más: sólo para cambiar de cargo dentro de ella tuve que hacer nuevas oposiciones, y esta vez con contrincantes y ejercicios clínicos, como le gustan al Sr. Navarro, o, mejor, como no le gustan, porque, que yo sepa, no ha hecho todavía ninguna, al menos a Sanidad.

Ya ve usted cómo está mal informado, y si pertenecí a la rama clínica de la Sanidad, y en calidad de tal, en calidad de sanitario, fuí designado para dirigir el

Sanatorio, por juzgar las personas que él menciona, y que todos veneramos, que era, dentro del Cuerpo, el más indicado entonces para ello.

Que al Sr. Navarro le parece que tenía entonces pocos méritos: a las personas encargadas de estimarlos, con más capacidad que él para ello, les pareció que sí los tenía. Esa apreciación suya, por lo demás, no me extraña, a juzgar por cómo trata de desdenosamente mis trabajos de "tintorería bacilar", mientras figuran en tratados nacionales y extranjeros. Pero algo más que "tintorería" había hecho: en la obra de Calmette encontrará referida una técnica sobre otro asunto distinto. Y, todavía de antes, de haber trabajado sobre microbiología bacilar y de ser pensionado en el Extranjero para ampliar estudios sobre tuberculosis, había hecho otro modesto estudio sobre "Tuberculosis y enfermedad de Addison". Donde estuve (clínicas y laboratorios) trabajé siempre con los medios de que disponía sobre tuberculosis. Produje lo que buenamente pude, sin caer en una estiloreia infecunda, y mis trabajos, aunque muy modestos, no los cambio por los suyos, a pesar de que en uno de ellos apareciera una *p* fuera de su sitio, que no sería por no haber tenido que leer para redactarlo una extensa bibliografía sobre el tema; pero casi me alegro de haber incurrido en el "lapsus calami", por la satisfacción que he proporcionado con ello al Sr. Navarro, al acecho siempre de temas de esa categoría para sus artículos.

Respecto a la destitución temporal del cargo, también voy a cometer la ingenuidad de contarle por qué tuvo lugar. Cuando la Dirección de Sanidad adoptó el criterio de que todos los cargos se sacaran a concurso-oposición, alguien debió señalar el mío, que, aunque estaba cubierto sobre la base que antes referí, no quería, por lo visto, que hubiese el más remoto lugar a comparaciones, y acordó que debía pasar también por ese trance—¡bien desagradable, se lo aseguro!—. Lejos de huir la prueba, a ella me presté, y si nadie más concurrió, sería porque no quisiera, porque ninguna dificultad podía nadie oponerle, puesto que era un concurso-oposición libre, y bien pública fué la convocatoria.

Ahora me interesa no dejar otro punto sin contestar: mi retirada de la Sociedad de Tisiología la motivó, sencillamente, el haber visto confeccionada una candidatura que, sería casualidad, pero ofrecía un determinado matiz político, que no le hace al caso, porque todos son igualmente respetables, y como entendía y sigo creyendo que es profundamente nocivo que se infiltre la política en las Sociedades científicas, y suponía que, aunque no vinieran al cargo con ese espíritu, lo iban a despertar inmediatamente, por eso me fuí, guardando todo el respeto y consideración debidos a quien la presidía y la preside, ajeno a todo ello.

Para terminar: ¿cree el Dr. Navarro que con promover todos estos jaleos y polémicas defiende mejor los intereses que legítimamente les puedan corresponder a los compañeros? Yo creo sinceramente que no, y es muy probable que entre ellos haya quien piense ya lo mismo.

Ausculte su conciencia el Dr. Navarro, como yo ausculto la mía, y sepa que lo único que deseo y desea la Comisión es que, al devolver a cada cual lo que injusta o ilegalmente le hayan quitado, no se perjudique a los que han adquirido dentro del Estado unos derechos evidentes, con arreglo a las normas que rigen en la actualidad.

Ya ve si nuestra actitud a pesar de los pesares, es bien noble y generosa y digna de ser compartida.

Con todo el respeto y consideración personal que merece, se reitera suyo afectísimo y s. s. q. e. s. m.,

JULIO BLANCO.

Madrid, 29 de julio de 1935.

Mártires titulares

RAZON Y... VIRILIDAD

Hemos visto que la casualidad, más pródiga de lo que parece y, desde luego, muchísimo más pródiga que el Gobierno español para los sanitarios titulares, dió lugar a dos encuentros: primero, el de Valdés, el inepto intelectual, el que leía, mas no asimilaba en sus años de estudiante, con Emilio Ruiz, el farmacéutico titular, lo cual llegó a ser, a través de los cursos para ello exigidos, estudioso, trabajador y con dotes suficientes; después el otro encuentro de Reparaz, el bailarín, el gracioso, el simpático, medianería como talento y más medianería como voluntad para estudiar, con Juan Sánchez, el médico titular, y para serlo teniendo que pasar por 29 exámenes, hasta la licenciatura, más el exigido para ser inspector municipal de Sanidad. Veamos ahora qué había sido del estudiante tronera, del *balarrasa*, que nombramos Pedro Luque.

Así como tras la tempestad llega la calma, después de epítetos, injurias, palabras gruesas, insultos paternos, sobrevino el irse amoldando a la realidad con esa resignación que en todo padre se halla inédita hasta que llega la ocasión, y con ella la oportunidad. Mediante esta resignación obtuvo Luque permiso y dinero para presentarse a oposiciones en Telégrafos. Obtuvo plaza, ingresó con 3.000 pesetas, que, tras los quince años transcurridos, se habían transformado en 4.500, *las cuales percibía puntualmente en mensualidades*.

Conseguida la central de telégrafos más próxima a su pueblo natal, unía a su paga las dos mil y pico de pesetas que percibía *libres* de sus rentas. Tenía sus ocho horas de oficina, las cuales pasaban muchos días sin que por la ventanilla desfilase un solo individuo en demanda de servicio. Central situada en villa pequeña, de vida agrícola, el telégrafo constituía una excepción, a usar solamente en estados de gravedad de algún familiar con parientes ausentes o en la demanda de fondos o comunicado de notas del estudiante. Naturalmente, domingos y fiestas oficiales *no había oficina* (como si en esos días no pudiera ocurrir nada que precisara del telégrafo).

Estos datos fueron conocidos por Ruiz. Este, con la farmacia instalada en un pueblecito a un extremo de la provincia, y Juan Sánchez, médico titular en otro pueblecito del extremo opuesto, nada sabían uno de otro, a pesar de ejercer ambos en la misma provincia, los dos profesión tan desamparada como la sanitaria(y ambos sufriendo sinsabores, ingratiudes y aprietos semejantes.

La convocatoria de una Asamblea llamada magna, sin que nadie supiera el porqué de tal apellido, reunió a los antiguos amigos en la capital. Lazos de los brazos que las mutuas desgracias hacen apretar más en los abrazos, tuvieron unidos largo rato a los dos sanitarios. Pasado el primer momento y faltando algún tiempo para el co-

mienzo de la Asamblea, se fueron, cogidos del brazo, al turno de Pepe, el camarero amigo.

Allí fueron desgranando el rosario de sus dolores, contando lo más saliente de su vida, los encuentros que habían tenido y hemos reseñado, cual habíanse confiado sus proyectos en los años estudiantiles, en que la utopía de una honda ilusión impide conocer la realidad, aun cuando ésta se presente ante las propias narices.

—Ve mi situación hoy—dijo Ruiz—: sin capital, sin dinero y hasta la botica hipotecada por un préstamo de 5.000 pesetas. ¿Que me debe el Ayuntamiento cuatro años de titular y recetas de la Beneficencia, que serán hoy más de 12.000 pesetas? Bien. ¿Y qué? Me las deben, pero no me las pagan. Ni siquiera parte de ello para reponer. Y ¡ay de mí! si un día no despachase una receta de la Beneficencia. Parece absurdo y, sin embargo, así es. Cuando terminé la carrera, mi padre tasó las hijuelas por partes iguales, y a mí me desquitó los gastos de carrera.

—Como a mí—dijo Juan Sánchez.

—Restado lo de la carrera—continuó Ruiz—quedaban a mi parte cerca de 8.000 duros, que tendría en lo que yo quisiera: si prefería en fincas, o en dinero o en una farmacia. Preferí lo último, que era lo que me interesaba. Me importó próximo a los 6.000 duros, y los 2.000 duros restantes, con lo poco que he ido cobrando de la clientela, he podido ir tirando. Ahora ya, como ves, ningún recurso me queda para irme defendiendo: no me queda más que el arranque desesperado para que, además de no pagarme lo que es mío, no se rían y se mofen, como lo hacen.

Calló Ruiz, continuando para sus adentros el rumiar de su desesperación.

—Yo terminé la carrera hace quince años, como sabes—habló Juan Sánchez—. Me hicieron el descuento de los gastos de carrera, y de las 30.000 pesetas que me quedaban gasté para instalarme unos 10.000 entre instrumental, libros, material de clínica, etc. Estuve algún tiempo en casa de patrona, pero esto no eran más que líos de si yo decía, de si la patrona me había oído en fin, un infierno al que puse fin arrendando casa. Pagaba mucha renta, y matemáticamente comprobé que con el importe de la renta amortizaba en doce años el valor de la casa, por lo que me decidí y compré casa. Entre su importe, arreglarla, muebles y demás zarandajas, se me fueron otras 10.000 pesetas. Con éstas, unidas a lo poco de igualas y alguna consulta, he podido ir tirando hasta ahora, pero ya estoy en las últimas. Me debe el Ayuntamiento cerca de 15.000 pesetas. Cerca de cuatro años de titular con la consignación de practicante y matrona. Y repito lo que me decías antes: ¿Que me lo debe? Sí, ¿pero qué adelanto, si con debérmelo no puedo comer? Además que me debe el trabajo que he realizado hace ¡CUATRO AÑOS!, y eso basta para no tener disculpa por lado alguno.

—Pues hay quien busca esa disculpa.

—¿Quién?—preguntó Juan.

—Los políticos, por eso de los votos.

—Pues se equivocan de medio a medio—dijo, ya exaltado, Juan Sánchez—. Si piensan que callaremos los titulares aunque no nos paguen, aunque incluyan en la Beneficencia a contribuyentes, aunque la Sanidad y los sanitarios estemos por los subsuelos, se equivocan, y si no, a la lucha.

—¿Y qué vamos a hacer?—dijo Ruiz.

23 al 29 de septiembre de 1935.

CONGRESO INTERNACIONAL DE HISTORIA DE LA MEDICINA

Cuotas de inscripción....

Congresista, ptas. 90.
Familiars, ptas. 40.

Pida detalles a la Secretaría general
Arrieta, 12. MADRID

Cuotas de inscripción...

Congresista, ptas. 90.
Familiars, ptas. 40.

Pida detalles a la Secretaría general.
Arrieta, 12. MADRID

180

EL SIGLO MEDICO

—Muy sencillo: lo primero, acordar conceder un plazo para solucionar nuestra situación; pasado ese plazo, que *no podría ser ampliado*, si estaba definitiva, satisfactoria y justamente solucionado, a trabajar y nada más; si así no era, declaración de huelga general de todos los sanitarios españoles, y que recetasen los alcaldes, y diagnosticasen los concejales, y operasen los secretarios, y redujesen toda fractura en la Diputación provincial, y elaborasen las recetas los políticos que buscan esa disculpa. Y entretanto, nosotros, los sanitarios titulares, en la plaza y en la calle, en las cocinas y corrales, en los caminos y en el campo, demostrando al labriego que de su trabajo, de su vida mísera y arrastrada salía la vida muelle y cómoda y los grandes sueldos de los escalapuestos: las 100.000 pesetas de paga anuales, el coche oficial, la policía de escolta, la aviación, el ejército..., todo, todo. Esas 473.000 pesetas que mensualmente cuesta al contribuyente español el Parlamento, llevándose un mes para discutir si un periódico ha de costar 15 céntimos o una "perla gorda", en tanto está la economía subterránea, el agricultor ahogado, la Sanidad por organizar y hacer y los sanitarios sin cobrar el trabajo que desempeñamos *todos los días*, festivos o no, sin jornada fija ni horas extraordinarias; la semana parlamentaria se reduce a CUATRO días de sesión, y ahí me den las 1.000 pesetas de dietas, aunque no aparezca siquiera por el Congreso más que a cobrar por delegación.

—Es toda la verdad—asintió Emilio Ruiz, a su vez exaltado—. O tratados con equidad y justicia, o a la huelga general. ¿Para qué mi farmacia si, ya hipotecada, cualquiera día tendré que malvenderla de seguir así? Hoy es la Asamblea. Vamos a ella y nos oirán. ¡Vaya si nos tienen que oír!

Y les oyeron. A la entrada fué nutriendose el grupo de los dos amigos, que llenó casi toda una galería del teatro en que se celebraba la Asamblea, y, ya numeroso, era portavoz de las angustias padecidas por los titulares. Cada interrupción que salía de alguna de las bocas de aquel grupo era como dardo recto y bien disparado hacia el único blanco que ofrece la verdad. Esto hizo que aquella Asamblea mereciera el sobrenombre de *movida*. Hubo en ella afirmaciones de gran importancia y promesas no menos importantes, promesas y afirmaciones que no se han visto cumplidas, y los titulares Juan Sánchez, el médico titular, y Emilio Ruiz, el farmacéutico titular, siguen sin percibir el producto de su trabajo, y cada día más próximos al abismo de la desesperación, génesis de los gestos decisivos.

ANGEL F. DOMÍNGUEZ,

Médico titular.

Villanueva del Campo, julio 1935.

(Concluirá.)

CARTA ABIERTA

Sr. D. José Alvarez-Sierra.—Madrid.

Distinguido amigo y compañero:

Recibo el número de EL SIGLO MÉDICO correspondiente al 6 del corriente, y en el artículo que usted publica sobre "La acción inhibitoria de los Gobiernos civiles", hace usted mención de mi caso en términos por los que le expreso mi más profundo agradecimiento.

Es verdaderamente dolorosa la situación de los médicos rurales y tiene caracteres de tragedia la solución de

los problemas que la Sanidad rural plantea cada día, ya que en la lucha por su liberación, estos funcionarios, que tienen encomendadas unas de las misiones más nobles y elevadas, como es el defender la salud, la cultura y el bienestar económico de los pueblos, ya que no se concibe el último sin la primera, y un pueblo es tanto más culto cuanto permite mayor cantidad de vida humana, se encuentran con enemigos poderosos—que a la sombra de intereses creados que, de antiguos, se hicieron seculares—, intentan retener bajo sus influencias caciquiles algo que por ser de todos, como son las cuestiones sanitarias rurales, debieran gozar de la mayor independencia.

Escribo estas líneas, en primer lugar, para cumplir con una deuda de gratitud, que todos los médicos rurales en general tenemos contraída con usted, y en segundo, por lo que a mí me corresponde en especial el hacer mención concreta de las causas que han dado lugar a mi situación actual.

De sangrante califica usted mi caso, y no crea sea yo el más indicado para comentar o criticar esta cuestión, ya que, al hacerlo, habría de hablar con la pasión y el cariño que todos los hombres conscientes debemos poner en la defensa de nuestros actos, pero únicamente con el deseo de afirmar aún más sus puntos de vista y aportar datos para demostrar cómo el bosquejo que usted hace de la situación de los médicos rurales, al hacerlos depender directamente de los Gobiernos civiles, es completamente acertada; y estando ausente en absoluto de mi ánimo la intención de rectificarle, le diré a usted que nunca la Corporación municipal de Gargantilla promovió expediente alguno en contra del que es hoy su médico titular, sino que arbitrariamente, y cometiendo una falta de abuso de poder, como antes había cometido la falsedad al denunciar faltas que no existían, cuando ya los Ayuntamientos no tenían atribuciones algunas para obrar en materias que no les están encomendadas por la ley, al regirse por leyes especiales, tomó el de este pueblo el acuerdo de suspenderme de empleo y sueldo por faltas que ellos caprichosamente se imaginaron, sin que haya servido de nada las repetidas observaciones que por la Inspección provincial de Sanidad le fueron hechas, haciéndoles saber la nulidad del acuerdo tomado y la incompetencia del Ayuntamiento para hacer tal expediente, que ni siquiera se hizo como trámite previo para ordenar posteriormente mi suspensión, y que hoy, más de siete meses después de tomado y ejecutar tal sanción, sin dárseme a conocer hasta dos meses después, se quiere justificar con la denuncia de quejas por faltas de asistencia a una lista de Beneficencia, que el propio señor alcalde y secretario confiesan no existía, que no existen quejas oficiales a quienes dar oído, y que nunca se promovió en contra mía expediente alguno, según consta en el testimonio notarial que fué firmado el día 6 del corriente.

Conocedores, por lo tanto, del aspecto legal de la cuestión, ya que por quien debía hacerse se les hizo conocer únicamente, como usted indica muy bien, odios, enconos que venían de antiguo, deseos de venganzas (por reclamación de honorarios completamente justificados, pero que al no ser para mí, tampoco por mí fueron hechas, sino por otro compañero llamado a consulta, y cuyo diagnóstico y tratamiento estuvo en todo conforme con el del médico de cabecera, cuya única falta en este caso fué el de noblemente, y en el primer día que veía al enfermo, hacer un diagnóstico acertado y comunicar su

Como médico culto adhírase al Ayuntamiento de Madrid

pronóstico, francamente grave, a los familiares del enfermo, que es hoy el Sr. Alcalde, y a sus injustas y repetidas ofensas corresponder con el mayor interés), afán de seguir su conducta arbitraria y caciquil, al verse amparados en su injusto proceder y deseos de hacer hoy conmigo lo que aún no hace tres años hicieron con su médico titular de entonces, que, ante las amenazas y coacciones que a diario recibía, se vió obligado a poner la dimisión de su cargo y a marcharse del pueblo, siendo los mismos que en aquella ocasión obraron de este modo los que pretenden seguir su conducta de antaño, son los motivos que la Corporación municipal de este pueblo tiene para perseguirme como lo hace, si bien alguno de sus miembros ya se muestran disconformes con el proceder de la mayoría, animada a obrar de este modo, ante la indiferencia con que se ven por quien debiera corregirlas sus abusos y arbitrariedades.

Insultos, amenazas, persecuciones y, por último, agresiones, que luego son desfiguradas en su sentido real, en supuesta complicidad agresor con autoridades municipales, que hacen objeto este hecho de una vil calumnia, que fué denunciada por mí al Sr. Gobernador civil más de dos días antes de conocerse públicamente, y a la que, infundadamente, se da oído oficial y se hace llegar a las más altas esferas políticas, desfigurando la verdad de unos hechos que por el actual Excmo. Sr. Subsecretario de Sanidad se quisieron conocer, encontrándose con que sus buenos deseos de informarse para hacer la debida justicia se estrellaron contra la versión que de los mismos le fué facilitada, estando en absoluto desprovista de verdad.

Estos son algunos de los hechos. De relatarlos todos, no concluiría, y a esto, opuesta una conducta correcta, una actitud siempre respetuosa, limitándome a hacer valer mis derechos de ciudadano, que, en la mayoría de las ocasiones, son quiméricos ensueños, que tienen que quedar reducidos a ser una ilusión más en esta España de nuestros amores y nuestras desdichas.

No quiero molestarle más. Nuevamente le doy las más expresivas gracias, y, al hacerle presente mi agradecimiento, me repito de usted afectísimo amigo y compañero,

JOSÉ PEÑA RUBIO.

13 julio 1935.

Para el Sr. Subsecretario de Sanidad

Hay que resolver y terminar de una vez el enojoso pleito de los médicos de Lucha antituberculosa

"Cumplamos el deber y defendamos siempre la verdad."

(CORNEILLE.)

Hace unas semanas escribí un artículo, que lo publicaron casi todas las revistas de Madrid, inspirado en los mejores deseos de que se estableciera la paz y se llegara a la unión entre todos los que pretenden constituir el Cuerpo oficial de médicos de lucha antituberculosa.

Tercos en defender cada uno sus posiciones actuales, los que han ganado el recurso contencioso y los que recibieron las plazas por concurso-oposición, ninguno de estos grupos ha considerado prudente responder al llamamiento a la concordia que les hacía adhiriéndose a la idea que propugnaba de crear una Asociación única, una

Federación de médicos de lucha antituberculosa "que amparara los derechos adquiridos y defendiera las conquistas logradas" y fuera la consejera del Estado en la organización de una seria campaña de lucha antituberculosa.

Creí que era el más indicado para hacer este llamamiento, ya que, sin pertenecer a ninguno de estos dos grupos, conozco perfectamente su origen y actuación profesional, sus verdaderos derechos, sus ansias y aspiraciones, y conozco además el desbarajuste que reina en la lucha antituberculosa de España, con notorio perjuicio para la sociedad, que algún día exigirá a los culpables las debidas responsabilidades. Mi independencia, pues, y mi actuación y aportación particular a la lucha antituberculosa, de la que no conozco ningún emulador, me autorizaban a eregirme por un momento en pacificador de tirios y troyanos.

Pero un manifiesto aparecido hace unos días, cuya inoportunidad de publicación sólo puede equipararse a su injusta y pueril redacción, suscrito por unos cuantos médicos, pero en representación, según dice, de todos los de la lucha que se creen del Estado, ha dado al traste con mi buen deseo, agravando la situación y colocando en un verdadero aprieto a las autoridades sanitarias, que ya no les queda más que un solo camino para resolver el enojoso pleito que comentamos.

Enojoso pleito entre médicos de lucha antituberculosa, que está planteado en los términos siguientes: de una parte, los médicos que pertenecían al extinguido Patronato o que les autorizaban a pertenecer a él las Reales órdenes de constitución y Reglamento del Cuerpo oficial de 7 de enero y 18 de marzo de 1931, *todos*; los de Madrid y los de provincias, *todos*. Todos los que puedan ostentar un nombramiento anterior a aquella fecha o los derechos a poseer un nombramiento con arreglo a lo estatuido por las Reales órdenes citadas, no sólo los que aparecen nombrados nominativamente en la sentencia alcanzada por algunos médicos pertenecientes al Cuerpo y que podían entablar el recurso contencioso-administrativo, no sólo de parte de aquellos médicos de Madrid que, habiendo aparecido en la *Gaceta* sus nombres *por orden alfabético*, no por antigüedad ni en atención a méritos especiales, tenían reconocida ya una situación de hecho y de derecho en el provisional Cuerpo de médicos de lucha antituberculosa oficial, sino por todos, insisto.

Porque la sentencia alcanzada revoca el Decreto y Orden de cesantía de 4 y 7 de diciembre de 1931, y ordena, en efecto, que sean repuestos en sus cargos los compañeros recurrentes; pero la Administración de justicia, atenta siempre a defender los derechos de todos los ciudadanos y dándose cuenta perfectamente de que en las Reales órdenes invocadas por los recurrentes existía algún derecho más que el de éstos y que por carecer de justificante administrativo (orden de cesantía) no lo habían podido ejercitar, sumándose al recurso de sus compañeros atropellados, deja vigentes las Reales órdenes de constitución del Cuerpo para que puedan acogerse a los derechos que ellas les conceden todos aquellos que *no han podido recurrir*. Sus nombres no aparecieron en la *Gaceta* como miembros del Cuerpo oficial de médicos de lucha antituberculosa, porque éste estaba en período de formación, y sólo apareció en la *Gaceta* la lista con los de Madrid; pero "a esta lista habrá que agregar los que, procedentes de provincias, se encuentren en las con-

Cuotas de inscripción.... { Congresista, ptas. 90.
Familiars, ptas. 40.

Pida detalles a la Secretaría general
Arrieta, 12. MADRID

Cuotas de inscripción....

Congresista, ptas. 90.
Familiares, ptas. 40.

Pída detalles a la Secretaría general.
Arrieta, 12. MADRID

diciones requeridas en el artículo 27 del Reglamento y los que aleguen derechos que sean estimados como tales", y por esto no pudieron aparecer tampoco en la Orden de cesantía, origen y fundamento del recurso.

¿Está claro esto? Pues ya lo saben todos los médicos de lucha antituberculosa de provincias que pertenecieron al Real Patronato y que tenían derecho a formar parte del Cuerpo: hoy están en las mismas condiciones que el 18 de marzo de 1931. Defiendan, pues, su derecho, si les conviene. Yo, el menos indicado en avisarles y defenderles, lo hago desde aquí con mucho gusto, como pensaba hacerlo si se hubiera llegado a la constitución de la Federación que yo propugnaba en mi escrito último, como era mi deseo, y en el que no cejo a pesar de todo.

Y ya lo saben las autoridades sanitarias, si quieren ejecutar la sentencia del Tribunal Supremo con arreglo a la justicia, a la moral y al derecho de los que constituían ya o tenían derecho a formar parte del Cuerpo oficial de médicos de lucha antituberculosa, del único Cuerpo legítimo que existe, como vamos a demostrar.

De otra parte están los médicos de lucha antituberculosa que, en virtud de la disolución del Cuerpo oficial que existía al advenimiento de la República y de quedar cesantes indebidamente los médicos que pertenecían a él, los de Madrid, primero, y los de provincias, después, ocuparon las plazas de éstos, faltando a los más elementales deberes de ética profesional y colegial.

La poca cautela, o quizá la excesiva pasión del mentor de la Dirección de Sanidad en los asuntos de tuberculosis durante la gestión del Dr. Pascua, a quien quiero hacer la debida justicia no culpándole de tanto error cometido durante su mandato, tuvo la culpa y le alcanza la responsabilidad máxima de todo cuanto está ocurriendo ahora en la lucha antituberculosa.

Y como me he propuesto decir toda la verdad en este enojoso asunto, cumpliendo mi deber, voy a demostrar con hechos fehacientes, con pruebas irrefutables y fácilmente computables toda la impudicia, privilegio e injusticia que reina en todo cuanto afecta a lucha antituberculosa desde hace cuatro años a la fecha: desde que al advenimiento de la República desapareció la austeridad y tantas veces injustamente censurada administración del Real Patronato.

Estos médicos *recibieron* las plazas por concurso-oposición, que se llevó a cabo de la manera siguiente: se convocó el primer concurso-oposición para proveer las plazas de directores de Sanatorios y Dispensarios de Madrid, y constituyeron el Tribunal los Dres. Sayé, Verdes Montenegro, Tapia Martínez, Jiménez Díaz y De Buen, que actuó de presidente. El primer ejercicio, el *concurso*, consistió en la explicación por escrito de la "Actuación anterior y méritos y publicaciones de cada opositor", dando tres horas de tiempo y declarándolo *eliminador* para poder pasar al segundo ejercicio, o del enfermo. Pues bien, este primer ejercicio lo aprobaron concursantes que no tenían trabajos ni publicaciones sobre tuberculosis, y alguno no aportó más mérito que el de trabajar al lado de su maestro, Dr. Tapia Martínez (textual, y debe constar el escrito en el archivo de la Dirección de Sanidad). Yo fui eliminado, y considerándolo un atropello incalificable, una postergación inaguantable y una injusticia recusable, publiqué íntegro mi ejercicio en *Gaceta Médica Española*, correspondiente al mes de septiembre de 1931, invitando a que opusie-

ran al mío otros ejercicios de los aprobados el doctor Crespo Alvarez, por ejemplo, e incluso de los aprobados con plaza, y tachaba de parcial e injusto al Tribunal mientras no me demostrara lo contrario. El silencio más absoluto de unos y otros acogió mi razonada protesta.

Pues bien, si en esta primera convocatoria y en el primer ejercicio, el de *concurso*, el Tribunal hubiera obrado con la obligada equidad que era de esperar del prestigio profesional que se les ha concedido, no lo hubieran aprobado y, por lo tanto, no hubieran podido pasar al segundo ejercicio y obtener plaza ninguno de los directores de Dispensarios y Sanatorios actuales y de Preventorios. Y si estiman que no digo la verdad, aún están a tiempo de contradecirme. Que publiquen los trabajos, méritos y publicaciones que tenían en junio de 1931 los señores a quienes aludo. Es decir, que de ese primer ejercicio de la primera convocatoria del *concurso* nace el derecho de anular y recusar de una manera fundamentada aquel concurso-oposición y los siguientes para cubrir las plazas de directores de Dispensarios y Sanatorios. Y sucedió una cosa muy peregrina para que la recusación pública formulada por mí no pudiera repetirse o imitarse, y es que en la segunda convocatoria, anulada y vuelta a convocar por la recusación del Tribunal que yo formulé en la instancia, cambiaron el orden de los ejercicios, y fué primero el práctico, el del enfermo, el más fácil de justificar la eliminación y de poder explicar la supremacía del contrincante favorito, y el segundo, el *concurso*; pero como este ejercicio ya lo habían aprobado indebidamente en la primera convocatoria, resulta que los afortunados ganadores realizaron sólo un ejercicio. En cuanto a la oposición, con decir que se realizó con enfermos de los dos sitios donde trabajaban los señores que se llevaron las plazas, está dicho todo. Por cierto que esta circunstancia fué muy comentada públicamente por el inolvidable Dr. Codina Castelví (q. e. p. d.) en el *A B C*, pues el resultado fué que, de *cinco* plazas de directores de Dispensarios y Sanatorios, *cuatro* fueron concedidas a médicos que trabajaban al lado del Dr. Tapia Martínez, alguno de éstos que, por su juventud, ocupaba el honroso cargo de interno interino del Hospital, de un salto pasó a director de un Dispensario de Madrid, y el quinto, no hay quinto malo, era ayudante del Dr. Hernando, quien le dió una plaza en la Facultad, jefe de los Servicios Antituberculosos, cuyo concurso fué también recusado por mí por haber presentado una lista falsa de méritos. Hubo quien se presentó cotizando su próximo enlace matrimonial y pidiendo al Tribunal el regalo de boda de una plaza, que al fin alcanzó de las inferiores, de auxiliares, de las cuales yo no puedo hablar, porque, esclavo de la verdad, no actúe en ellas; pero algún opositor, el doctor Noguera Toledo y otros, podrán ilustrar a la opinión médica y autoridades sanitarias como yo lo hago. Más hechos (se habrá observado que expongo hechos) podría aducir para demostrar que deben ser anulados los *concurso-oposiciones* que se verificaron para cubrir las plazas de directores de Sanatorios, Dispensarios y Preventorio. Pues de lo expuesto resulta que no hubo concurso, y la oposición la hicieron con sus enfermos. Por esto decía con mucha razón el Dr. Buendía en *Medicina Ibera* que habían ganado las plazas como a Fernando VII le ponían las bolas para jugar al billar.

Con estos brillantes antecedentes de su ingreso en el

ION-CALCINA PALLARES

Laboratorio M. PALLARES
Plaza Mosén Sorell, 6
VALENCIA

Hemostático-reconstituyente
a base de *cloruro de calcio*
FRASCO.-Para uso interno
AMPOLLAS.-Inyección intravenosa

STROPHANTUM PALLARES

Tintura de estrofantus, especial-
mente preparada y exactamente
dosificada

ESTAFILASA del D^r DOYEN

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

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

Solución coloidal
fagógena
polivalente.

MICOLISINA del D^r DOYEN

2 FORMAS:
MICOLISINA BEBIBLE
MICOLISINA INYECTABLE

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

SOLUCIÓN de FLUOROFORMA
ESTABILIZADO EN LOS
EXTRACTOS VEGETALES

GERMOSE

No Tóxico

SABOR
AGRADABLE

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

*Comprímodos compuestos de Hipófitis
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

Las muestras e informes, GIMENEZ-SALINAS Y C.^a Avda. Eduardo Dato, 10, MADRID

Ayuntamiento de Madrid

HODERNAL

Laboratorio

Aurelio Gámir

Valencia

LABORATORIOS
CAMPOS FILLOL
VALENCIA

LACTOBULGARINA
El mejor desinfectante intestinal

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

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día

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

LACTOBULGARINA

Lipiodol

Radiológico

Aceite Vegetal y Yodo puro

del Doctor **LAFAY**

**“ASCENDIENTE” Y
“DESCENDIENTE”**

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

Concesionarios Generales
para la Exportación:
Laboratoires

ANDRE GUERBET
& Cie
22, rue du Landy
Sy Ouen PARIS

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

**LIPIODOL
LAFAY**

En España: Sr. Juan MARTIN, Calle de Alcalá, 9, Madrid
y Consejo de Ciento, 341, Barcelona.

Islas Canarias: B. APOLINARIO Farmaceutico. Las Palmas



BARACHOL



Antiséptico 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 — VILAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)

Estado, ¿podrán seguir defendiendo alguno de ellos con el cinico alarde que lo han hecho, hasta llegar a la ofensa, su derecho de haber ingresado por *concurso-oposición*? Después de esto, ¿podrán seguir esgrimiendo el *concurso-oposición* para repudiar la convivencia profesional con compañeros que no tienen más tacha que la de haber laborado en la lucha antituberculosa con desinterés, entusiasmo y reconocida competencia?

Yo, que nunca rehuyo cumplir una obligación y un deber, contesto a la alusión que me hacía el Dr. Navarro Blasco (A.) en su carta abierta al Dr. Blanco, e informo a las autoridades sanitarias de cómo está planteado el problema de los médicos de lucha antituberculosa, fácil y sencillo de resolver si se obra con justicia y equidad.

Había un Cuerpo Oficial de Médicos de Lucha Antituberculosa que fué disuelto y que vuelve a tener vigencia por una sentencia del Tribunal Supremo. Pues concédasele los mismos derechos y prerrogativas que tienen hoy los que disfrutaban indebidamente los cargos, y éstos que pasen adonde han estado cuatro años los legítimos médicos de lucha antituberculosa: a la calle. Y no lo digo con el menosprecio que ellos han guardado a sus compañeros, porque yo no tengo odio a nadie: no hago más que defenderme y no dejarme atropellar. Y no digo que devuelvan los sueldos y *gratificaciones* que han percibido, porque hay que convenir que no son ellos los más responsables del atropello cometido, sino quien lo inspiró, lo consumó y lo avaló.

De otros abusos, enchufes, privilegios, autonombamientos, etc., que se están cometiendo en la lucha antituberculosa, hablaremos otro día. Por hoy es bastante.

DR. TOMÁS DE BENITO LANDA.
Fundador del Primer Dispensario
de Preservación y Asistencia Social contra la
Tuberculosis establecido en Madrid.

Semana Médica Internacional Suiza

Tendrá lugar ésta en Montreaux, del 9 al 14 del próximo septiembre, bajo un amplio Comité, constituido por las autoridades de dicho país y varias autoridades médicas.

Las conferencias en las cuales se tratarán los puntos de más interés para la Medicina de hoy correrán a cargo de los profesores más afamados de Suiza y del Extranjero, contándose entre ellos nuestro compatriota el profesor Jiménez Díaz, de la Universidad de Madrid.

Para todo género de detalles—programas, horarios, viajes, precios, etc.—, deben dirigirse los interesados a la Secretaría de la Semana Médica Internacional: 27, Klosterberb. Balo (Suiza).

Cursos de Perfeccionamiento Médico Internacional en Berlín

La Academia de Perfeccionamiento Médico de Berlín, dirigida por el Burgomaestre de la ciudad ("Oberbürgermeister"), en su calidad de sucesora de la Asociación de Profesores para el Perfeccionamiento Médico de Berlín,

organiza para la temporada de otoño de 1935 los siguientes cursos de perfeccionamiento médico:

1.º *Curso de oídos, nariz y garganta* (30 de septiembre a 12 de octubre).—Honorarios: 120 marcos.

2.º *Curso de enfermedades infecciosas* (30 de septiembre a 5 de octubre).—Honorarios: 40 marcos.

3.º *Medicina interna desde el punto de vista de la Patología interna y de la Terapia* (7 a 19 de octubre).—Honorarios: 60 marcos.

4.º *Heredobiología y problemas racistas en la práctica de la Medicina* (7 a 12 de octubre).—Honorarios: 40 marcos.

5.º *Curso de Tuberculosis en el Hospital de Tuberculosis de la ciudad de Berlín Waldhaus Charlottenburg, en Sommerfeld* (21 a 26 de octubre).—Honorarios, 50 marcos.

6.º *Cirugía de las afecciones intratorácicas, con especial consideración de la Tuberculosis pulmonar* (28 de octubre a 1 de noviembre).—Honorarios, 80 marcos.

7.º *Cursos especiales sobre todos los campos de la ciencia médica*, con trabajos prácticos junto al lecho del paciente y trabajos de laboratorio, se realizan durante todo el año. Los honorarios competentes ascienden de 50 a 80 marcos por cada ocho clases de dos horas. En estos cursos se concede especial importancia a los trabajos prácticos, pasando la teoría a segundo término, aunque esto no signifique, por cierto, que se la descuida.

Programas y detalladas informaciones hallará usted en las oficinas de la Academia para Perfeccionamiento Médico de Berlín (Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung), Berlín, NW 7, Robert-Koch-Platz, 7 (Kaiserin Friedrich-Haus).

Los médicos extranjeros y los médicos alemanes residentes en el Extranjero pueden disfrutar de una rebaja de hasta un 60 por 100 en los ferrocarriles alemanes, y, mediante el empleo de los llamados "Registermark" (marcos registrados), hacer su estada en Alemania considerablemente más barata. Para ello es recomendable que antes de su partida se pongan en relación con su Banco nacional.

SECCION OFICIAL

"GACETA" DEL 6 DE JULIO:

Ministerio de Justicia.—Se han anunciado a concurso de traslación las siguientes vacantes de médicos forenses, de categoría de entrada, en los Juzgados de Pola de Laviana, Fregenal de la Sierra, Chiclana, Orcera, Aoiz, Canjáyar, Valdeorras, Baltanas, Torrente, Illescas, Benabarre, Puente del Arzobispo, La Cañiza, San Martín de Valdeiglesias, Fuentesauco, Cangas del Narcea, Puebla de Sanabria, Almansa, Olcera, Santo Domingo de la Calzada, Lucena del Cid, Quiroga, Piedrabuena, Priego (Cuenca), Albocácer, Medinaceli, Ginzo de Limia, Agreda, Alhama de Granada, Yecla, Ledesma, Marquina, Castro Urdiales y Potes.

Las instancias deberán tener entrada en este Ministerio antes de las catorce horas del último día del plazo de treinta días naturales, a contar desde hoy.

De categoría de término, se hallan vacantes las de los Juzgados de Las Palmas, Distrito de Tocana; El Ferrol, Vitoria, Orihuela, San Roque, Palma de Mallorca, Distrito de La Lonja, y Loja. Instancias y plazo, en la misma forma que las anteriores.

Cuotas de inscripción.... { Congresista, ptas. 90. Pida detalles a la Secretaria general
Familiars, ptas. 40. Arrieta, 12. MADRID

Ayuntamiento de Madrid

MINISTERIO DE TRABAJO, SANIDAD Y PREVISION

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD.—Circular rectificando el Decreto de 14 de junio de 1935, por el que fueron aprobados los Reglamentos para aplicación de la ley de Coordinación de Servicios sanitarios, de 11 de julio de 1934:

Reglamento económicoadministrativo de las Mancomunidades sanitarias provinciales.

Artículo 42. Debe decir: "Los fondos de la Mancomunidad se depositarán en cuenta corriente, a nombre de la misma, en el Banco de España, firmando los cheques correspondientes el presidente de la entidad o funcionario-delegado, según la cuantía del pago, el tesorero y el secretario-contador de la Mancomunidad."

Reglamentos de Institutos provinciales de Higiene.

Artículo 8.º Dice: "Informe de la Inspección general correspondiente." Debe decir: "Informe de la Inspección provincial correspondiente."

Artículo 10. Debe decir: "La Sección de análisis higiénicosanitarios quedará constituida por la fusión de las antiguas Secciones de Bacteriología y de Química, y subsistirán, no obstante, las Secciones antiguas hasta su amortización, que sólo podrá realizarse con ocasión de vacante."

Reglamento del Cuerpo de Inspectores farmacéuticos municipales.

Artículo 33. Debe decir: "Los partidos farmacéuticos se clasificarán en las cuatro siguientes categorías:

- 1.ª Municipios o reuniones de Municipios de más de 5.000 habitantes.
- 2.ª Municipios o reuniones de Municipios de 3.501 a 5.000 habitantes.
- 3.ª Municipios o reuniones de Municipios de 2.501 a 3.500 habitantes.
- 4.ª Municipios o reuniones de Municipios de hasta 2.500 habitantes."

Reglamento de inspectores municipales veterinarios.

Artículo 1.º La ley que cita este artículo no es de 27 de noviembre de 1934, sino de 27 de diciembre de 1934.

Reglamento de matronas titulares municipales.

Artículo 3.º, apartado E). Debe decir: "Deberá expedir si hubiese asistido sola el parto", etc.

Madrid, 10 de julio de 1935.—El director general, M. Fernández Horques.

GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 709,1; ídem mínima, 702,2; temperatura máxima, 36,8; ídem mínima, 19; vientos dominantes, NE. y SO.

Seguidos atentamente los casos de trastornos intestinales que se vienen presentando, se puede asegurar que el número de enfermos de fiebre tifoidea no es este año superior al de los anteriores, con lo que se pueden reputar desvanecidos los temores habidos días atrás.

Según es habitual, los trastornos intestinales en los

niños se encuentran en su apogeo. Hay también paratiditis, que, en algunos casos, se han extendido a los convivientes adultos.

CRONICAS

Sandoz.—Acompañamos con el presente número prospectos de esta casa. Recomendamos se pidan.

El Dr. Bardají, herido.—El día 29 del pasado julio, cerca de Tamames, ha ocurrido un aparatoso accidente a un automóvil que ocupaban personalidades sanitarias que regresaban de Las Hurdes, dirigiéndose a Madrid y pasando por Salamanca.

Desde hace dos días se encontraban en visita de inspección recorriendo Las Hurdes el subsecretario de Sanidad, Sr. Bermejillo; el director del Instituto provincial de Higiene, Sr. Bardají, y otras personalidades.

El viaje lo había motivado las recientes disposiciones ministeriales, pasando el Patronato de Las Hurdes a Trabajo, desde Gobernación, donde se encontraba. Cuatro kilómetros antes de Tamames, el coche, ocupado por el Sr. Bardají y su secretario particular, perdió la dirección, volcando en la cuneta izquierda de la carretera, quedando el "auto" completamente volcado, teniendo que salir sus ocupantes por las portezuelas.

El Sr. Bardají sufre una fuerte luxación en el hombro izquierdo y heridas de poca consideración en la cabeza y manos, mas magullamiento general; el secretario particular padece heridas de poca importancia.

El subsecretario, Sr. Bermejillo, curó personalmente a los heridos, trasladándolos al pueblo inmediato, continuando después el viaje a Salamanca, donde visitaron los monumentos principales y regresando más tarde a Madrid.

Crucero del "Bruxelles Médical".—Siguiendo su tradicional costumbre, el periódico médico belga "Bruxelles Médical" organiza para el próximo mes de agosto—4 al 27—un crucero a los Fiordos de Noruega y Océano Glacial Ártico, con retorno por las capitales de Escandinavia.

Para todo género de datos—precios, itinerarios, etc.—deben dirigirse los interesados a la "Sección de Cruces del Bruxelles Médical", 29 Boulevard Adolphe Max, Bruselas (Bélgica).

Índice.—Como verán nuestros suscriptores, con el presente número acompañamos el índice correspondiente al primer semestre de 1935.

Natalicio.—Nuestro buen amigo D. Carlos de San Antonio atraviesa en estos días por la satisfacción propia de ser abuelo por vez primera de una hermosa niña, que ha sido bautizada con el nombre de Margarita. Enviamos nuestra enhorabuena a nuestro querido amigo, a su hijo y padre de la niña, D. Alberto, médico de Canillejas, y a la familia toda.

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

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

NIÑOS Quinintantina
DELGADO RONCO

En papeles, de acción eficaz y agradable de tomar.

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

OESTROGLANDOL "ROCHE"

(HORMONA OESTRÓGENA)

DISMENORREA, HIPOMENORREA, AMENORREA, ESTERILIDAD, MENOPAUSIA, CASTRACIÓN OPERATORIA

Posología: 3-6 comprimidos al día.
1-2 ampollas 2 ó 3 veces a la semana.

Envases: Frasco de 20 comprimidos.
Caja de 6 ampollas de 1.1 cc.

PRODUCTOS ROCHE, S. A.

BARCELONA

MADRID

L E Ó N

Caspe, 26

Santa Engracia, 4

Av. de Méjico, 4

LABORATORIO FARMACEUTICO

PONS, MORENO Y C.^A

DIRECTOR D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA
(ESPAÑA)

Jarabe Bebé

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

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

Tetradinamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

Insustituible en la terapéutica de las enfermedades infecciosas. Estimulante general de las defensas orgánicas a base de colessterina, 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 espiroquitosis en todas sus formas y manifestaciones. Perfectamente tolerable.

AL PEDIR MUESTRAS INDÍQUESE ESTA REVISTA Y ESTACIÓN DEL FERROCARRIL

Para las OPOSICIONES a MEDICOS FORENSES le es necesario...

Pagar los derechos de oposición.

Obtener programa y las contestaciones más modernas al Programa vigente.

Y todas aquellas particularidades personales que le interesan grandemente, que le agobian por no estar en Madrid o por sus muchos quehaceres.

No se apure y confíe la obtención de lo que necesite a D. MANUEL BLAQUEZ, encargado de la Sección de Consultas y Servicios anejos de EL SIGLO MEDICO.

Los libros que desee se le remitirán sin ningún gasto, de cualquier clase que sean.



Ayuntamiento de Madrid

SKODA

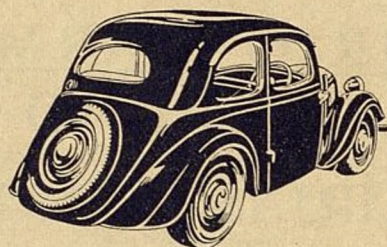
AUTOMOVIL UTILITARIO POPULAR

Fabricado por los Establecimientos
SKODA, de Checoeslovaquia

Doctor, este es su coche

PATENTE 8 HP PARA MEDICO, 40 Ptas. SEMESTRE

Consumo gasolina,
7½ litros por 100 km.



VELOCIDAD,
90 Km. por hora.

Chassis indeformable, con tubo central,
empleado únicamente por las grandes marcas.

Cuatro ruedas independientes.

Cambio de marchas sincronizado.

Cuatro frenos y freno a mano.

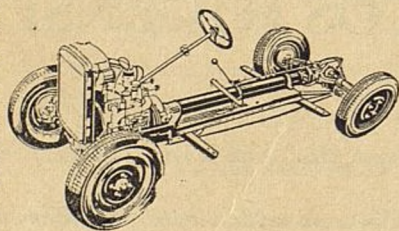
Instalación eléctrica Scintilla.

Espaciosas carrocerías aerodinámicas.

Amplio compartimento para maletas
en la parte posterior.

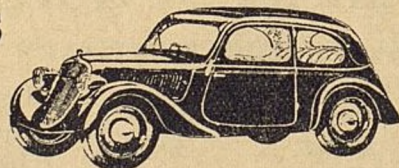
Neumáticos super-confort.

Equipo completo.



Pesetas
7.900

EN FRONTERA



Distribuidor Región Centro:

FRANCISCO SAINZ - Núñez de Balboa, 3

Teléfonos 53953 y 60589

tor imponderable referido por Montaigne, el que gobierna el desenlace de la enfermedad. Ya Hipócrates, en uno de sus aforismos, decía: "Morborum acu-

Jarabe Bebé.-Telradinamo.-Septicemiol.-Purgantil (Jarabe de Frutas)

(Véase anuncio página IV.)

torum nom omnino tutae sunt predictiones neque mortis neque sanitatis." ("Los pronósticos de muerte o de salud en las enfermedades agudas no siempre son seguros.")

En la práctica no diré que abundan, pero no son excepcionales los casos en que se nos muere un enfermo que fué buen padre y modelo de esposos, en quien, por razones de edad, antecedentes hereditarios, naturaleza de la dolencia y cantidad, calidad y oportunidad de los recursos empleados, era de esperar una probable y casi segura curación. Ni tampoco son raros esoteros en que el paciente, afecto de la misma enfermedad

Antiséptico Glorógeno Lumen

Muestras gratis.

Centro Farmacéutico Jienense.
Apartado 22.—Jaén

que el anterior, y de igual edad, con todo y tener los antecedentes hereditarios y personales mediocres, su conducta social detestable, más extensas las lesiones anatomopatológicas, mayor la intensidad evolutiva del mal y ser defectuoso, por circunstancias ajenas al médico, el tratamiento seguido, curó pronto y bien, en lugar de fallecer, como era de esperar, dadas sus condiciones organosociales desfavorables.

En ambos dolientes la edad era la misma, como también la entidad nosológica sufrida, con la particularidad de ser en el segundo las lesiones de mayor amplitud. Los antecedentes personales favorecían al primero y perjudicaban al segundo. El tratamiento empleado, completo y oportuno en aquél, deficiente en

ION-CALCINA

PALLARES

A base de Cloruro de Calcio
Frasco e inyectables

éste. El enfermo del primer caso era un trabajador ejemplar, consciente de sus actos, amante y sostén de la familia; el del segundo, perezoso y embrutecido, constituyendo su persona una carga a sus deudos. ¿Y qué sucedió? Ya lo hemos visto. Que el bondadoso y modelo de ciudadanía, a pesar de sus favorables antecedentes patoterapéuticos y el cariño de los suyos, falleció, mientras que el vicioso e indeseable, no obstante los agravantes patológicos, las taras sociales y la indiferencia o desprecio familiar, sanó. Ahora bien: ¿tiene este sucedido, presenciado a menudo, explicación científica alguna? A decir verdad, y posponiendo el orgullo profesional a la reali-

dad de los hechos—que es como debe proceder el obrero intelectual—, hemos de convenir forzosamente en que sólo en la intervención de los factores imponderables podremos encontrar el porqué de tanta incongruencia.

También se observa en el ejercicio profesional otra anomalía digna, como las anteriores, de ser comentada en relación con el asunto que tratamos. Ocurre en no pocas ocasiones que hasta que el natural y humano deseo del médico de curar al enfermo se convierta, por razones de parentesco o intimidad con

Fábrica especializada en Productos Dietéticos y de Régimen Vegetariano

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

éste, en honda preocupación, rayana a veces en la obsesión, para que, con un tanto por ciento no despreciable de casos, fracasemos en nuestra empresa. ¡Cuántos ejemplos de este género, dolorosos por cierto, no acuden a mi memoria!

¿Verdad que esas coincidencias—indiscutibles paradojas de la vida—obligan al médico a meditar y pensar en una posible intervención de un poder oculto, representado por los imponderables citados hace un momento? Yo, por mi parte, he de decir con sinceridad que es tanta mi creencia en aquella intervención, que al ser llamado para prestar mis servicios a un enfermo, procuro sistemáticamente, después de documentarme de todo aquello que guarda directa re-

JARABE ALMERA

A BASE DE FOSFATO DE CAL
GELATINOSO, EL MAS ASIMILABLE

lación con el terreno orgánico, aptitud morbosa, antecedentes, características del proceso, etc., enterarme de las condiciones morales del paciente y del papel por el mismo desempeñado en materia económica y social. Procuro también, en la medida de mis fuerzas, que mi obligado y humanitario interés en salvar al prójimo no se trueque en continua preocupación, manteniendo en todo momento el nimen sereno y tranquilo el espíritu, único modo, a mi ver, de convertir la probabilidad de la intervención del poder oculto en posibilidad, que ya es mucho.

III

Las consideraciones predichas en los párrafos precedentes, dimanadas de hechos vividos a todas horas por los que

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

peinamos canas, motivan una serie de deducciones a cuales más trascendentales, que bien merecen sean conocidas

y meditadas por los principiantes en beneficio de su posterior actuación médico-social. Todas ellas concéntranse en esta oración: "Es menester que los médicos

el 96% de médicos de España a los CONVALESCIENTES les recetan **ELIXIR CALLOL**

jóvenes, sin olvidar, empero, la conveniencia de dejar una puerta abierta en previsión de probables y paradójicas contingencias, presten gran atención, al enjuiciar el futuro del enfermo, a los ejemplos antes mencionados, que, no por ser éstos quizás de orden metafísico y estar desprovistos—lo confieso—de un valor científico absoluto, ya que son de observación personal, y no figuran en ningún tratado de Medicina, dejan, sin embargo, de carecer de utilidad práctica, máxime habiendo sido, como antes he dicho, apreciados, estudiados y comprobados por una experiencia de más de seis lustros de vida profesional."

Este especial modo de concebir de-

ARTE GRAFICO

Fotografado. Hortaleza, 21. Tel. 14623
Especialidad en trabajos para Laboratorios

terminados problemas clínicos podrá causar extrañeza, ¡quién lo duda!, a algunos de mis leyentes, por apartarse tales concepciones de las normas corrientes en uso; mas téngase en cuenta que la Medicina, por el hecho de ser arte y ciencia a un mismo tiempo, ofrece aspectos indefinidos y escollos infranqueables hasta la fecha a la progresiva marcha de los conocimientos humanos, apareciendo aquélla, en ciertos momentos, a nuestra inteligencia como algo insólito, como algo misterioso. "¡Cuánto misterio no hay en la vida!", fué la exclamación del gran Cajal meses antes de morir. "Cuanta más luz, más misterio", dice Palacio Valdés en su *Testamento literario*. "El espíritu del hombre—proclama—semeja una mariposa que se esfuerza en penetrar a través de un cristal. Si la luz es viva y claro el cristal, mayores son sus esfuerzos y más triste su

CARABAÑA: el mejor purgante

inutilidad." Así nosotros, cuanto más nos esforzamos en la búsqueda de teorías que nos expliquen el porqué y cómo de un hecho sorprendido, más comprendemos nuestra impotencia. Abundando en este modo de pensar el eminente fisiólogo Ch. Richet, al referirse en su libro *La Inteligencia y el Hombre* a la impotencia intelectual, expresa este jugoso pensamiento: "No solamente no sabemos nada de las causas profundas, sino de los fenómenos materiales, que para nosotros son verdaderas incógnitas todavía. Lo incomprensible nos rodea por todas partes."

Esta apreciación cruda, tajante quizás, pero real, de la vida, en su doble aspecto de salud y enfermedad, sin prejuzgar la necesidad de dejar de estudiar e in-

vestigar los fenómenos observados ininterrumpidamente—¡qué sarcasmo!—, nos obliga a recordar que sobre nuestra potencialidad mental gravita el factor misterioso o influencia de los *imponderables*,

FIMONAL

Vías respiratorias.

en virtud de lo que es nuestro intelecto enfrenado y a veces reducido a la impotencia.

Alumnos del último curso, médicos recién salidos de las aulas, por quienes siento un amor paterno: no olvidéis estas sugerencias, sancionadas por la clínica; mas tampoco las antepongáis al estudio de la Ciencia, verdad única, como dijo el nunca bastante llorado Ramón y Cajal, que debe regir los destinos de la Humanidad.

(Trabajo de la Clínica del Prof. Fidel Fernández. Granada.)

Médicos y Ayuntamientos

POR EL

Dr. J. ALVAREZ-SIERRA

En este barullo de tantas 'eyes anodinas e incoloras con que pretenden hacer felices a los españoles las segundas Cortes de la República hay una que, aprobada casi por unanimidad y discutida con gran templanza por todos los sectores de la Cámara, podía haber sido el timbre glorioso de la presente legislatura. Nos referimos a la ley de Coordinación Sanitaria, en que por primera vez se ataca a fondo el problema de la redención de los médicos rurales.

Pero desde el momento de su promulgación parece algo así como si los legisladores estuviesen pesados de haber hecho una cosa bien hecha, y no han tenido inconveniente en favorecer cuantas órdenes dilatorias fueron posibles, con objeto de poner trabas a su cumplimiento. El pretexto para redactar unos reglamentos y la inestabilidad de subsecretarios y directores generales cooperaron a este caso insólito de una ley que sus mismos padres dejan en orfandad y que tarda un año para ponerse en vigor.

La alegría siempre dura poco en casa de los pobres, y cuando todo era satisfacción y entusiasmo en el hogar de los médicos de pueblo, la Unión de Municipios Españoles organiza un movimiento de oposición contra la redentora ley, movimiento que va desarrollándose cada vez con más intensidad.

Frente a esta actividad defensiva de los Municipios debe actuar la clase medicofarmacéutica, justificando la urgencia de sus reclamaciones y los beneficios

generales que obtendrá el país con las discutidas reformas.

Conviene decir una vez más que los médicos rurales constituyen la única excepción en el engranaje de la Administración pública, y que representando sus servicios los más trascendentales e insustituibles de cuantos necesita el pueblo, no han conseguido aún el ser declarados funcionarios del Estado.

Los maestros, los jueces, los curas, los militares y esa nube trágica de burocratas de utilidad discutible han tenido garantía para el cobro de sus haberes y consideración para ser elevados a la categoría de colaboradores inamovibles de la vida pública española.

CALCINHEMOL ALCUBERRO

Poderoso antianémico

ALCALA, 88. — MADRID

La otra vida, la material, la que se traduce en dolores, enfermedades y muerte, tienen que defenderla los médicos a costa de la tranquilidad propia. ¡Cuántas veces el facultativo titular, que tiene en sus manos el evitar una epidemia desoladora o salvar con una intervención rápida al jefe del puesto de la Guardia civil, lleva meses y meses sin cobrar su sueldo, y en las puertas de su hogar asoma la pobreza!

Todos pensamos que el advenimiento de la República pondría fin al calvario de los médicos titulares, que frente a todas las mayores inclemencias tienen que ejercer su sacerdocio. En los diversos países del Mundo, incluso en las pampas americanas y en las estepas de Asia, al facultativo que ejerce en las pequeñas municipalidades se le rodea de bienestar, respeto y consideración. En España, un peón caminero o un mozo de ferrocarril disfrutan de mejor posición económica que muchos doctores de muleta y birrete.

No se nos oculta que la ley de Coor-

Estreñimiento: Supositorios Evacuantes Rivalta. De eficacia infalible. Prospectos gratis

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

dinación Sanitaria tiene defectos, y que en lugar de atacar a fondo el problema, declarando el pago de los médicos por el

No se nos oculta que la ley de Coor-

Estado, como hizo Romanones con el Magisterio primario, se ha diluido la acción en una serie de reformas menos urgentes y más efectistas. Pero la verdad es que en ellas se garantizan unos derechos legítimos y que la higiene pública recibe un beneficio. Estos dos puntos son suficientes para que todo ciudadano y todo buen demócrata defiendan su cumplimiento.

De una parte, protestan los Ayuntamientos por lo que suponen pérdida de

Solución salicilato sódico DOMINGO

Cada cucharada contiene dos gramos de salicilato sódico puro.

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

autoridad para con sus empleados; de otra, por las excesivas cargas que el Estado arroja sobre ellos, y, finalmente, por las impertinencias de las mancomunidades provinciales, coordinadoras de los servicios. Respecto a lo primero, sólo el cumplimiento o dejación del deber aumenta o quita autoridad. Económicamente, el aumento de cargas presupuestarias está en relación con su capacidad de ingresos, y la creación de las mancomunidades provinciales no puede ser óbice para el desenvolvimiento jurídico de la autonomía local.

Piense la Unión de Municipios Españoles que para los buenos Ayuntamientos la ley de Coordinación no les trae perjuicios, puesto que ellos cumplen con exceso su minimum de obligaciones; para los mal administrados, insolventes y de déficit presupuestario, con ley y sin ley de coordinación tropezarán con graves dificultades económicas.

BARACHOL

Cura Eczemas, Erupciones y Enfermedades Rebeldes de la Piel.

rios y directores generales cooperaron a este caso insólito de una ley que sus mismos padres dejan en orfandad y que tarda un año para ponerse en vigor.

La alegría siempre dura poco en casa de los pobres, y cuando todo era satisfacción y entusiasmo en el hogar de los médicos de pueblo, la Unión de Municipios Españoles organiza un movimiento de oposición contra la redentora ley, movimiento que va desarrollándose cada vez con más intensidad.

Frente a esta actividad defensiva de los Municipios debe actuar la clase medicofarmacéutica, justificando la urgencia de sus reclamaciones y los beneficios

BANCO GERMÁNICO

DE LA AMÉRICA DEL SUR, S. A.

MADRID. CARRERA DE SAN JERÓNIMO, 26
APARTADO 380

Visitad la bella Alemania, utilizando
REGISTERMARK

que vendemos con descuento considerable sobre la cotización normal. Pidan informes y cheques que son pagaderos en todas las sucursales del DRESNER BANK, de Berlín y de la DEUTSCHEN VERKEHRS KREDITBANK.

chas 28 de febrero y 29 de marzo, respectivamente, cuya vigencia ha terminado, por tanto, el 30 del presente mes.

Este Ministerio, en armonía con lo que antecede, ha tenido a bien disponer:

1.º Por la Dirección general de Sanidad serán devueltos a las Juntas administrativas de las Mancomunidades sanitarias de Municipios de todas las provincias los presupuestos remitidos a este Departamento para su aprobación, entre los que se hallaban incluidos los de los Institutos provinciales de Higiene, a fin de que por los respectivos Inspectores provinciales de Sanidad sean confeccionados los oportunos proyectos de presupuestos de los referidos Centros, con arreglo a las normas de los artículos 57 y 64, ambos inclusive, del Reglamento de los expresados Institutos, y con vigencia para el segundo semestre del corriente año, y, por tanto, con carácter transitorio.

2.º Con el fin de adaptar lo antes posible a los nuevos preceptos reglamentarios el régimen interior de los Institutos, y hasta tanto que se establezcan sus plantillas con carácter definitivo y se conozcan las plazas que deben ser amortizadas, las que quedan a extinguir, y, finalmente, las vacantes que deben ser cubiertas con arreglo a lo previsto en los artículos 45 y 46 del citado Reglamento, se procurará que, a partir del 1.º de julio próximo, los jefes de Sección, médicos, tomen a su cargo las Secciones de carácter común y potestativas, previstas en el artículo 7.º de la organización técnica, y con arreglo al número de funcionarios de que disponga cada Instituto; los jefes de Sección de Química quedarán a extinguir como jefes de Análisis higiénicos sanitarios, y los de las Secciones de Veterinaria, también a extinguir, como jefes de las Secciones de Higiene de la Alimentación, sin perjuicio de prestar los servicios que como veterinarios adscritos a los Institutos están previstos en el artículo 9.º

3.º Al presupuesto semestral acompañarán unas copias de los títulos administrativos del personal técnico y auxiliar del grupo B) de los Institutos provinciales de Higiene, diligenciados con lo que previene el artículo 41 del Reglamento, para su correspondiente inscripción en

mación del mismo, y serán objeto de un presupuesto adicional, redactado en armonía con lo dispuesto en el artículo 36 del Reglamento económicoadministrativo de las Mancomunidades ya citado, y en el que deberán fijarse las cantidades que por dichos conceptos deudores corresponden ser aportadas por las Diputaciones y Municipios respectivos en los plazos y forma convenida para cada caso, con arreglo al acuerdo a que se refiere la base 13 de la ley de Coordinación Sanitaria. Para la ejecución de estos presupuestos adicionales se seguirá el mismo procedimiento reglamentario establecido para los presupuestos ordinarios, y se concede el plazo improrrogable de dos meses para la redacción y remisión a este Ministerio de dichos presupuestos adicionales.

3.º Las excepciones que para formar parte de las Mancomunidades sanitarias provinciales concede a las Corporaciones provinciales o municipales el Reglamento económicoadministrativo tendrán siempre un carácter temporal, regulado por la continuidad y persistencia de la buena organización benéficosanitaria de las Corporaciones que las promuevan. Dichas excepciones serán objeto de revisión anual, previa la formación de los nuevos presupuestos, y podrán acordarse con carácter total, si la buena organización de todos los servicios la merecen, o parcial, que comprenda solamente aquellos servicios de carácter benéfico o sanitario, que estén bien organizados, consignándose en este caso, en el proyecto de presupuestos de la Mancomunidad de Municipios respectiva (previos los informes y procedimientos a que el artículo 3.º se refiere y a la valoración que estime la Subcomisión técnica correspondiente, creada por el artículo 9.º), sólo las consignaciones precisas para la buena organización y funcionamiento por la Mancomunidad de los servicios benéficosanitarios que no sean exceptuados.

A reserva de lo que este Ministerio acuerde para cada caso, con respecto a estas excepciones, se consignarán en los presupuestos de las respectivas Mancomunidades, y conforme a lo dispuesto en el artículo 3.º del Reglamento económicoadministrativo, las cantidades precisas para la dotación de los servicios, cuya excepción total o

parcial se haya solicitado por las respectivas Corporaciones.

4.º La Subsecretaría de Sanidad y Asistencia Pública designará las Comisiones técnicas para formular las siguientes propuestas:

a) Reglamentación del personal que desempeña especialidades y revisión de los nombramientos de especialistas a que se refieren los artículos 23, 32 y 44 al 48 del Reglamento de Institutos provinciales de Higiene. Reorganización de plantillas del personal de dichos Institutos, y formación del Escalafón previsto en los artículos 29 y 50 del citado Reglamento y, por último, adaptación de este Reglamento de Institutos provinciales de Higiene a las especiales características de las Islas Canarias y Zonas de Soberanía de Ceuta y Melilla, de acuerdo con el artículo adicional del mismo.

b) Escalafón definitivo de los médicos de Asistencia Pública Domiciliaria, regulación de sus haberes pasivos, constitución de Juntas y formación de padrones de Beneficencia.

c) Reglamento de médicos de Asistencia Pública en Casas de Socorro, Hospitales municipales y tocólogos.

d) Programas de oposiciones a ingreso y plazas vacantes en el Cuerpo de Inspectores farmacéuticos municipales, según prescriben los artículos 4.º y 26 del Reglamento de dichos funcionarios, así como del Escalafón del Cuerpo de Farmacéuticos municipales que preceptúa el artículo 6.º de dicho Reglamento.

e) Revisión de las tarifas de medicamentos para la Beneficencia, que ha de someterse a la aprobación de la Subsecretaría de Sanidad y Asistencia Pública, según indica el artículo 11 del Reglamento del Cuerpo de Inspectores Farmacéuticos municipales.

f) Formación del Cuerpo y Escalafón de Odontólogos de Asistencia Pública, preceptuados por los artículos 1.º, 2.º y 3.º de su Reglamento, y de la redacción del programa de oposiciones para ingreso en dicho Cuerpo de Odontólogos de Asistencia Pública, según dispone el artículo 6.º de su Reglamento.

g) Escalafón de Practicantes y programa de oposiciones a que hacen referencia los artículos 1.º y 11 del

Reglamento del Cuerpo de Practicantes de Asistencia Pública Domiciliaria.

h) Escalafón de Matronas titulares, a que se refieren los artículos 1.º y 2.º de su Reglamento.

Estas Comisiones evacuarán su cometido en el término de cuatro meses, contados a partir de la fecha en que queden constituidas.

5.º La incompatibilidad a que hace referencia el artículo 17 del Reglamento económicoadministrativo de las Mancomunidades provinciales, prohibiendo percibir sueldos o retribuciones a los vocales de las Juntas administrativas, se entenderá por cargos retribuidos, creados por la propia Junta, a partir de la fecha de publicación de los Reglamentos, pero sin hacer referencia a los creados con anterioridad y a los que signifiquen servicios profesionales, en plazas cifradas en los presupuestos municipales correspondientes.

6.º La tramitación y ejecución de cuanto se refiere a la ley y Reglamento de Coordinación Sanitaria, con excepción de los asuntos de personal, será atención preferente de la Sección tercera, de Sanidad provincial y comarcal, que someterá, sin demora, a la Dirección general de Sanidad, la resolución de cuantas dudas y aclaraciones se susciten por las respectivas Mancomunidades y vengán suficientemente informadas por éstas. Los asuntos referentes a personal corresponderán a los Negociados respectivos (Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria, Profesiones Sanitarias y Farmacia) de esta Dirección general de Sanidad.

* * *

Ilmo. Sr.: Por Decreto fecha 14 del actual han sido aprobados los Reglamentos para aplicación de la ley de Coordinación Sanitaria de 11 de junio de 1934, disponiéndose en su artículo único que entrarán aquéllos en vigor a partir del día 1.º de julio próximo; y teniendo en cuenta que los presupuestos de los Institutos provinciales de Higiene, correspondientes al ejercicio de 1934, fueron prorrogados para los dos primeros trimestres del corriente año por Ordenes de este Ministerio, de fe-

ELIXIR ESTOMACAL SAIZ DE CARLOS (STOMALIX)

Cura el dolor de estómago, acidez, dispepsia, vómitos, diarreas en niños y adultos, dilatación y úlcera del estómago; tonifica, ayuda a las digestiones y abre el apetito, siendo utilísimo su uso para todas las molestias del

**ESTÓMAGO .
INTESTINOS**

Vente en farmacias—Pídanlo en el Laboratorio Sáiz de Carlos, Serrano, 30-MADRID

ANALISIS

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

Laboratorio del Dr. E. ORTEGA

Sucesor del DR. CALDERON

Carretas. 14.-Madrid

FUNDADO EN 1866

El mejor libro del
ilustre doctor

**Don Manuel
Martín Salazar**

Ex Director general
de Sanidad, Académico
de la Nacional
de Medicina, etc.

es su obra sobre
higiene

INMUNIDAD

(Con un folleto del
Dr. MARAÑON)

20 PESETAS
EJEMPLAR, LIBRE
DE GASTOS

PEDIDOS AL
APARTADO 121
MADRID

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.

Indicaciones del FORCEPS y técnica operatoria del mismo

por el Dr. A. PONS

4 PESETAS EJEMPLAR

PEDIDOS AL APARTADO 121-MADRID

Vías respiratorias

JARABE FAMEL
de base de lactosacárido soluble

**ACCION
RAPIDA
SEGURA**

calma la tos
facilita la expectoración
reanuda el estado general

Depósito general para España:
CURIEL, S. A. - Aragón, 228. - Barcelona

**PARA REDUCCIONES en los ferro-
carriles, hoteles, excursiones,
etc., etc. de los**

Congreso Internacional Entomología
6 al 12 septiembre.

Congreso Internacional de Historia de la Medicina
23 al 28 septiembre.

Congreso Internacional de Ingeniería rural
23 septiembre al 3 octubre.

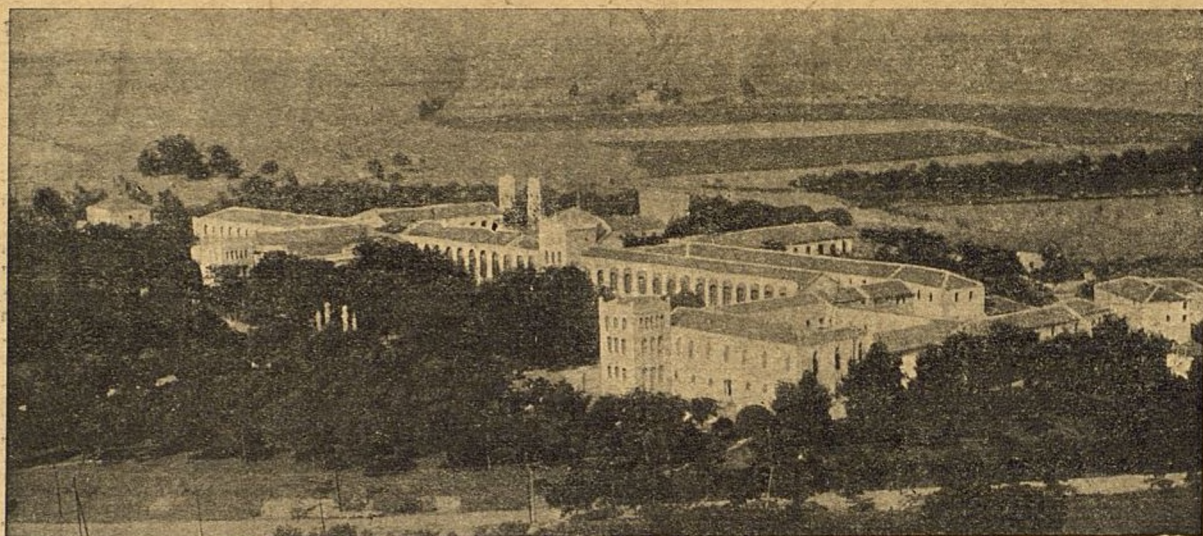
Congreso Internacional de Americanistas
12 al 20 octubre.

Diríjanse a las Agencias

WAGONS LITS COOK

en Madrid, Barcelona, Palma, Valencia, Málaga, Granada, Algeciras, Sevilla, Vigo, Bilbao, San Sebastián

AGENTES OFICIALES



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 || SANATORIO... { Carabanchel Alto
Teléfono 16962 || Teléfono 20



SANATORIO NEUROPATICO

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

Director: Dr. GONZALO R. LAFORA

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

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

PIDANSE REGLAMENTOS A LA ADMINISTRACION

¿Usa usted gafas?

Para todo uso debe exigir de su óptico despache su receta con los nuevos cristales

«Puntual Cuyás»

Cristal Puntual ANACTINICO (prácticamente blanco), que filtra la luz y aumenta la agudeza visual.

Cuando deba proteger sus ojos de una luz intensa, debe usar los cristales de color científico

«Luxtal»

que absorben los rayos infrarrojos sin colorear las imágenes.

SE FABRICAN EN TODAS LAS GRADUACIONES

PIDA FOLLETOS EXPLICATIVOS A TODOS LOS OPTICOS DE ESPAÑA