

11-3

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

Núm. 4.275.—Tomo 96

AÑO OCHENTA Y DOS

16 Noviembre 1935



En la tos,

bronquitis,

laringitis,

coqueluche,

estados asmáticos

Cardiazol-Dicodid en gotas

Su acción es espasmolítica sobre los bronquios y calmante sobre el centro de la tos.



Dosis: 2 a 3 veces al día: 10 a 15 a 20 gotas para adultos, 5 a 10 gotas para niños mayores, 2 a 5 gotas para niños pequeños. - Frascos de 10 c.c. ¡No requiere receta de tóxicos!

KNOLL A.-G., Fábricas de Productos Químicos, Ludwigshafen / Rhin

GUIPSINE

REGULADOR

**DEL TRABAJO DEL
CORAZON**

LEINOSPASMYL

REGULADOR

**DEL SISTEMA NERVIOSO
SIMPATICO**

LABORATORIOS DEL D^R

M. LEPRINCE.
62, RUE DE LA TOUR - PARIS (16^e)

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

cantidad de antisépticos. Según las casas que las preparan, hay vacunas que requieren dos o tres y cuatro inyecciones, haciéndose las primeras con escasa cantidad de gérmenes y aumentando su número en las siguientes. Hoy día se prefieren las vacunas en las que bastan dos inyecciones. Entre ambas ha de quedar el espacio de tiempo suficiente para que la reacción provocada por la primera inyección, de síntomas focales y generales, se haya extinguido por completo. Hay que reconocer a los que van a vacunarse, para evitar hacerlo a individuos que están sufriendo alguna infección aguda ligera (anginas), pues en estos casos las reacciones son violentas. También debe evitarse el vacunar a los que presenten focos tuberculosos en actividad o con sospechas de actividad. En estos casos puede ocurrir muy bien que, junto con las reacciones que provoca la vacuna antitifoidea, se produzcan otras focales y generales del proceso tuberculoso.

Para evitar la molestia de las inyecciones y de la reacción consiguiente a ellas, se ha preconizado en Francia la vacuna antitifoidea por vía oral, administrando antes un preparado de bilis, que pone el tubo digestivo en condiciones especiales de receptividad para que la vacuna ingerida se absorba y sea eficaz. Esta vacuna debe reservarse única y exclusivamente para aquellos casos en los que es imposible o arriesgado hacer las inyecciones de vacuna corriente; su eficacia es mucho menor, y los que la usan no deben considerarse nunca inmunizados *seguramente* contra la enfermedad.

Inmunización en la difteria.—Disponemos de la inmunización activa y de la pasiva. Esta última fué la

A NUESTROS LECTORES: AVISO IMPORTANTE

Las continuas reclamaciones que se nos hacen de pliegos de la obra **OPOSICIONES**, editada por **EL SIGLO MEDICO**, con éxito tan brillante y acogida tan excepcional por cuantos preparan los ejercicios a oposición de las vacantes de médicos rurales, Inspectores Municipales de Sanidad, nos obligan a reimprimir algunos de los pliegos de la obra, que se encuentran totalmente agotados. Para ello utilizaremos durante cuatro números de **EL SIGLO MEDICO** el espacio del folletón, suspendiendo durante este tiempo la publicación acostumbrada.—L. R.

CAPITULO III

INMUNIZACIÓN ACTIVA Y PASIVA

Se designa con el nombre de inmunidad un estado en el que el organismo no reacciona en absoluto—inmunidad total—o sólo lo hace de un modo muy ligero—inmunidad incompleta—a la introducción de gérmenes morbosos, vivos o muertos, a la de sustancias albuminoideas tóxicas producidas por estos gérmenes o a los derivados de ellas.

Desde antiguo se conocían los siguientes hechos: 1.º, que ciertos individuos eran naturalmente resistentes a padecer determinadas enfermedades, y 2.º, que algunas enfermedades no acostumbraban a padecerse más que una sola vez. Más tarde, se vió empíricamente que el padecer formas ligeras y leves de ciertas enfermedades era suficiente para evitar el padecerlas en las formas graves y corrientes. La resistencia a padecer durante toda la vida una infección ha recibido el nombre de inmunidad congénita; la resistencia a padecerla después de haber sido atacado por ella una sola vez en forma atenuada o corriente se denomina inmunidad adquirida. La inmunidad adquirida presupone que el ponerse en contacto el virus de una enfer-

medad infecciosa con el organismo imprime a éste modificaciones de tal naturaleza que le hacen refractario a padecer nuevamente aquella dolencia. Esta inmunidad adquirida por un previo contacto con el germen se denomina activa.

Hace relativamente muy poco tiempo, Behring demostró que la sangre de los animales inmunizados activamente contenía determinadas sustancias protectoras, y que inyectada esta sangre a otro animal de la misma o de distinta especie le confería propiedades inmunizantes por un período más o menos largo. Esta inmunización, en la que el individuo no se pone directamente en contacto con el germen, sino que es adquirida por la inyección de sangre o suero de animales inmunizados activamente, recibe el nombre de inmunidad pasiva.

El primer ensayo de inmunización activa en el hombre se hizo a principios del siglo XVIII. Era muy antigua la observación de que la viruela sólo se padecía una vez en la vida, y de ahí que en muchos pueblos asiáticos se procurara padecerla en las epidemias leves para prevenirse contra la viruela de las epidemias graves. En China, las costras de las pústulas variolosas se trituraban y se insuflaban dentro de las narices de los sanos. En la India se envolvía a los niños en los vestidos de los variolosos. Al comienzo del siglo XVIII la esposa del embajador inglés en Constantinopla—lady Mary Wortley Montagne—conoció estos procedimientos y los utilizó, inoculando viruela leve a sus hijos; el resultado obtenido fué muy bueno. Vuelta a Inglaterra lo comunicó a sus amistades e hizo inocular viruela leve a los hijos de algunas de ellas; des-

mis, y depositando sobre ellas el líquido contenido en las pústulas de las terneras inoculadas o la linfa glicerinada preparada con el líquido de estas pústulas y glicerina, con adición de algún ligero antiséptico. No es recomendable la vacunación de persona a persona, como se hacía antiguamente, por el riesgo de transmitir otras enfermedades infecciosas. El brazo del niño o adulto que se vacune se lavará con agua, jabón y cepillo, y se aclarará con agua hervida, cuidando no lavar con alcohol u otro antiséptico que pueda destruir la linfa que se deposita sobre las escarificaciones cutáneas. Excusado es recordar que deben observarse las más minuciosas reglas de asepsia de manos del médico y de instrumental, tanto en ésta como en todas las vacunaciones que puedan hacerse.

Vacunación contra la fiebre tifoidea.—Esta vacunación se acreditó durante la guerra mundial 1914-18, pues gracias a ella fué posible suprimir casi por completo la tifoidea en el frente Occidental, tanto en el bando de los aliados como en el de los alemanes. Aunque su eficacia no es tan segura como la de la vacuna antivariólica, es verdaderamente extraordinaria, y son muy pocos los vacunados que después padecen tifoidea. La inmunidad que confiere dura poco tiempo, término medio, puede estimarse en dos años, y como máximo en cuatro. Esto obliga a no vacunar contra la tifoidea más que en casos de necesidad o de inminencia de contagio. Se preparan diversas vacunas, casi siempre mixtas o polivalentes, tomando gérmenes de diversas razas y procedencias y mezclándoles los productores del paratífus A y del B. Los gérmenes se matan por el calor, y la vacuna se adiciona de una pequeña

TERTULIA MEDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

AMENIDADES

16-XI-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 heridos oculares en los sucesos de Asturias

Por JOSÉ AZNÁREZ
Teniente médico.

Pasada ya la efervescencia del momento, terminados hace tiempo los envíos de heridos y vista—o entrevista al menos—la terminación de los procesos que hemos asistido en nuestra clínica, creo llegado el momento de exponer algunos comentarios sobre los heridos oculares en esa pequeña guerra que se ha desarrollado entre los montes asturianos, y la llamo pequeña únicamente porque en ella no han intervenido todos los medios de destrucción que se emplean en las guerras “grandes”, no porque

CALGINHEMOL ALCUBERRO

Poderoso antianémico

ALCALA, 88. — MADRID

para nosotros no haya tenido la importancia y haya traído el dolor de cualquiera de ellas.

Varias son las causas que, venciendo mi timidez y haciéndome olvidar mi incompetencia, me impulsan a pergeñar estas cuartillas; pero las principales son tres, que constituirán los jalones que me indiquen el desarrollo del tema. Es la primera la enorme proporción de las lesiones oculares entre el total de heridos; la segunda es el indudable interés clínico profesional que ofrecen la mayoría de éstos, y la última, las consecuencias que se desprenden de total de casos, y que, desgraciadamente, no son todo lo satisfactorias que debieran ser.

Porcentaje de heridos oculares.—Es extraordinariamente significativo el aumento de proporcionalidad en las heridas del aparato visual que se viene observando en las últimas guerras. Los números son más elocuentes que todos los comentarios, y por ello me limitaré a transcribir algunos:

Guerra francoprusiana (1870): 0,81 de heridas oculares por 100 heridos.

Guerra rusojaponesa (1904-1905): 2,21 por 100.

Guerra europea (1914-1918): 5 por 100.

Sucesos de Asturias: 9,6 por 100.

Como se ve, en estos sucesos la proporción de heridos oculares duplica casi exactamente la de la gran guerra. Piénsese ahora que en una lucha en que se empleasen todos los modernos medios de combate habría que agre-

gar a este número los “heridos de gases” y los enfermos. Es evidente que en el momento en que los gases han su aparición entre los métodos de lucha (en Asturias no se han utilizado para nada, que nosotros separamos), el número de lesionados del aparato visual ha de sufrir un aumento enorme, ya que todos los gases atacan a los ojos: asimismo los “shrapnells”, los lanzallamas, etc., son agentes nosológicos nada despreciables, y por otra parte, en una guerra estabilizada, las condiciones higiénicas de los contingentes (trincheras, aglomeración...) ha de favorecer la aparición de enfermedades oculares infecciosas y su conversión en epidemias. Y a este propósito, y aunque no tenga una relación directa con el asunto, citaremos las epidemias de conjuntivitis gonocócica de los últimos meses de la gran guerra, provocadas por los mismos soldados, que, al inocularse y a trueque de quedar ciegos, se evadían de los peligros de la línea de fuego.

Sumemos, pues, estos importantes factores a los que han intervenido en los combates de Asturias, y nos daremos cuenta precisa de cuál va a ser el número de heridos oculares en una guerra futura. ¿Por qué aumenta en tan rápida progresión esta clase de heridos? Indudablemente, ello se debe a las condiciones de la guerra moderna, y en nuestra modesta y poco autorizada opinión, principalmente a las causas siguientes, entre las que (y lo repetimos a trueque de parecer machacones) no contamos los gases ni los otros métodos de combate no utilizados en Asturias:

1.^a Disminución del porcentaje de otras heridas, debido a los medios de protección con que hoy cuenta el soldado—casco, escudo, trincheras, etcétera—. Los ojos, en cambio, dados su especialísimo papel y función, están más expuestos que nunca y no pueden—hoy por hoy—ser expresamente protegidos.

2.^a Muchas heridas que hace tiempo podían considerarse como mortales (y ello se nota principalmente entre las heridas de cráneo), hoy, por la evolución de los medios de combate, cambios experimentados por los

proyectiles y progreso enorme de los métodos de tratamiento y transporte, han dejado de ser fatales para la vida del herido, y, en cambio, continúan interesando el aparato visual.

3.^a Los explosivos—que han pasado a ser el primer elemento del combate—son agentes químicos de acción directa sobre las membranas del ojo.

4.^a Todo lo referente a cuerpos extraños intra y extraoculares, ha cambiado completamente de frecuencia y pronóstico con relación a las batallas de hace años. Por una parte, el ya citado predominio de los explosivos y su cambio de empleo con relación a las guerras de antaño, ha multiplicado enormemente el número de proyectiles secundarios (esquirlas, tierra, piedra e incluso líquidos) que inter-

ANTIPHLOGISTINE

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

vienen en un episodio bélico, y, por otra parte, la transformación de la naturaleza de los proyectiles influye muy notablemente sobre el pronóstico y curso de las lesiones que causan. Para no extendernos demasiado, nos limitaremos a citar la diferente tolerancia del ojo para el plomo—material casi exclusivo de los antiguos proyectiles—y para el cobre o el acero, materiales que tan a menudo entran en la composición de los proyectiles modernos. Precisamente, y como veremos, entre nuestros heridos hay dos casos altamente demostrativos de lo que acabamos de exponer.

5.^a Y, por último, los factores morales. La guerra antigua era la de batallas románticas y excitantes entre flamear de banderas, sonar de músicas, brillar de aceros y ecos de canciones. La guerra actual es la guerra deprimente de los uniformes grises de color y de lodo, de la vida subterránea, de la máscara de gases y el “mono” de goma, de estar un año a 50 metros del enemigo y morir y matar sin verle; de soportar el fuego de tambor y las oleadas de tóxicos..., de Dios sabe qué horrores para el futuro... Unamos estos factores a las condiciones de la vida actual, que tanto contribuyen a crear generaciones de histéricos y neuróticos, y si meditamos sobre ello, no ha de parecerle a nadie exagerada la predicción del histerotraumatismo como agente importante de bajas en las futuras guerras. Y si alguien encontrara ridícula esta

Omnadina
activa las defensas orgánicas

afirmación, siga leyendo y no tardará en hallar la prueba de su verosimilitud.

Pasemos ahora al examen de los casos atendidos en la Clínica de Oftalmología de Carabanchel, y aquí debo hacer constar, para no engalanarme con plumas ajenas, que todo el mérito de diagnósticos y tratamientos corresponde al Dr. Renedo, jefe de la Clínica y eminente oftalmólogo, a quien nos honramos llamando maestro los modestos aprendices que a su lado trabajamos en la especialidad.

Nuestros heridos, por orden de menor a mayor importancia clínica, han sido:

Rafael Martínez Ferrero. Guardia de Asalto. Ingresó en la Clínica el 28 de octubre. Cuerpos extraños múltiples en conjuntiva y córnea de ambos ojos y alteración eczematosa periocular en el izquierdo. Esta última se debe, probablemente, a la acción irritante de sustancias desconocidas (seguramente gases de las explosiones), suposición que confirma la irritación conjuntival que el enfermo presenta y que es desproporcionada a sus lesiones. Se le extraen los cuerpos extraños, y, mediante un tratamiento tópico, vulgar, cura rápidamente, siendo dado de alta el 9 de noviembre.

Antonio Marfil Avila. Ingresó el 31 de octubre. Viene enucleado del ojo derecho, y de sus confusas manifestaciones (no es, precisamente, un hombre culto ni despierto), se deduce que ha sido operado por cuerpo extraño intraocular, lesión debida a explosión de granada.

Luis Martín Moyano. Ingresó el 28 de octubre. Este enfermo recibió una perdigonada en la cara. Presenta:

Ojo derecho. Ninguna reacción conjuntival. Coloboma quirúrgico en parte superior del iris. A la lámpara de

"JUSTO", FAJISTA

Fajas médicas y de vestir

SE HA TRASLADADO A
Mayor, 4, entl.º - MADRID

hendidura aumento moderado de células en cámara anterior. Cristalino transparente.

De fondo de ojo no puede apreciarse ningún detalle. La luz reflejada no penetra, y con el oculus sólo se aprecia un reflejo rojizo en todas direcciones. No existe percepción luminosa, aunque el herido asegura que los primeros días de su lesión percibía los dedos por el lado derecho. No hay reacción pupilar a la luz.

Por radiografía se aprecia un cuerpo extraño metálico (probable perdigón), cuya situación corresponde aproximadamente al humor vítreo de dicho lado.

En el ojo izquierdo, nada anormal. Medios transparentes, fondo normal. A. V. 1 y con un esférico de más de 0,75 y 3/4. Reacciones pupilares nor-

96%
Elíxir CALLOL

males a la luz, a la acomodación, consensual y a efecto consensual.

En raíz y base de nariz, y parte media inferior de la región malar, presenta los orificios de entrada de tres proyectiles, cuya situación en partes blandas es perfectamente visible en la radiografía. Por el orificio de la región malar sale espontáneamente un perdigón el día 30 de octubre.

Este enfermo es tratado por dionina, atropina e inyecciones subconjuntivales de cloruro sódico. Mejora muy lentamente hasta llegar a tener percepción luminosa. De ahí no pasa mientras está en la Clínica, cosa que no debe extrañarnos, pues ya es sabida la lentitud de reabsorción de estas grandes hemorragias de vítreo... cuando llegan a reabsorberse.

A primeros de diciembre y en tal estado marcha con permiso.

Es muy interesante hacer constar la perfecta tolerancia del ojo al cuerpo extraño, pues el enfermo, en todo el tiempo de observación, no presenta signo reaccional alguno, y probablemente, tanto si la hemorragia se reabsorbe, como si no, así continuará indefinidamente. Ya veremos el rudo contraste de este caso con el de otros de nuestros heridos.

Manuel Andrade Fernández. Guardia civil. Ingresó el 10 de noviembre. Cuenta que, en ocasión de pretender evacuar el cuartel de la Guardia civil, le lanzaron un paquete de cartuchos de dinamita que le explotó entre los pies, lanzándole arena a los ojos "y dejándole ciego súbitamente". Posteriormente fué cogido prisionero por los rebeldes, que le encarcelaron, sufrió hambre y malos tratos, y fué condenado a muerte. Para ejecutarle le sacaron de la prisión, le embarcaron en un vagón de ganado en unión de otros prisioneros, y se les notificó que serían arrojados vivos a unos depósitos de gasolina. Hacemos constar todos estos datos porque, como veremos, influyen en el curso de la dolencia del sujeto.

Examinado el enfermo, se recogen los siguientes datos:

Constitución leptosomática. Individuo muy nervioso y agitable.

Ojo derecho. Nubéculas aisladas en número de cinco o seis. Conjuntiva ligeramente hiperemiada. (Reacción normal a los cuerpos extraños que ha tenido.) Iris que no reacciona a la luz, percepción buena, proyección dudosa. Medios transparentes en orden. FONDO NORMAL.

Ojo izquierdo. Conjuntiva como en el derecho. Medios transparentes en orden. Fondo normal, percepción buena; proyección dudosa.

Ante esta sintomología con tal des-

proporción entre lo objetivo y lo subjetivo, se duda entre un diagnóstico de conmoción peripatral y una amaurosis histérica, inclinándonos hacia esta última, de una parte, la absoluta normalidad del fondo, y de otra, el hábito, modo de expresarse, la historia de este sujeto, cuyos sufrimientos morales abogan por el clásico "refugio en la enfermedad" de los histéricos.

Orientados en este sentido, faltaba cerciorarse del fondo neurótico del enfermo, y, a este fin, se le hizo una exploración detenida de sistema nervioso, que nos dió los resultados siguientes:

Reflejos tendidos dudosos. (Por no dejarse explorar bien el paciente.) Reflejos cutáneos abolidos, salvo el plantar (muy débil). Pérdida de la sensibilidad al calor en zonas algo difusas, situadas, una—muy pequeña—a nivel de la duodécima vértebra dorsal; otra, sobre la mitad inferior del sartorio derecho; otra, sobre la mitad inferior de cara externa del muslo izquierdo, y otras, diseminadas en ambas piernas. Sensibilidad táctil y dolorosa normales. Sensibilidad faríngea casi nula.

Dado que esta exploración confirmaba el diagnóstico de primera intención, coincidiendo con ello el resultado negativo de los análisis de orina y sangre, el enfermo fué tratado como tal histérico, y el resultado obtenido fué inmejorable.

El mismo día de su ingreso se le aisló y se le puso una inyección periorbitaria de suero en el lado izquierdo. Vendaje binocular y reposo absoluto. Dos días después (el 12) se le levanta el apósito. Ve algo con el ojo izquierdo y continúa ciego del derecho. Inyección de suero en este lado, y nuevo vendaje.

El 14 aqueja fuerte cefalea, raquialgia y náuseas. Pulso y temperatura, normales. Suponiendo fundadamente

B A R A C H O L

Cura Eczemas, Erupciones y Enfermedades Rebeldes de la Piel.

que se trata de "iguales perros con distintos collares", nos contentamos con prescribir medicación sintomática. Se descubre el ojo izquierdo y se mantiene cubierto el derecho.

El día 17 le han desaparecido los dolores y el estado náuseoso. Se le dejan descubiertos ambos ojos. El día 18 se le mide agudeza visual, con los siguientes resultados: Ojo derecho = 1/2; ojo izquierdo = 7/10. Con un cristal esférico de más de 0,75 cada ojo V. D. = 7/10 V. I. = 1.

En vista de ello y de que en la semana siguiente no presenta trastornos de ninguna especie, es dado de alta por curación.

Este herido no puede ser más inte-

(Continúa en la página XVIII.)

EL SALVADO

El más apetitoso correctivo
del estreñimiento



Quando el paciente es en demasía refractario a las medicinas o no tolera los laxantes habituales, puede recetarse el salvado con seguridad absoluta, sobre todo si se trata del Kellogg's ALL-BRAN.

Con el salvado se consigue el volumen tan necesario para la debida eliminación. El proceso especial a que está sometida la fabricación del Kellogg's ALL-BRAN hace a éste excepcionalmente fino, tierno y sabroso. Además obra como vigorizante de la sangre por su riqueza en hierro.

Servido con leche fría o con nata es delicioso. A cualquier médico que lo pida se le enviará, gratis, un paquete entero.

Kellogg's
ALL-BRAN
(TODO SALVADO)

el remedio benigno y natural contra el ESTREÑIMIENTO

Depósitos: Casa SANTIVERI, S. A., Calle del Call, 22-BARCELONA
Plaza Mayor, 24-MADRID :: Campaneros, 26-VALENCIA

Vías respiratorias

PARARE FAMEL
a base de lactoserravalina soluble

**ACCION
RAPIDA
Y
SEGURA**

calma la tos
facilita la expectoración
mejora el estado general

Depósito general para España:

CURIEL, S. A. - Aragón, 228. - Barcelona

ORIGINALIDAD TERAPEUTICA

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

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

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

Laboratorio EGABRO
CABRA (Córdoba) España.

SOLUCION DE FERMENTOS POLIVALENTES GENOVÉ

DE ACCION LEUCOPOYÉTICA E INMUNIZANTE

DE INDICACION PRECISA EN TODAS
LAS INFECCIONES DE ORIGEN
ESTREPTO Y ESTAFILOCÓCICAS:

Sarampión, Escarlatina, Neumonías,
Anthrax, Flemones, Anginas pultáceas
o flemonosas, Otitis supurada,
Septicemia diversas, etcétera.



MUESTRAS Y LITERATURA:

Laboratorio de la Farmacia
Viuda Dr. GENOVÉ

Rambla de las Flores, 5
BARCELONA

AJOLIN

El antirreumático más moderno y completo
Perfectamente tolerado por vía bucal
No tiene contraindicación alguna

FÓRMULA:

Principios volátiles de la variedad Alba del Allium
Sativum, los correspondientes a 100 gr. de bulbo
estabilizado.

Fenilquinolín carbonato sódico	7,50 gramos.
Ortooxibenzoato de sosa.	12,50 —
Benzoato de litina.	1,20 —
Vehículo apropiado, c. s. para 120 c. c.	

DOSIS:

Tres cucharaditas de las de café por día, pudiendo
elevarse hasta ocho cucharaditas diarias.

LABORATORIOS KOBER
SARRIA (Lugo)



THUS- -SERUM

FÓRMULA	{ Tiocol	0'25
	{ Gomenol	0'05
	{ Lactofosf. cálcico	0'25
	{ Extr. Malta	0 5

Indicado en
todas las afecciones de las

VÍAS RESPIRATORIAS

Laboratorios VIÑAS - Clarís, 71 - BARCELONA

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 Comín.—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 REDACCION CIENTIFICA

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 PIGA Y PASQUAL
Médico forense de Madrid. Presidente del Colegio de Médicos de Madrid. | Prof. ENRIQUE SUNER 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 LARREGLA
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 VILLAVERDE
Psiquiatra del Hospital del Buen Suceso. Neurosiquiatra 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..... }

EL SIGLO MEDICO

Tomo 96

::

Sábado 16 de Noviembre de 1935

::

Núm. 4275

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: Riesgos postoperatorios en Cirugía hepática, por el Dr. José Blanc Fortacín.—Información del Primer Congreso Internacional de Gastroenterología, por R. Luis y Yagüe.—Resultados inmediatos y lejanos de la autohemoterapia en la apoplejía, por el Dr. F. Lloret Gil.—BIBLIOGRAFÍA.—PERIÓDICOS MÉDICOS.

Riesgos postoperatorios en Cirugía hepática

POR EL

DR. JOSÉ BLANC FORTACÍN
DEL HOSPITAL DE LA PRINCESA

Por lo mismo que el hígado es órgano de complejidad funcional muy vasta, la manipulación del mismo, en determinadas circunstancias patológicas, puede influir de modo trascendental en su fisiología. Tanto más cuanto esa manipulación ha de llevarse a cabo, en ocasiones, con maniobras largas, minuciosas y traumatizantes en grado mayor o menor, según la pericia del operador y las dificultades técnicas originadas por las lesiones a tratar. Pero sobre todo hay que fijar la atención en el hecho de que, en la mayor parte de los casos, el hígado operado es un órgano cuya suficiencia funcional se ha perturbado en el curso de la enfermedad cuyo tratamiento quirúrgico ha sido planteado quizás después de meses y aun años de padecimientos.

No es, pues, ilógico que la mejor técnica y el más cuidadoso análisis del enfermo, que juntos hacían esperar un resultado favorable de una intervención, se vean desmerecidas por un resultado funesto. La sorpresa, la decepción ante un pronóstico de benignidad desmentido por los hechos es, en las operaciones de hígado, más frecuente que en los otros sectores de la operatoria. Importa, pues, averiguar a qué se debe y qué rectificaciones o ampliaciones debemos hacer a lo ya conocido.

Un primer capítulo de estas materias se refiere a la perturbación que en el hígado se produce tras de la colecistectomía (1).

Órgano donde la bilis se almacena y concentra, su verdadera función en realidad está dirigida a que la secreción biliar, fenómeno continuo, pueda convertirse en excreción o eyaculación duodenal intermitente. De otro modo, sin ese papel de derivación valvular, los trastornos de presión en el árbol biliar serían trascendentales en algunas horas del día. Si no

existiera la vesícula, habría en los conductos biliares gruesos un éxtasis trascendente a las ramificaciones últimas intrahepáticas.

Si suprimimos la vesícula en un animal sano, se observa lo siguiente: antes de la intervención, la bilis no llega al duodeno durante el ayuno del animal; pero extirpada la vesícula, el flujo biliar en el duodeno es constante, con alimentación o en ayunas. Esa bilis llega al intestino a débil presión. El orificio regido por el esfínter de Oddi permanece constantemente abierto, siendo así que en estado normal la abertura, como es sabido, es intermitente y regida por la llegada al duodeno de quimo estomacal. Pero es más: la llegada de este quimo provoca en el animal testigo un flujo acentuado biliar; en el animal colectectomizado ese acrecimiento de flujo biliar no existe. De modo que, en ausencia de la vesícula, la influencia estimulante del alimento sobre la secreción biliar parece desaparecer.

Esta disminución de flujo biliar en un hígado sano no tiene repercusión en la eliminación de las sustancias disueltas o en suspensión en la bilis. El hígado compensa esta disminución de masa biliar, concentrando la bilis, haciendo que en cada unidad de líquido haya mayor cantidad de sustancias segregadas. Mas este poder de concentración no puede realizarlo más que un hígado funcionalmente capaz, porque ello no es un fenómeno físico, sino una peculiar propiedad de la célula hepática.

Si a un hígado insuficiente que no puede concentrar y que se defendía mediante una coleresis abundante le suprimimos la vesícula, con la consecuencia apuntada de disminución de esa misma coleresis, los fenómenos subsiguientes serán una retención en la sangre de aquellos principios que el hígado eliminaba, y tomándola a la bilirrubina como índice, existirá en

(1) Cantarow y Gartman. "Annals of Surgery", may 1935.

DE EFEDRA ESPAÑOLA

EFEDRINA ESPAÑOLA



**LABORATORIOS JUSTE
MADRID**

Francisco Navacerrada, 3, hotel
• Apartado de Correos 9030

HISPANOFEDRINA

HISPANOFEDRINA
AMPOLLAS

Asma bronquial, estados
alérgicos, hipotonías, etc.

HISPANOFEDRINA
COMPRIMIDOS

Asma bronquial, coriza
espasmódica, astenia

HISPANOFEDRINA
JARABE

INDICADO en bronquitis,
tosferina, asma bronquial



AGAROL

Emulsión original de aceite mineral
y agar - agar con fenoltaleína.

REGULADOR FISIOLÓGICO DEL INTESTINO

Se incorpora íntimamente al contenido intestinal. Da al bolo fecal la consistencia y la plasticidad normales. Estimula suavemente la peristalsis sin provocar espasmos.

INDICACIONES: Todas las formas de estreñimiento en todas las edades. Pereza intestinal en el curso del embarazo y durante el período de la lactancia. Atonía intestinal de los ancianos.

Tolerancia perfecta sin ninguna acción secundaria. No crea hábito ni produce escurrimiento rectal.

Para literatura y muestras gratuitas dirigirse a:

LABORATORIO Y COMERCIO SUBSTANCIA, S. A.

Apartado 410 - Barcelona

ellos una fuerte retención bilirrubínica hepática. Si comparamos la función hepática con la renal, diríamos que esos enfermos se hallan en análogas condiciones que los afectos de glomérulo, nefritis incipiente, los cuales se hacen poliúricos cuando el riñón no es susceptible de concentrar la urea, y que se hacen retencionistas o azotémicos cuando esa poliuria se atenúa.

Esa perturbación en la excreción biliar duodenal, que subsigue a la extirpación de la vesícula, no siempre es definitiva. El organismo compensa la falta de función vesicular, adaptándose a ella por modos diversos.

De tiempo relativamente remoto, es decir, de veinte o veinticinco años atrás, en que las simples intervenciones de desagüe vesicular se sustituyeron por la colecistectomía, se viene diciendo que, anatómicamente, la vesícula queda regenerada a expensas de los elementos del conducto cístico, residuales en el muñón de su ligadura, y que ese remedo de vesícula suple en sus funciones a la extirpada.

En algunas intervenciones llevadas a cabo después de una colecistectomía (cálculos, estrecheces coledocianas, perivisceritis, etc.) no hemos podido comprobar la existencia de esa regeneración vesicular. Ignoro si otros han llegado a descubrirla; pero no conocemos trabajo alguno en que de un modo preciso y concluyente se demostrara la aparición de una organización morfológica que mereciera el nombre de vesícula. Lo que sí hemos visto ha sido una mayor consistencia y grosor de las paredes de los gruesos conductos biliares, y una dilatación de los mismos que, si bien en algunos casos podían obedecer a una angostura de las porciones bajas (pancreatitis, estrecheces), en otros no venían ligadas a tales disminuciones de calibre que determinarían lógicamente su ensanchamiento por éxtasis.

La noción o concepto de la regeneración vesicular ha sido, indudablemente, una hipótesis derivada de la comprobación de la normalización excretoria biliar después de extirpaciones de vesícula.

Evidente es que la vesícula tiene una participación en el mecanismo de cierre y abertura del esfínter de Oddi. Los hechos experimentales lo demuestran. Mas no es sólo la vesícula la que interviene. Westphal ve en el extremo inferior del colédoco un sistema muscular regulable por vía nerviosa y hormonal, así como por la presión de la bilis en todo el árbol biliar y por la función motora intestinal. De suerte que el siste-

ma excretor de la bilis funcionaría con arreglo al ciclo siguiente: 1.º, contracción rápida del segmento supraduodenal del colédoco; 2.º, contracción de la vesícula; 3.º, relajación del cístico y del esfínter de Oddi. Este ritmo quedaría perturbado al suprimir la vesícula; pero al decir perturbado no se quiere expresar suprimido, pues al fin y al cabo la intervención vesicular se ejerce a través de un plexo nervioso existente en las paredes no sólo de la vesícula, sino de todo el árbol biliar. Y aun sobre ese plexo no se ejercen sólo acciones de índole mecánica, sino más íntimas de regulación hormonal, como es bien sabido.

La clínica, por otra parte, da fe de esas compensaciones o autorregulaciones de la función excretora biliar en ausencia de función vesicular. En dos casos últimamente operados en nuestra clínica, de hidropesía vesicular por cálculos císticos, es decir, con función vesicular prácticamente suprimida, los resultados son los siguientes

(la cifra normal de bilirrubina en suero fluctúa entre 0,1 y 1 miligramo por centímetro cúbico de suero):

	Bilirrubina por 100 cm ³ de suero (1)	
	Antes de la operación	Después de la operación
N. N., de 30 años, colecistectomía...	0,8 milgs.	0,6 milgs.
N. N., de 50 — — — — —	0,9 —	0,5 —

En tres casos en que el drenaje duodenal nos da presencia de bilis B, la bilirrubinhenna, antes de la intervención y después de ella, es como sigue:

	Antes	Después
N. N., de 28 años, colecistitis calculosa	1,5 milgs.	2,3 milgs.
N. N., de 42 años, cálculos en cístico y colédoco.....	0,8 —	1,5 —
N. N., de 64 años, colecistitis calculosa	1,8 —	3,5 —

En el último el enfermo muere a los ocho días, con fenómenos urémicos.

Análogos resultados ofrece, aunque en mayor cifra de casos, Puestow y Cantarow. De 34 casos de permeabilidad de cístico, es decir, con función vesicular alterada, pero conservada, en 27 hay fuerte retención bilirrubínica y en seis es escasa. Por el contrario, en 28 casos de obstrucción cística, es decir, sin

(1) Método de Van den Bergh.

Avance de sumario para el número siguiente

(23 de noviembre de 1935)

- DR. TOMÉ Y BONA: Historia de las neurorrecidivas. Su significación.
 Información del Primer Congreso Internacional de Gastroenterología. (Conclusión.)
 DR. TOMÁS DE BENITO LANDA: Necesidad de implantar oficialmente en España el servicio de vacunación sistemática por el B. C. G.
 DR. E. HERRMANN: Resultados de mediciones de la concentración de iones de hidrógeno en la sangre corriente.
 Bibliografías.
 Periódicos médicos.
 Sección profesional.

función vesicular, sólo en ocho casos hay retención bilirrubínica; en cambio, en 20 la retención es nula.

Ello significa que en los enfermos con obstrucción cística y, por tanto, sin función vesicular, a que se refiere la anterior estadística, los mecanismos compensadores han sido promovidos lentamente antes de la operación; efectuada ésta, no ha surgido perturbación postoperatoria, porque funcionalmente no existía tal vesícula. En cambio, en los casos en que el bloqueo vesicular era incompleto, la función subsistía, y, por tanto, la supresión del reservorio biliar ha constituido para la función excretora una sorpresa que se ha traducido en retención bilirrubínica por no haberse establecido la compensación aludida.

Todo ello nos dice de modo bien elocuente que la supresión vesicular, que bruscamente origina la serie de perturbaciones fisiológicas que terminan o trascienden a una concentración bilirrubínica, es a la larga compensada por mecanismos que antes hemos analizado rápidamente, y explican por qué muchos colecistectomizados soportan la intervención y viven bien después de la colecistectomía.

Pero ¿por qué, en cambio, se presentan los casos graves y mortales a que antes hemos hecho referencia? Antes lo hemos dicho ya: la causa determinante inmediata ha sido la supresión vesicular; la remota y fundamental, la insuficiencia hepática. Luego si un hígado es suficiente, ¿la extirpación vesicular es operación inocua? O bien la gravedad y el riesgo de las intervenciones en el hígado ¿estriban sólo en el acoplamiento o disparidad de esos dos factores?

Hay que partir del principio de que todo proceso de vías biliares, sea cualquiera la modalidad del mismo, no es autónomo. Vías biliares enfermas, hígado enfermo en mayor o menor grado. Y es precisamente ese grado de repercusión hepática de la lesión biliar la que debe presidir a la terapéutica de éstas. Esta noción tan lógica, pero olvidada por algunos cirujanos, ha sido para otros más concienzudos clínicos la clave de sus éxitos y lo que permite explicar la diferencia en la mortalidad de la cirugía hepática en clínicas diversas.

El peligro de esta cirugía no estriba sólo en las complicaciones inmediatas o tardías: "shock", hemorragia o embolias, entre las primeras, o peritonitis o bronconeumonías entre las segundas. Estos son, evidentemente, factores de gravedad y mortalidad; pero examinados atentamente un número de casos de muertes postoperatorias, ni clínicamente ni necrópticamente se hallaron signos de peritonitis ni neumonía, hallándose, en cambio, trastornos histológicos intensos en la textura de hígado y riñón. De una clasificación de Heyd (1) tomamos dos tipos de enfermos muertos tras de intervenciones en vías biliares. En el primero la muerte ocurrió precozmente en las veinticuatro a treinta y seis horas después de la intervención. Los síntomas predominantes fueron

hiperpirexia y estado semicomatoso—en la autopsia se hallaron procesos degenerativos en hígado, de orden tóxico—; en el segundo grupo los enfermos murieron a los tres, cuatro o cinco días; en los anteriores los enfermos parecían repuestos de su operación, pero subsiguió este estado somnolencia o estado irritativo, oliguria y coma, es decir, muerte por uremia. La autopsia acusa un marcado grado de degeneración celular tubular con necrosis y secuestración.

Si no profundizamos más en la etiología de dichas lesiones nos quedaremos fluctuando, como hasta ahora, en una discusión acerca de las influencias anestésicas, de las lesiones preexistentes en el hígado, etcétera; pero el estudio experimental arroja una luz mayor en estos asuntos.

Ya clínicamente se había comprobado que un traumatismo hepático (heridas de arma de fuego o contusiones por choques de ferrocarril o accidentes de automóvil) originaban cuadros clínicos semejantes a los rápidamente descritos en los grupos postoperatorios antes mencionados. Lo cual llevó a la hipótesis patogénica de una sustancia tóxica producida en las zonas traumatizadas hepáticas, y que, absorbida por la sangre, actuaría sobre las zonas sanas hepáticas y renales, produciendo los trastornos degenerativos antes expuestos. En nuestra clínica hemos visto varios casos de contusiones abdominales en los cuales la laparotomía, unas veces, y la autopsia, otras, no descubría signo alguno de mortificación, ni rotura de órganos huecos, ni hemorragias de órganos macizos o parenquimatosos. Pero entre los casos graves que terminaron por muerte (compresión en la caja de un ascensor, aplastamiento abdominal por una cuba de vino, derrumbamiento de tierras), casos en los cuales la presión se ejerció de modo permanente durante algún tiempo sobre zonas hepáticas, las lesiones observadas fueron hematomas subcapsulares hepáticos que representaban zonas de desintegración parenquimatosa con fenómenos autolíticos. Y estos lesionados fallecieron precisamente con hiperpirexia y fenómenos renales semejantes a los ya citados en el grupo segundo de los cuadros clínicos de Heyd.

Experimentalmente, queda la cuestión más aclarada todavía. Inyectados intravenosa o intraperitonealmente productos autolíticos de hígado sano, los animales sobreviven sin aparecer fenómenos graves comparables a los clínicamente expuestos. En cambio, el experimento de Boyce y Max Fetridge es concluyente. Del cadáver de una mujer muerta después de la intervención colecistectómica, con el síndrome hiperpirético de Heyd, tipo 1.º, se extrae el hígado; se comprueba la ausencia de peritonitis, hemorragia, lacado de bilis, neumonía y embolias.

Se preparan tres extractos: uno acuoso, otro alcohólico y otro en solución salina; se inyecta cada uno a perros distintos intraperitonealmente, duplicándose las dosis cada día. Todos los perros mueren aproximadamente a las setenta y dos horas de la primera inyección, y todos presentaron albuminuria, ci-

(1) Hyd. "Liver and The Relation to Chronic Abdominal Infection" *Annals of Surgery*, Jan, 1924.

lindros y glóbulos rojos en la orina. En la autopsia de los perros que recibieron extracto alcohólico, ninguna lesión pudo definirse; mas en los inyectados con extractos acuosos o salinos se observaron marcadas degeneraciones parenquimatosas celulares hepáticas y lesiones necróticas de los tubos contorneados del riñón, lesiones análogas a las encontradas en los enfermos muertos con el síndrome hepatorenal tipo 2.º El hecho de ser más acentuadas las lesiones en los perros inyectados con extractos acuosos y salinos indica que la sustancia letal es hidrosoluble.

Relacionado con estos experimentos, hay otro muy interesante. A un grupo de animales se les liga el conducto colédoco y se les extirpa la vesícula para producir así una mayor presión en el árbol biliar. Se origina una ictericia profunda, y algunos mueren por infección biliar, no encontrándose lesiones profundas de hígado y riñón en la autopsia. Los que sobreviven, a los veinte días, son objeto de una segunda operación, que consiste en la supresión de la obstrucción y abocamiento del colédoco a la piel. La ictericia desaparece, pero el perro entra en una fase de indiferencia con anorexia, y muere a las setenta u ochenta horas.

Dicho estado fué acompañado de oliguria, con albúmina, glóbulos rojos y células de riñón. No se apreciaron signos de infección peritoneal. El hígado, algo aumentado de volumen, presentaba cambios mínimos en las áreas periportales: ninguna lesión colangítica ni de éxtasis, pero, en cambio, ofrecía áreas centrales de degeneración con vacuolización y fragmentación de núcleos centrales. En los riñones se encontraron ingurgitación vascular, hemorragias intersticiales y degeneraciones tubulares.

De donde resulta el hecho paradójico de que tales lesiones, que no ocurrieron en los perros muertos por obstrucción biliar, se presentaron al practicar dicha desobstrucción con derivación cutánea.

El experimento, sin embargo, no expresa el concepto a que el autor tiende con vistas a una terapéutica de descompresión o desobstrucción lenta y progresiva en los casos de retención biliar. Trata de compararlo a la intoxicación súbita que sufren algunos enfermos de oclusión intestinal cuando, suprimida dicha oclusión, se lanzan al tramo intestinal subyacente productos tóxicos que, absorbidos en masa por ese tramo, provocan una toxemia brutal, que mata al enfermo. El experimento tendría su valor indiscutible si la desobstrucción biliar se realizara sin derivación hacia el exterior, llevando las masas biliares retenidas al duodeno; entonces la analogía con la desobstrucción intestinal sería evidente. Lo que en el experimento se ha hecho ha sido precisamente una maniobra desintoxicante, análoga a la que practicamos mediante la enterostomía, que tanto ha mejorado los resultados de la operatoria intestinal en los casos de oclusión.

El resultado fatal que en esos animales se observó fué, a nuestro juicio, un hecho que estaba a punto de ocurrir antes de la intervención segunda. Del lote de

animales a quienes se les practicó la ligadura del conducto común, unos murieron; los que sobrevivieron y fueron objeto de la segunda operación hubieran muerto también al poco tiempo; la segunda intervención, con sus maniobras, anestesia, etc., aceleró la muerte, a pesar de la derivación biliar desintoxicante. Téngase en cuenta esto para que la cirugía biliar en casos de obstrucción no se retarde.

Del papel que la anestesia ejerce en punto a susceptibilidad hepática y la acción órgano o citótropa de los diversos agentes anestésicos no hemos de ocuparnos aquí, por ser bien conocidos. Pero sí hemos de insistir en la acción que la exposición al aire del hígado enfermo puede tener respecto a su función. Crile ha demostrado que la simple abertura del abdomen reduce la temperatura del hígado de 1º,5 a 3º. El mismo investigador ha demostrado también que por cada grado de descenso de temperatura dicho órgano reduce su función aproximadamente en un 10 por 100. Supongamos que la enfermedad ha reducido la actividad hepática en un 50 ó 60 por 100; el descenso de temperatura la reduce en un 20 por 100 más, quedándole al hígado, por tanto, un margen de suficiencia muy escaso o nulo. La operación mejor dirigida y la técnica más impecable se estrellan entonces, y el pronóstico de benignidad queda totalmente desmentido.

El hecho tiene tanta más importancia en cuanto nos es posible, mediante los medios de exploración, sorprender o establecer un estado de perturbación o insuficiencia hepática; pero nos es imposible establecer el cuánto, la proporción o grado de esa insuficiencia. La retención bilirrubínica, la eliminación provocada de sustancias colorantes, la glicopexia, etcétera, son medios que, aisladamente o en conjunto, dan una impresión respecto a capacidad funcional, pero no la miden con exactitud. La cuantía de la patología de vías biliares tampoco la expresa. Es evidente que un estado prolongado de ictericia o de supuración dan la seguridad de una insuficiencia acentuada. Mas no la dan de una función poco alterada aquellas otras lesiones de menos vuelo, a las cuales el cirujano se atreve a llamar casos de poco riesgo. Si un estudio muy minucioso y atento del enfermo no es llevado a cabo y un cauteloso juicio pronóstico no es establecido, es precisamente en esos casos en que el cirujano hallará sorpresas más desagradables.

La exposición de hechos que antecede permite exponer un razonamiento que da idea del encadenamiento de hechos que en muchos casos de cirugía hepática tienen lugar. Prescindimos de analizar aquellos en que una intensa retención, con infección de vías biliares, es suficiente para fundamentar un pronóstico grave y explicar las contingencias y peligros de una intervención practicada en campo patológico tan expuesto.

Analizaremos un caso de gravedad media: una litiasis vesicular con brotes colangíticos, con moderadas elevaciones térmicas, tratado médicamente algún tiempo y llevado a la intervención quirúrgica en vis-

ta del fracaso de los fármacos. El hígado de aquel enfermo no presenta, ni clínicamente ni a la exploración, mediante dosificaciones de bilirrubina hemática, de colestestina, de eliminación provocada de sustancias colorantes, de funciones glucogénica y glucopéxica, función gravemente insuficiente. Aquel hígado subviene a las necesidades de la vida normal.

Llega la operación, y, por bien dirigida y realizada que sea, añadimos como sobrecarga a aquel hígado enfermo, aunque relativamente suficiente, factores de depresión funcional, anestesia, traumatismo de maniobras operatorias, disminución de temperatura y cambios en la presión biliar y en la presión sanguínea intrahepática. En unos casos el margen funcional será suficiente para soportar esta que pudiéramos llamar sobrecarga, y el enfermo soporta la intervención sin inconveniente grave. Pero en otros ese margen funcional de resistencia que, como antes hemos dicho, no nos es posible medir, siendo menor, no puede soportar la expresada sobrecarga, y entonces ocurre lo siguiente: las células hepáticas, rodeadas o impregnadas de aquellas sustancias tóxicas que ellas tienen por misión transformar y eliminar, sufren el ataque de las mismas, entran en necrosis y añaden a la masa de moléculas tóxicas, aportadas al hígado para su transformación, otras procedentes de su propia mortificación. La circulación general entonces recibe un doble ataque toxémico: uno, el que dimana de la inhibición funcional del hígado; otro, el originado por los productos de destrucción de las propias células hepáticas.

Después del hígado, el riñón es el gran desintoxicante orgánico; inhibido total o parcialmente aquél, el riñón suple como puede sus deficiencias. Y decimos como puede, por la razón siguiente: El hígado tiene un margen funcional muy grande; queremos decir que está capacitado para resistir en estado normal, o poco patológico, aportaciones o acarrees de masas tóxicas entre cifras muy ampliamente variables y entre índices de toxicidad muy amplios; ese margen funcional en el riñón es mucho menor; a un decaimiento antitóxico hepático, el riñón pronto se rinde, y, rendido éste, la toxemia se establece con caracteres mortales, porque la insuficiencia renal, aunque se corrigiera mediante el auxilio de fármacos, volvería a presentarse ante el nuevo acarreo que del hígado le llega. Esta es la explicación de esos cuadros tardíos en coma y anuria, que se presentan a los cinco o seis días de una intervención hepática que parece llevar un curso postoperatorio favorable por no haber fiebre ni signos peritoneales.

* * *

Si de todo lo dicho queremos sacar conclusiones de índole práctica, preciso será que recapitulemos un poco y establezcamos una relación de hechos comprobados clínica y experimentalmente.

1.º La extirpación de la vesícula origina una perturbación en la secreción biliar, que de intermitente se hace continua y disminuida. El hígado compensa acción tan o más intensa cuanto la capacidad funcio-

nalmente, concentrando la bilis siempre que su estado funcional le permita realizar esa concentración. En otro caso, la disminución biliar viene substituida por una coleseresis aumentada, que puede compararse a la poliuria compensadora de las glomérulonefritis incipientes.

Si ninguno de estos mecanismos puede realizarse, la intervención será seguida de una retención de la masa de excreción hepática, expresada por un grado, mayor o menor, de bilirrubinemia como índice.

2.º La causa de mortalidad en cirugía hepática no depende siempre de las complicaciones corrientes en cirugía: "shock", anestesia, peritonitis, embolias y neumonías. Hay un número de casos en cuyo curso clínico y examen necrópsico no es posible apreciar signo alguno de aquellos procesos. De estos casos pueden formarse dos grupos: unos, de muerte precoz postoperatoria, en que las lesiones predominantes fueron procesos de necrosis celular hepática; otro, de muerte más tardía, en que las lesiones fueron predominantes en riñón.

3.º El estudio experimental permite establecer que dichos procesos necróticos hepáticos son producidos por productos autolíticos del hígado enfermo, removidos o liberados en el acto operatorio, quizás acarreados a través del hígado al establecerse una descompresión de conductos biliares obstruidos.

4.º Actúa como elemento desfavorable en la función del hígado operado la exposición del mismo al aire y su enfriamiento consiguiente.

5.º La liberación de productos de autólisis hepática acentúa de modo intenso la hipofunción o insuficiencia de un hígado enfermo, siendo mucho menor en un hígado poco alterado.

7.º Esos productos lísicos hepáticos, que crean la insuficiencia hepática, son acarreados a la circulación, donde se suman a los procedentes de una imperfecta o nula depuración hepática. El resultado es una sobrecarga al riñón, con fatiga e inhibición del mismo.

Sentados esos puntos de vista, podemos ya sacar deducciones terapéuticas.

Desde luego, toda intervención hepática debe considerarse grave, sea cualquiera su modalidad. Los factores de perturbación funcional son varios, y de acción tanto más intensa cuanto la capacidad funcional del hígado sea más disminuida. De ahí que el cuidado del cirujano antes de operar debe dirigirse no sólo a definir la enfermedad hepática que motiva la intervención; la indicación operatoria por razón de patología hepática debe quedar intervenida por un examen a fondo de la suficiencia hepática. En este sentido, las pruebas de retención de sustancias colorantes, las de cifras hemáticas de bilirrubina, el examen de las funciones glucogénica y glucopéxica, etcétera, serán, aun en los casos que parezcan más favorables, factores determinantes de la intervención o de la abstención. Procediendo así, Graham (1) ha

(1) Graham, J. A. "Estimations of operations in Biliary

visto descender la mortalidad desde el 6 por 100 en 215 casos a 0,4 por 100 en 224. En operaciones de gruesos conductos, la mortalidad desciende de 7,7 a 2 por 100.

La preparación del enfermo con dieta rica en hidrocarbonados, calcio, dextrosa, etc., es una buena profilaxis de aquellos accidentes sobrevenidos por la sobrecarga que la intervención representa para el hígado. Lamson Minot y Robbins han demostrado que este modo de proceder ha permitido defender al hígado contra las lesiones originadas en el animal por la intoxicación experimental con tetracloruro de carbono.

El uso de anestésicos por inhalación, salvo el protóxido de azoe, debe ser reducido considerablemente; aun el éter parece formalmente proscrito. Las manipulaciones sobre hígado, muy suaves y poco traumatizantes.

La sugestión de Crile respecto a los perjuicios de exposición al aire y enfriamiento del hígado operado deberán ser motivo de una protección de la región con compresas calientes. He ahí un caso más en favor del uso de los dispositivos diatérmicos para mantener el cuerpo del paciente a una temperatura superior a la normal durante la operación (1).

La descompresión biliar en casos de obstrucción ha motivado trabajos de Culligan, fundamentados en aquellos experimentos que antes hemos discutido, y cuya pretendida conclusión era la de que el mayor peligro en la oclusión es la desobstrucción brusca. Ello le lleva a instituir un método mediante el cual se dejan evacuar solamente de seis a diez centímetros cúbicos en el primer ciclo de los cuatro primeros días, lográndose así un restablecimiento progresivo de la presión capilar intrahepática. El método requiere un instrumental de cánulas especiales y un equipo de enfermeras especializadas, difícil de lograr. El autor no presenta estadísticas, pero expresa la convicción de la bondad del procedimiento, por no haber registrado en su estadística ni hemorragias ni fenómenos de insuficiencia.

Teniendo en cuenta que las zonas hepáticas que forman el lecho de la vesícula que se extirpa son áreas de profunda alteración parenquimatosa, y recordando que son los productos lísicos de las zonas hepáticas enfermas los que experimentalmente originan el síndrome tóxico analizado, parece lógico aconsejar que no se suturen esas zonas, ni en ellas se hagan plastias peritoneales de revestimiento. Antes bien, se drenen para dar salida a los productos lísicos apuntados.

He ahí expuestas en síntesis ideas poco conocidas en cirugía hepática, y que vienen a confirmar el principio que está hoy ya en la mente de los que cultivan el arte de la cirugía: el cirujano, además de técnico, debe ser biólogo.

Tract by testing Excretory function of Liver." (Radiology, 21, 191, 1935.)

(1) Eiss. "Conservation of hepatic function in Gall-bladder operation." *Anales of Surgery*. Sept. 1933.

Información del Primer Congreso Internacional de Gastroenterología

Bruselas (8-11 agosto 1935)

Resúmenes tomados—menos el primero—del libro "Informaciones y ponencias", publicado por la Secretaría del Congreso en julio de 1935.

POR R. LUIS Y YAGÜE

PRIMERA CUESTION

LA GASTRITIS

I

HISTORIA, GASTRITIS Y DISPEPSIA

Prof. Lión (París).

"Hay pocas enfermedades que hayan pasado por fases tan diversas. Negada o admitida por los médicos, considerada como la clave del edificio patológico o reducida a la mínima proporción de afecto raro, es todavía hoy sacrificada en provecho de la dispepsia o colocada en el primer rango de la patología gástrica." (Hayem.)

La predicción de Brinton sobre su importancia, "que acrecerá el progreso", ha sido ya alcanzada en gran parte como consecuencia de los que ya han sido realizados. Desde el cateterismo hasta la gastroscopia.

Los trabajos de esencia puramente fisiológica, desde Reaumur (1752) y Spallanzani (1783) hasta Richet (1878), no han influido casi sobre la evolución de la patología gástrica.

Hoffman, en principio del siglo XVII, señala las formas agudas de inflamación gástrica; Boerhave y Van Swieten, la posibilidad de las gastritis; Bouret y Morgani dan las primeras nociones anatómicas; para Brosais, en la aurora del siglo XIX, no hay más que gastritis, y, en reacción, desde Chomel (1851) hasta Beau (1866) sostienen de nuevo la noción de la dispepsia, que Lasague (1870) hace dominar en Francia.

Brinton (1870), en Inglaterra, tiende a hacer de la dispepsia un síntoma, y señala el porvenir de la gastritis.

Ewald y Boas (1885-86) hacen nacer el estudio del quimismo gástrico, y que el bioquimismo pase de la fisiología a la clínica, cuyos datos extiende Leube con su concepción de la neurosis (1884-1887), y, con Bouchard, la de la dilatación gástrica, que se debaten y modifican con los aportes de Hayem y sus discípulos.

Más tarde, con los de Mathieu, Soupault, "la gastrosucorrea es una úlcera yuxtapilórica", y entre balanceos de opinión y discusiones (Verhaegen, Leven, Loeper, Binet, Boas y Cohnheim) se llega a bellas adquisiciones (1901-1910) en Inglaterra y Estados Unidos (Moynihan, Mayo-Robson, Thompson, hermanos Mayo y Codman). Después (1918 y siguientes) al estudio del quimismo gástrico—análisis simple y fraccionado—y se añaden la aplicación de la radiología y la gastroscopia, en cuyo período nos encontramos.

II

ETIOLOGÍA, SINTOMATOLOGÍA, DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICA MÉDICAS

A. F. Hurst (Londres).

(Resumen del autor.)

En el 80 por 100 aproximado de los hombres sanos, la actividad secretora del estómago varía en límites rela-

tivamente estrechos. De los 20 restantes, en 10 por 100 se encuentra hiperacidez constitucional, y en el otro 10 por 100 hipoclorhidria constitucional, uno y otro tipo tienen por base sus condiciones familiares.

Las causas de las gastritis son tan numerosas, que el mayor número de las personas están expuestas a ellas, y en ciertas épocas de la vida sufren una o varias de sus formas.

Los 80 por 100 con acidez normal habitual están tan bien protegidos, que es raro tengan gastritis, por el hecho de las alteraciones comunes; pero pocos del 10 por 100 con hiperclorhidria y del 10 por 100 con hipoclorhidria escapan a ella.

Las principales causas son:

Primero. *Mecánicas*. Comidas prematuras, superficie masticatoria insuficiente, alimentos groseros.

Segundo. *Químicas*. Alcohol, té, café, mostaza, pimienta, tabaco, drogas; el paso al estómago del contenido duodenal después de operación gástrica. Todo lo que obra generalmente como irritante crónico, pero a dosis excesivas en una sola vez (entre otros, alcohol muy fuerte, alimentos o drogas tóxicas) puede ocasionar gastritis aguda, la cual será verosíblemente seguida de gastritis crónica.

Tercero. *Materias infecciosas tragadas*, procedentes de dientes sépticos, de amígdalas o de fosas nasales.

Cuarto. *Irritaciones hematógenas* por infecciones agudas, en particular gripe o influenza gástrica, y toxemias (uremia, quemaduras extensas).

La gastritis altera la función de las células secretorias, y causa así disminución de la acidez, lo mismo en los hiper que en los hipoclorhídricos.

En los hiperclorhídricos, la hiperclorhidria, aunque menos pronunciada, puede subsistir o puede cambiar a curva muy normal o normal. La secreción excesiva de moco favorece el desarrollo de la anacidez. Un tratamiento que actúe bien sobre la gastritis realiza la restauración de la acidez primitiva, a excepción, sin embargo, de los casos graves de anacidez, en los cuales las células de revestimiento están definitivamente destruidas, lo que es causa de aquilia permanente. Lo que prueba que la presencia en la gastritis de hiperclorhidria o de aclorhidria no depende de ningún modo ni de la duración de la inflamación, ni de su oscilación, ni de sus características gastroscópicas, sino más bien del tipo constitucional de secreción propia del individuo, puesto que, afectado por alteraciones enteramente idénticas, se encuentra hiperacidez en los hiperclorhídricos constitucionales, y aclorhidria en los hipoclorhídricos constitucionales.

Si la gastritis afecta a los hiperclorhídricos, se puede estar seguro que sobrevendrá sin falta un úlcus gástrico o duodenal; los 10 por 100 de casos de muerte sobrevenida después de los cuarenta años, y en los cuales se ha podido encontrar en la *autopsia* un úlcus en actividad o curado, son verosíblemente los mismos que nacieron con hiperacidez constitucional.

Todo—o casi todo—el que ha nacido con hipoclorhidria constitucional concluye en anacidez. La pérdida de la barrera antiséptica, formada por el ácido del jugo gástrico es causa de la supervivencia en el estómago y en el intestino delgado de las bacterias tragadas, y la alcalinidad sobreelevada del contenido intestinal empujan las bacterias de localización normal en el colon a remontar la corriente.

La infección del intestino delgado y la falta de digestión péptica son causa de enteritis, que aparecen con mucha frecuencia a consecuencia de la gastritis anácida; la infección secundaria ascendente del duodeno es la gran causa de la colecistitis, y explica así la asociación frecuente de la anacidez y de la litiasis biliar.

La pérdida de la barrera ácida antiséptica vuelve a los aclorhídricos de más en más sensibles al tifus, fiebre tifoidea, disentería amibiana y bacilar, así como al cólera.

En ausencia de jugo gástrico normal, el hierro de los alimentos es insuficientemente asimilado, lo que con gran frecuencia es causa de anemia secundaria.

El jugo segregado por la mucosa de la parte pilórica del estómago y del duodeno superior, para el funcionamiento más importante todavía que la secreción ácida del fondo y del cuerpo, contienen dos fermentos aliados, pero siendo independientes uno de otro: la hemopoyetina y la neuropoyetina, que, con la colaboración de un producto exógeno, forman sustancias indispensables a la actividad normal de la medula ósea, por ejemplo, la alimentación de sistema nervioso central. Si la gastritis es talmente grave y extensa que las células creadoras de estas sustancias sean incapaces de actividad, se desarrolla conjunta o separadamente anemia perniciosa y degeneración subaguda de la medula espinal.

En el 99 por 100 de los casos, la gastritis ha provocado siempre aquilia, que de esta manera constituye condición íntima con estas enfermedades, sin ser, sin embargo, su causa. El 1 por 100 de casos en los cuales el jugo gástrico normal es todavía segregado, la inflamación aguda es aparentemente circunscrita a la parte pilórica del estómago y al duodeno.

En casos raros, el tratamiento de la gastritis irritativa hace volver el estómago a tan buen estado de recuperación, que la hemopoyetina, la neuropoyetina, el ácido clorhídrico y la pepsina son segregados de nuevo, o bien el ácido y la pepsina sin hemopoyetina y neuropoyetina, por lo que las preparaciones biliares y gástricas deben siempre ser administradas.

El carcinoma gástrico no se desarrolla jamás en un estómago sano. Si existe ácido clorhídrico, el carcinoma debe ser la consecuencia de la degeneración maligna de una úlcera crónica; si, por el contrario, existe anacidez, el carcinoma es la consecuencia de la gastritis anácida, y no ésta debida al carcinoma.

Puesto que el carcinoma se puede presentar sobre el terreno de una gastritis crónica, que, por su parte, conduce igualmente a anemia secundaria, a anemia perniciosa y a mielitis funicular, es fácil comprender por qué este grupo de enfermedades puede eventualmente coexistir con una ulceración o preceder a la formación de ésta.

Para el desarrollo del cáncer constituye un factor intrínseco la sensibilidad constitucional hereditaria del individuo al cáncer, al mismo tiempo que la insuficiencia orgánica constitucional y hereditaria—hiperclorhidria e hipoclorhidria para el estómago—; pero si no existe más que un factor extrínseco, bajo la forma de irritación crónica, el órgano escapará a la enfermedad. El primer factor—la susceptibilidad constitucional—es constante, puesto que el cáncer se presenta con la misma frecuencia aproximada en los dos sexos, en todas las clases y en todos los países.

Sólo la frecuencia del cáncer gástrico varía frecuen-

temente para los dos sexos y para las diferentes clases y países. Es más frecuente en los hombres que en las mujeres, puesto que en muchas mujeres predispuestas al cáncer se presenta éste en las mamas o en el útero; pero la frecuencia relativa del cáncer gástrico, comparada con la de todos los otros órganos, permanece la misma para los hombres y las mujeres. La parte tomada por el cáncer gástrico en la mortalidad es el 22 por 100 solamente en Inglaterra, en tanto que en América es de 42 por 100, de 55 en Holanda y en Baviera, y de 66 por 100 en Checoslovaquia. El carcinoma gástrico es en Inglaterra de frecuencia doble para la clase pobre en comparación a la privilegiada, sin embargo de que el cáncer en todo otro órgano se presenta con tanta frecuencia relativa en todas las clases y en todos los países. Es cierto que estas diferencias tienen por base el tercer factor (la excitación). Los factores exteriores son, para la mayor parte, comprobables, de suerte, que sería posible cambiar las cifras de América, de Holanda, de Checoslovaquia de 42, 55 y 66 por 100 al 22 por 100 de Inglaterra, que, de su parte, podría a su vez hacer descender su cifra, si le fuese posible colocar la población pobre al nivel de los privilegiados, reducir la cifra a la mitad entre esta población.

Todo lo que nos conduce a la muy importante conclusión que el hecho de evitar y hacer desaparecer las causas de las gastritis podrá ahorrarnos, no sólo las úlceras gastroduodenales, la anemia perniciosa y la mielitis funicular, sino también el cáncer del estómago.

III

Prof. W. Zweig (Viena).

(Resumen del autor.)

Las averiguaciones histoanatómicas, en concordancia con los descubrimientos de la gastroscopia y de la radiología, hacen fijar la atención sobre la frecuencia excepcional de la gastritis crónica.

Del hecho que se haya podido establecer espiritualmente la existencia de modificaciones inflamatorias en todos los estómagos afectados de úlcus ha permitido hacer progresos notables al estudio de la gastritis.

Asimismo, el carcinoma del estómago tiene relaciones estrechas con la gastritis crónica, y existen varios datos que prueban que el cáncer se desarrolla sobre el terreno de la gastritis.

La etiología de la gastritis crónica se basa sobre las intoxicaciones de origen exógeno y endógeno.

Se puede considerar como causa de la gastritis crónica el papel muy importante jugado por el alcohol y por el uso crónico de los purgantes.

Los productos introducidos por vía extragástrica provocan la *gastritis de eliminación*, que origina la eliminación de estas sustancias nocivas por el estómago. En esta categoría pueden ser clasificados los casos de gastritis originadas por quemaduras.

Más importantes son las relaciones de la gastritis con las enfermedades del hígado y de las vías biliares.

La gastritis crónica está señalada en el 100 por 100 de las úlceras gástricas.

Con frecuencia, después de una operación gástrica, se produce la gastritis como consecuencia de la continuación de la gastritis anterior, o como resultado de verdadera invasión de bacterias en la región anáclida del estómago, dejado por la resección.

Los trastornos en la secreción gástrica son lo que hay más frecuente en la gastritis crónica.

Se puede distinguir la gastritis hiperácida, 15 por 100 de los casos; la gastritis anáclida, 28 por 100, y la aquilia, el 12 por 100.

En el 70 por 100 de mis casos he comprobado tendencia pronunciada a la disminución de acidez.

Para determinar la cantidad de moco contenida en el estómago afecto de gastritis crónica, estimo medio útil el tiempo necesario para filtrar el contenido obtenido, por medio de un filtro de grueso determinado.

El mejor método de investigación, aun cuando no sea aplicable en la práctica común, es la gastroscopia, por medio de la cual se puede establecer el diagnóstico de catarro crónico de la mucosa, así como el de gastritis hipertrófica o de gastritis atrófica.

El diagnóstico se basa sobre los datos de la anamnesis, sobre los trastornos secretorios del estómago, sobre los signos morfológicos, así como sobre la existencia de moco verdadero, y, por último, sobre las investigaciones gastroscópicas y radiológicas.

RADIOLOGIA

Por el Prof. H. H. Berg. (Hamburgo.)

(Resumen del autor.)

Los métodos de examen difieren para el cirujano, para el anatomopatólogo, para el clínico, el gastroscopista y para el radiólogo.

Se deben considerar comparativamente a los resultados obtenidos. El radiólogo cambiará de color para hacer un diagnóstico sobre la mucosa por difícil. Sin embargo, le es permitido en la actualidad percibir finas diferencias de nivel, que puede examinar por medio de capa fina de contraste, por el ojo y por la mano.

De este hecho se puede juzgar, y de la consistencia de los planos interiores, de su forma y función.

Las modificaciones gástricas se expresan sólo en la imagen radiológica de relieve, cuando modifican de modo bien aparente, macroscópicamente, el relieve de los planos superiores (diferencias de nivel), y que influyen de modo visible la *consistencia* del órgano.

Una mínima parte de los signos posee valor diagnóstico anatómico cierto. La mayor parte de las formas de gastritis reconocibles histológicamente, escapa al control de la radiografía.

Se encuentran ejemplos sorprendentes de *inflamación* de la mucosa (gastritis, duodenitis, yeyunitis) sobre *estómagos operados*. Cada modificación del calibre de los pliegues sola no se debe considerar como prueba de alteraciones gástricas. Los momentos funcionales, los desplazamientos de líquidos, las fases de contracción juegan su papel.

Se debe hacer la diferenciación entre:

- A) El plegamiento cambiante, elástico, fácilmente deformable, de calibres diversos del órgano normal, y
- B) Las alteraciones de relieve del estómago gástrico.

Alteraciones rígidas, llegando hasta el espesamiento plástico; eventualmente, rigidez de orden neoplásico.

Entonces el examen radiológico adquiere valor, y se obtiene desde el principio valor diagnósticoanatómico cierto. Existen alteraciones de consistencia, modificaciones que se presentan siempre, por ejemplo, el *edema*.

Las *erosiones* no son la mayor parte de las veces apercibibles.

El contenido mucoso da aspecto velado a la suspensión acuosa del bario. Los embadurnamientos sobre los planos superiores hacen difícil la buena representación de los pliegues.

La *linfadenitis de las glándulas regionales* presenta síntomas de agrupamiento.

La *hipertrofia de los pliegues* es de diagnóstico cierto cuando se acompaña de alteraciones de consistencia (rigidez). La *elevación en círculo* de la forma hiperplástica, productora de la gastritis crónica, dan a veces imágenes próximas a las del cáncer.

Las alteraciones de los planos superiores, *verrugosos*, *poliposos*, presentan imágenes verdaderamente características. La *atrofia* no significa siempre estrechamiento de los pliegues.

El diagnóstico del relieve es de real valor clínico, práctico, no sólo para hacer la diferenciación entre las alteraciones de la mucosa favorables y perniciosas, sino igualmente para los estómagos operados. Muchos de los fenómenos que primitivamente se llamaban "espasmos" pueden ser considerados en un diagnóstico nuevo como consecuencia de los estados de hinchazón.

El éxtasis porta se deja adivinar de modo muy sugestivo por el diagnóstico de las varices esofágicas y gástricas, diagnóstico frecuente y muy fácilmente deducido del diagnóstico clínico. Un diagnóstico gástrico establecido con discernimiento y una crítica severa son de gran valor para la clínica. La experiencia milita por la relación íntima del úlcus con la gastritis.

El diagnóstico radiológico (estudio del relieve) tiene parte justificada en el movimiento de renacimiento del diagnóstico de la gastritis en la clínica moderna.

ANATOMIA PATOLOGICA

Por F. Moutier (París).

(Resumen del autor.)

La evolución de las gastritis demuestra que estos desórdenes son esencialmente procesos mixtos, agudos, subagudos y crónicos. Las reacciones glandulares no son las únicas que sea importante conocer hoy. El estudio de las alteraciones del epitelio de revestimiento ha hecho ver la frecuencia y la importancia de las epitelitis erosivas. La diversidad, la intensidad de reacciones del mesénquima llaman la atención sobre el papel del tejido intersticial. Desde este punto de vista, las vellosidades, organitos cuyo centro es un eje muscular contráctil, tienen interés particular; entre otras manifestaciones, el edema es de frecuencia increíble a este nivel.

Las alteraciones de todos los sistemas tisulares son revisadas: las glándulas antrales o fúndicas, los folículos cerrados, el tejido elástico, los linfáticos, músculos o redes del sistema nervioso, tan rico en remansos glandulares, con frecuencia afectadas de degeneración.

Las reacciones hipertróficas de las células epiteliales de revestimiento o acinosas son más raras que se dice; la mucosa tiende a transformarse, sea por necrosis parcelaria y fibrosa, ya por diferenciación y heteroplasia calciforme (metaplasia intestinal).

El final de todas las gastritis es la gastritis atrófica. Existen, sin duda, gastritis llamadas hipertróficas; pero las más de las veces esta denominación es abusiva o requiere ser explicada, porque califica una impresión visual grosera; no se podría, en efecto, decidir sin exa-

men histológico, por ejemplo, ante una gastritis mame-lonada o parenquimatosa, hiperplásica verdadera, o una gastritis parenquimatosa atrófica con hipertrofia del conjuntivo subyacente.

La mucosa es asiento de numerosos procesos ulcerosos; las erosiones pueden dar ulceraciones planas superficiales (tipo *Konjetzny*), y éstas pueden a su vez originar una úlcera profunda (tipo *Cruveillier*), pero ésta es de las úlceras terebrantes que seccionan de modo precoz la musculosa; se deben admitir, pues, dos clases de úlceras de *Cruveillier*: una primitiva y otra secundaria, que difieren en sus estadios patológicos iniciales.

El estudio de los procesos cicatriciales demuestra el esfuerzo de los epitelios de la superficie para revestir el tejido conjuntivo histiocitario, particularmente frágil.

La falta frecuente de paralelismo entre el grado evolutivo de las lesiones glandulares y el quimismo se encuentra subrayado, así como la dificultad de establecer el diagnóstico anatómico de las gastritis según la radiología.

El autor insiste sobre la relación entre las gastritis atróficas, las linitis, el cáncer y sus formas principales. Llama la atención igualmente sobre los lazos que existen entre las alteraciones gástricas todavía imprecisas, de los accidentes anémicos graves de tipo pernicioso o hipercrómico, y de los síndromes metanémicos (glositis, pruritos, etc.). Destaca, por último, la estrecha analogía que existe entre la mucosa gástrica y la piel; las estructuras de mesénquima y el epitelio de revestimiento permiten augurar que las manifestaciones alérgicas o gástridas deben ser frecuentes, y que el estómago tiene papel considerable en el equilibrio general del organismo.

BIOQUIMICA

Por el Prof. Lion (París).

(Resumen del autor.)

El valor diagnóstico del bioquimismo con respecto a las diversas variedades de gastritis debe ser considerada desde los puntos de vista clínicos y anatomopatológicos.

En clínica.—En la práctica corriente hay para establecer los diferentes síndromes biológicos, de un lado, los valores, V (volumen del contenido gástrico extraído en un momento dado) y γ (concentración de este contenido), que permiten estimar los trastornos asociados de la secreción y de la evacuación; del otro lado, el análisis, que da a conocer las cualidades del proceso químico. Colocados así, en el rango de simples elementos semiológicos, los trastornos del quimismo no conservan menos su importancia en la clasificación de los hechos clínicos. Según ellos, se distinguen las diferentes variedades de gastritis en hiperpépticas, hipopépticas y apépticas.

La gastritis apéptica pertenece a la clase de gastritis latentes; su existencia no es descubierta, y no es casi descubrible clínicamente más que por el examen químico.

Entre las gastritis hiperpéptica y la hipopéptica, es fácil de hacer la distinción. Es necesario saber, sin embargo, que en bastante número de enfermos el quimismo se puede encontrar modificado de modo pasajero por la acción de distintas causas irritantes que intervienen

CONTIENE
LOS
MINERALES
INDISPENSABLES

SODIO
POTASIO
FOSFORO
CALCIO
HIERRO
MANGANESO

DURANTE LA PREÑEZ Y DESPUÉS DEL PARTO

es indispensable un tratamiento adecuado. El Jarabe de Fellows es el tónico más apropiado y mejor compuesto de que puede disponer el facultativo.

Contiene todos los minerales necesarios en proporción científica y en forma de fácil asimilación: Manganeseo y Hierro para enriquecer las arterias de sangre empobrecidas por la constante pérdida; Calcio para restituir el que continuamente ha sido agotado; Potasio, Sodio y Fósforo para contrarrestar la depresión neurótica; Estricnina como un tónico del metabolismo de las células; y Quinina como un estimulante gástrico.

No existe tónico como el Jarabe de Fellows para la paciente parturienta y post-parturienta. Durante estos dos períodos la dosis que se sugiere, es la de una cucharadita tres veces al día, bien diluida en un vaso con agua.

MUESTRAS A PETICION

Distribuidores en España:

SOCIEDAD ANONIMA DE DROGUERIA VIDAL-RIBAS,

Cortes, 639 — Barcelona

JARABE de FELLOWS

DE LOS HIPOFOSFITOS

Contra la **GRIPE** y llamados resfriados
se ha acreditado especialmente

como profiláctico y terapéutico

QUINISAL

DOSIS:

3 a 5 veces diarias, 0,25 - 0,5 gr.

ENVASES ORIGINALES:

Tubos de 10 tabl. de 0,25 gr. Pts. 2,60
Frascos » 25 » » 0,25 » » 6,10

Muestras y literatura a disposición de los Sres. Médicos

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H., Mannheim-Waldhof (Alemania)

BARCELONA

Apartado 5.052

MADRID

Apartado 10.025

TOS ASMA DISNEA



FORMULA

Eucaliptol...	
Citreno...	1 gr.
Terpeno...	
Terpinol...	
Benzoato y Cinamato sódico...	2 grs.
Helenina...	0,02
Fosfato de codeína...	0,05



Estos síntomas que acompañan siempre a casi todas las afecciones de las vías respiratorias, se atenúan y ceden con EUBRONQUIOL, medicación balsámico-antiséptica, compuesta de terpenos y alcanfores que se eliminan directamente por la mucosa traqueobronquial.

EUBRONQUIOL

ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO

Pida muestras y literatura al LABORATORIO FEDERICO BONET,

Rosalía de Castro, 31

Apartado 501 - MADRID

LA UNICA GARANTIA CIENTIFICA

La verdadera garantía de un antiséptico depende del número y la severidad de las comprobaciones a que se le somete. LISTERINE ha tenido, en este aspecto, el más riguroso control, quedando siempre confirmada su eficacia bactericida. Lo acreditan infinidad de certificados de bacteriólogos y médicos ilustres. Entre estos dictámenes destaca el de la revista médica inglesa "The Lancet" que afirma lo siguiente:



"El número real de microorganismos muertos por el Antiséptico Listerine supera los 200.000.000 indicados por los fabricantes."
("The Lancet" 21 Sep. 1929)

Concesionario:
FEDERICO BONET
Apartado 501
M A D R I D

ANTISEPTICO LISTERINE

de modo accesorio, en particular por efecto de una medicación anterior.

Cuando acontece así, un primer análisis da resultados que no representan el tipo real de la afección.

Si se suprimen los medicamentos y se prescribe régimen conveniente, se puede al cabo de cierto tiempo descubrir el tipo químico verdadero. Se ve así la hipopepsia, y aun la apepsia, ceder el sitio a la hiperpepsia.

La modificación del quimismo a consecuencia de la supresión de las causas de irritación es la única que se puede observar. Después del retorno al tipo natural, si ninguna causa nueva de irritación no interviene, el tipo químico permanece absolutamente fijo.

Si el estómago es como el riñón y todos los demás órganos glandulares, es necesario admitir que el poder secretor está ligado al estado del parénquima. Apoyándose sobre esta ley, que *Hayem* ha buscado establecer por el método anatomoclínico, las relaciones que unen los tipos químicos y los estados de la mucosa ha demostrado que es posible formular durante la vida *diagnóstico anatómico*.

Recordemos el cuadro de las lesiones anatómicas reproducido en el texto. Allí se encuentran grupos extremos, de un lado, los de gastritis atróficas y de mixtas en vía de atrofia, que se pueden considerar simultáneamente; del otro, el grupo de las gastritis parenquimatosas puras, y entre los dos, el de gastritis mixtas sin atrofia.

El grupo combinado de las gastritis atróficas y mixtas en vía de atrofia comprende el 26 ó 27 por 100 de los casos.

Las lesiones son en ellos muy pronunciadas, variando el espesor de la mucosa de 215 a 385 micras en la mitad de los hechos, y con más de 400 en la segunda; glándulas rarificadas o aun desaparecidas por planos, atrofiadas o segmentadas, conteniendo células en vías de regresión o degeneración, en parte o en totalidad.

Es evidente que en tales condiciones la secreción y el quimismo deben estar profundamente alteradas, y aun en los casos extremos, la mucosa no posee ya las propiedades de membrana secretora.

En oposición, las gastritis parenquimatosas puras (6,3 por 100 de casos) con mucosas de 925 a 1.031 micras de espesor sus glándulas hipertrofiadas, rellenas de células proliferadas, con frecuencia alimentadas por viva congestión de la mucosa, deben durante la excitación producida por el alimento verter en el estómago gran cantidad de jugo gástrico muy activo y dar nacimiento a las reacciones intensas que caracterizan la hiperpepsia.

Entre estos dos grupos se halla el de gastritis mixtas sin atrofia (49, 29 por 100 de los casos), con mucosas de 600 a 1.054 m., reúne dos hechos que, por sus lesiones parenquimatosas, diferentemente combinados, pueden dar lugar a la producción de tipos bioquímicos variados, que van de la hipopepsia más o menos pronunciada a la hiperpepsia y la hiperclorhidria.

En ciertos casos de este grupo, la degeneración vascular se encuentra bastante desarrollada, a veces generalizada, con mucosas muy espesadas de 700 a 975 micras, pueden ser creadas hipopepsia intensa o aun apepsia, con un mínimo de lesiones o de infiltración intersticial.

CIRUGIA

Por el *Prof. G. E. Konjetny* (Hamburgo).

(Resumen del autor.)

En la introducción he hablado del aspecto patológico de la gastroduodenitis, y he insistido en particular sobre el hecho de que el complejo sintomático corresponde a los síntomas clásicos del úlcus, anteriormente llamado síndrome pilórico.

En la época más activa de la cirugía clásica, y por haber interpretado mal este complejo sintomatológico, los cirujanos han practicado intervenciones paliativas y radicales, basándose sobre datos clínicos falsos.

En cuanto a saber si existe indicación para el tratamiento quirúrgico de la gastritis, la cuestión está lejos de hallarse resuelta. A pesar de todo lo que presenta de problemática, exige soluciones reflexivas.

No se puede resolver esta cuestión en el sentido arriba indicado de modo sencillo y satisfactorio.

Es necesario más bien fraccionarla, basándose sobre los estados anatomopatológicos primitivamente existentes.

De este modo se puede establecer una indicación más o menos cierta, evitando el peligro de una falsa manobra y de una mala interpretación.

El problema debe establecerse sobre el sujeto de la gastroduodenitis aguda o subaguda, y sus consecuencias, que englobamos erróneamente bajo el vocablo de gastroduodenitis crónica.

La gastroduodenitis aguda, con o sin erosiones (de otro modo llamadas úlceras agudas), pertenecen, sin duda alguna, al tratamiento interno. En la hora actual su diagnóstico puede ser establecido con certeza.

Sin embargo, dificultades de diversas clases se presentan para establecer un concepto claro.

Es necesario muy en particular considerar los fenómenos peritoneales, simulando con tanta frecuencia los síntomas de úlcus perforado, las hemorragias graves, muchas veces mortales y recidivantes, y los espasmos permanentes del píloro.

El hecho, que en los casos en que se ha comprobado de visu, en una primera operación, la gastroduodenitis adhesiva, y en los que ha sido necesaria una intervención radical para úlceras crónicas que se han producido más tarde, no constituye motivo para efectuar operación radical, cuando en la intervención se ha descubierto una sencilla gastroduodenitis aguda o subaguda.

Para los diversos fenómenos, que colocamos bajo la denominación de gastritis crónica, la indicación de resección gástrica está parcialmente establecida.

Esta es verdad.

1.º Para las hipertrofiadas circunscritas de la mucosa, areolares o poliposas. Aquí ya se puede con frecuencia sospechar el cáncer. Para tales casos se ha podido probar, por averiguaciones anatomopatológicas, que muchas veces la operación radical constituye ya una operación precoz de carcinoma.

2.º Para las diversas normas de lo que se llama estenosis benigna, hipertrofica del píloro, afección que es la consecuencia en la mayor parte de los casos de la gastritis crónica.

Para los procesos comprendidos bajo los números 1 y 2, la operación radical es necesaria por las razones indicadas.

En cuanto a la cuestión de saber si en otros casos, por ejemplo, en la gastritis atrófica preponderante con trastorno importante, no podemos ni osamos instituir el tratamiento quirúrgico, la respuesta es enteramente problemática. Nos encontramos aquí en terreno absolutamente incierto. El hecho de que aun en tales casos se haya podido encontrar pequeños carcinomas, nos hace ver que estamos en las fronteras de la apreciación y de las previsiones clínicas. Imposible trazar reglas de conducta generales.

Los resultados de la resección gástrica por gastritis son ordinariamente considerados de modo demasiado sumario. De ello sobrevienen apreciaciones con frecuencia contradictorias. Es absolutamente necesario para establecer la estadística de los casos operados comprobar las modificaciones anatomopatológicas sobre las piezas resegadas.

No es nada asombroso ver los resultados de una resección gástrica ser malos o dejar que desear, por consecuencia de una gastroduodenitis aguda o subaguda, cuando se sabe que la resección gastroduodenal no constituye por sí misma más que un paliativo. Por esta razón es también desechada cualquiera otra operación paliativa. La terapéutica médica será más eficaz.

No se puede medir los resultados obtenidos por las resecciones gástricas contra las hipertrofias gástricas hiperplásicas de la mucosa o contra los espesamientos de la pared del estómago por los solos trastornos subjetivos persistentes después de la operación.

Aquí es necesario, sobre todo, tomar en consideración lo que hemos dicho de estas formas bajo el punto de vista anatomopatológico general y particular.

II

¿HAY UN ASPECTO QUIRÚRGICO EN EL DOMINIO DE LAS GASTRITIS?

Por H. Paschoud (Lausana)

(Resumen del autor.)

¿La anatomía patológica debe inspirar nuestras concepciones terapéuticas?

La resección del estómago en ciertas gastritis crónicas es un tratamiento de orden especulativo, resultado de la aplicación directa al individuo de comprobaciones histológicas exactas hechas sobre la especie.

En la gastritis aguda y en la gastritis flegmonosa, nuestra terapéutica está bien fijada. El presente estudio pasa sobre ellas para concretarse sobre el problema de la gastritis crónica.

¿Es éste el terreno obligado de la enfermedad ulcerosa? Lo esencial del problema es asunto de cronología de las lesiones. Las diferentes teorías sobre la génesis de la úlcera gastroduodenal son repasadas y examinadas, sin que se pueda deducir argumento en favor de una actuación quirúrgica, premeditada, en el dominio de la gastritis crónica. Los procedimientos que permiten llegar al diagnóstico de la gastritis crónica en sus diferentes formas son juzgados y establecido el valor de la endoscopia moderna. Pero esta última, por sí misma, no precisa indicación operatoria en las gastritis. Un último análisis demuestra que las indicaciones operatorias creadas por la gastritis crónica se confunden con las establecidas para la úlcera gastroduodenal.

El cirujano puede estar obligado a intervenir, a pe-

sar de la ausencia de caracteres lesionables prelocalizados. Estas circunstancias raras son precisamente establecidas, pero es necesario rehusar cubrir con un pabellón general la responsabilidad pesadamente comprometida cada caso particular.

La ponencia termina por consideraciones generales sobre ciertos aspectos de la "teoría humoral" de la génesis de la úlcera.

(Continuará.)

Resultados inmediatos y lejanos de la autohemoterapia en la apoplejía

POR EL

Dr. F. LLORET GIL

PRESENTACIÓN DE ENFERMO

A principios del año 1933 tuve ocasión de leer en *Annali d'Igiene*, de Roma (octubre 1932), una corta nota, referata de un trabajo de Artault de Vevey, de París, publicado en *Médec. Prat.*, de 30 de noviembre 1932, en el que se hablaba de los notables resultados obtenidos con la autohemoterapia en el tratamiento de la hemorragia cerebral, así traumática como la debida a hipertensión. En esta misma reseña se menciona un caso de Adriano Polacco, de Roma, de sorprendentes resultados.

Al poco tiempo, por abril del mismo año, hube de encargarme de una enferma de unos cincuenta años, que llevaba doce o quince días en semiconvulsión apoplética. Practiqué a esta enferma dos inyecciones intramusculares de su propia sangre, en días sucesivos, y a dosis de 20 centímetros cúbicos. Los resultados, de momento, fueron nulos, aunque tal vez hoy no es tan malo el estado de la enferma como su situación en aquel momento parecía hacer prever.

No me desanimó el fracaso, y quedé en espera de nueva ocasión en que ensayarlo, pues aunque el mismo Artault de Vevey refiere resultados tan notables como los que después reseñamos, en un caso de enfermo sexagenario con apoplejía datando de un mes; en nuestro ánimo, el largo plazo transcurrido desde el ictus de nuestra enferma pesaba como circunstancia excepcionalmente desfavorable, restando con ello valor a la experiencia para formar juicio acerca de la eficacia del método.

Nuevamente, en el número de 15 abril de 1934, de *La Rassegna Internazionale di Clinica e Terapia*, hallamos un trabajo sobre el mismo asunto de Colella y Pizzino, quienes, sobre un material de 35 casos, recogen únicamente los siete más claros, y deducen las siguientes conclusiones:

Primera. Se puede obrar sobre el foco de hemorragia cerebral mediante una derivación, todavía indeterminada, que se obtiene por la autohemoterapia, corrigiendo siempre sensiblemente, y a veces totalmente, las consecuencias patológicas de aquélla.

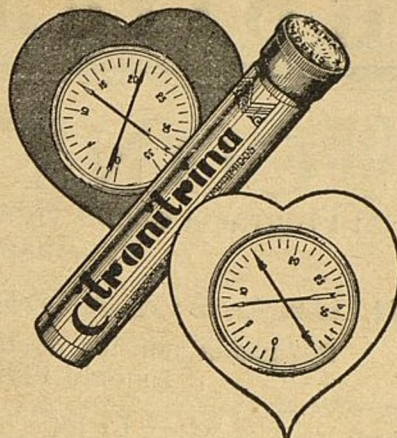
Segunda. El método consiste en la toma por punción venosa de 25 a 30 centímetros cúbicos de sangre, que inmediatamente se reinyectan lo más profundamente posible en la región glútea del lado sano. Antes de la punción venosa, es útil tomar en la jeringa algunos centímetros cúbicos de una solución al 25 por 100 de citrato sódico, para impedir lo coagulación.

*Para sus hipertensos
y arterioesclerosos.*

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

Citronitrina

Vergés & Oliveres



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

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

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

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

VERGÉS & OLIVERES
Laboratorio Quimioterápico del Ebro
TORTOSA

MUESTRAS GRATIS A LOS SEÑORES MÉDICOS



LINITUL

Compresas de tul engrasado y esterilizado a 120°

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

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

PÍDANOS MUESTRAS Y LITERATURA

LABORATORIO QUIMIOTERÁPICO DEL EBRO
VERGÉS & OLIVERES - Tortosa

Vitamina A, vitamina D, fósforo, iodo, hierro, lecitinas, poderosa acción irradiante en estado natural; tales son los elementos a que debe su valiosa acción terapéutica el

aceite de hígado de bacalao

¿Puede ofrecerse al médico un producto de fórmula más acertada? ¿Puede el laboratorio llegar a reproducir el dinamismo de que gozan aquellos medicamentos en el compuesto natural de que forman parte?

Al médico celoso de sus éxitos incumbe buscar la perfecta pureza de aquel aceite, exigiendo siempre la marca

GEVE



Publicaciones de EL SIGLO MEDICO

CONTESTACIONES

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

EN UNA SOLA OBRA LA PREPARACIÓN COMPLETA

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

MEDICINA
CIRUGIA
HIGIENE
LEGISLACIÓN SANITARIA

4 TOMOS
1.600 páginas

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

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 MEDICO
20 por 100 de descuento.

MONOGRAFÍAS

Se encuentran a la venta las siguientes:

	PRECIOS	
	No sus- criptores	Suscrip- tores
I.—Hemoptisis tuberculosas y no tuberculo- sas, por el Dr. Valdés Lambea.....	2,00	1,60
II.—La demencia precoz, por el Dr. Vallejo Nágera.....	2,00	1,60
III.—Diagnóstico y tratamiento de las der- matosis más frecuentes, por el Dr. Javier María Tomé y Bona (2. ^a edición).....	3,00	2,40
IV.—Los problemas clínicos de la úlcera del estómago, por el Prof. Fidel Fernández Martínez (de Granada).....	2,00	1,60
V.—La blenorragia aguda y su tratamiento, por el Dr. Angel Pulido Martín.....	2,00	1,60
VI.—El médico rural ante las distocias más frecuentes, por el Dr. Vital Aza (2. ^a edi- ción).....	3,00	2,40
VII.—Los problemas clínicos del estreñi- miento rebelde, por el Prof. Fidel Fernán- dez Martínez (de Granada).....	2,00	1,60

	PRECIOS	
	No sus- criptores	Suscrip- tores
VIII.—La epilepsia, por el Dr. José María de Villaverde.....	2,00	1,60
IX.—El médico práctico ante la difteria y sus complicaciones. Intubación laríngea, por el Dr. García Vicente, y Alteraciones de la voz. Laringitis y ronquera, por el Dr. Huar- te Mendicosa. (Dos monografías en una.)...	2,00	1,60
X.—El tratamiento del reumatismo, por el Dr. Federico Peco y M. Sellés.....	2,00	1,60
XI.—Las helmintiasis intestinales más fre- cuentes en patología humana, por el doctor Santiago Larregla.....	2,00	1,60
XII.—Manual de sifiliografía práctica, por el Dr. Javier María Tomé y Bona.....	3,00	2,40
XIII.—Tuberculosis: contagio, herencia y constitución, por el Dr. Valdés Lambea....	3,00	2,40

UN MEDICO RURAL

Novela original de **BALZAC** Traducida por **D. Marcelino Pastor**
Con revisión y prólogo del **Dr. Carlos María Cortezo** Portada de **López Motos**

4 PESETAS EJEMPLAR

Formulario Crítico POR LAS CLINICAS DE EUROPA

SE ENCUENTRAN A LA VENTA LOS SIGUIENTES TOMOS:

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

VII O 7,50 pesetas.
VIII P (hasta Parto), 8,50 pesetas.
IX P (de parto patológico hasta el final
de dicha letra), 10,50 pesetas.
X En impresión.

FOLLETOS DE INTERES PRACTICO

EDITADOS POR EL SIGLO MEDICO

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

LECCIONES DE BIOQUIMICA

APLICADAS A LA MEDICINA PRACTICA

Por el Dr. ANTONIO DE LA GRANDA

(DOS FASCICULOS) 4 PESETAS CADA EJEMPLAR

CINCO LECCIONES DE HEMATOLOGIA GENERAL CLINICA

Por el Dr. F. MAS y MAGRO

Explicadas en la Facultad de Medicina de Valencia, Cátedra del Profesor Dr. Manuel Beltrán Báguena

BOLETIN DE PEDIDO

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

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

Firma

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

Ayuntamiento de Madrid

BIOTRIGON

Delegación
6, Calle Larra. MADRID



**ELIXIR
A BASE DE
FENU GRIEGO**

AUMENTA EL PESO

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

GERMOSE
Gotas del Dr.
BAYRAC
(NO TOXICO)

Específico
contra la Coqueluche
(Tos ferina)

A base de Fluoroforno
estabilizado en extractos vegetales.

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

Agentes generales: **Giménez-Salinas y C.^a**, Sagúes, 2 y 4. BARCELONA (S. G.)
Avda. Eduardo Dato, 10. MADRID

Tercera. Las inyecciones intramusculares autohemoterápicas son hemostáticas, y siempre útiles en la cura de la hemorragia cerebral, y sus consecuencias, cualesquiera que sean la edad del enfermo y época del ataque. Su benéfico efecto, aunque variable, es constante.

Cuarta. La curación—que ciertas mentalidades juzgarán cosa paradójica y extraordinaria—, se observa en los casos agudísimos, sobre todo en los traumatismos de la cabeza, cuyos efectos son debidos a una hemorragia cerebral genuina. Los efectos son tanto mejores cuanto más rápida es la intervención terapéutica.

Quinta. La autohemoterapia activa en la hemorragia cerebral antes, en y después del ictus. Está indicadísima como cura preventiva en los casos de hipertensión arterial con condiciones hereditarias predisponentes, ya que los arterioescleróticos preanuncian con frecuencia el ictus desde larga fecha con vértigos, debilidad de los miembros y temblor unilateral de las extremidades. Estos efectos de la hipertensión se evitan o corrigen inmediatamente a seguida de la autohemoterapia, que baja bruscamente la presión vascular intracraneana.

Sexta. Las inyecciones de sangre permiten el diagnóstico diferencial entre la hemorragia cerebral propiamente dicha y el reblandecimiento cerebral, porque la acción curativa es grande en los focos de hemorragia y nula en los de reblandecimiento.

Séptima. Las teorías sobre la autohemoterapia son múltiples e indeterminadas. Hasta ahora no conocemos el mecanismo de acción de las inyecciones sanguíneas sobre la circulación y congestiones capilares en general, ni sobre la desaparición, a veces rápida, de sus síntomas. Poco importa, sin embargo, en las experiencias terapéuticas, que la teoría que haya servido de punto de partida sea o no exacta; lo esencial es saber si da resultado práctico. Resultados que son evidentes en la nueva cura de la hemorragia cerebral y de sus consecuencias.

En la *Revista di Terapia Pratica* (junio 1934), publica Gagliardi un trabajo ilustrado con dos casos de eficacia indudable. En este trabajo, el autor, al contrario que Artalut de Vevey, que se limita a consignar el hecho sin tratar de explicarlo, trae a colación toda la serie de hipótesis que tratan de explicar la acción de la autohemoterapia: proceso inmunitario; acción irritativa no específica; acción coloidoclásica o desensibilizante de orden protéico; enzimas disolventes del coágulo sanguíneo, etc., etc. Juego de palabras, en suma, que se barajan según la moda, sin que en definitiva aclaren el hecho en el caso particular de que tratamos.

Concluye, finalmente, en la eficacia casi decisiva del método.

En estas condiciones, con estos datos y más acuciado, si cabe, por el escaso resultado de mi ya casi antigua primera experiencia, he esperado durante dos años casi exactos un nuevo caso en que poner en práctica el método. Aunque a primera vista parezca extraña esta espera tan dilatada en quien practica la especialidad neurológica, no lo es, si se considera que la apoplejía la resuelve casi exclusivamente el médico de cabecera, cuyo pesimismo impotente, sobrecargado por el todavía mayor de los familiares, ya duchos en conocer las consecuencias, que juzgan fatales del proceso, hace que se recurra a la consulta en casos muy contados; siendo, de ordinarios, hemipléjicos ya enteramente constituídos los

que se nos remiten para que instituyamos un tratamiento electroterápico.

Por fin, en el próximo pasado abril se han presentado los dos casos que voy a exponer:

P. S., de veintiséis años, casado, obrero en las minas de potasa de Sallent (Barcelona); el 10 de abril, a primeras horas de la mañana, y a su regreso del trabajo, sufre un ictus apoplético hallándose solo en casa. A su inmediato regreso, le encuentra su esposa en pleno coma.

Se me llama en consulta, que celebro con el Dr. Giróns, de aquella localidad, el día 12, a las diez de la noche, sesenta horas después del ataque. El enfermo se halla todavía en estado comatoso; hay desviación conjugada de la cabeza y ojos; hemifacies derecha paralizada; hemipoplejía flácida derecha, ambas extremidades caen aplomadas cuando se las levanta del plano de la cama; reflejos tendinosos y cutáneos abolidos en el lado afecto, muy poco apreciables en el lado sano; signo de Babinski positivo en ambos lados; reacción pupilar a la luz muy perezosa; el pellizcamiento determina gruñidos inarticulados y movimientos de defensa; ha cedido la emisión automática de orina que presentó al principio. Pulso lleno, tenso, rítmico, bradicardia (60 al minuto). Máximo, 19; mínimo, 12 (Vázquez). Ausencia de glucosa y albúmina en orina. El enfermo ha podido tragar una dosis de aguardiente alemán, que le había sido prescrita por su médico de cabecera, pero la ha vomitado. Del interrogatorio de los familiares no se desprenden antecedentes patológicos de interés familiares ni personales.

En estas condiciones, con estos síntomas, nos es fácil la coincidencia con el médico de cabecera, Dr. Giróns, para ratificar el diagnóstico ya por el resultado de hemorragia cerebral. Emitimos asimismo un pronóstico serio en consonancia con la intensidad sintomática del caso. La interpretación etiológica ha de apoyarse por fuerza en las condiciones de trabajo del enfermo, que sube rápidamente a la superficie mediante ascensor desde una profundidad superior a 400 metros. La descomposición brusca que esto supone, actuando sobre un sistema vascular lábil, ha podido ser causa de la hemorragia cerebral. Para inquirir la causa de la labilidad vascular, decidimos la investigación serológica de la lúes, cuyo ulterior resultado es negativo.

Ya en el terreno de sentar las indicaciones terapéuticas, aconsejamos, y es aceptado por el Dr. Giróns, la práctica de la autohemoterapia. En el acto mismo de la consulta, inyectamos intramuscularmente 20 centímetros cúbicos de sangre del propio enfermo, sin adición previa de citrato.

Aunque la inyección no produce de momento efecto aparente, pedimos al Dr. Giróns que en días sucesivos practique cuatro o cinco inyecciones semejantes, cosa que es efectuada por dicho doctor. El resultado de esta terapéutica es el siguiente: el 28 de abril, dieciocho días después del ictus, viene el enfermo a Barcelona por pie, excepto una ligera vacilación al andar, que el propio enfermo atribuye a debilidad de la pierna derecha; nada se nota en extremidades inferiores. Reflejos tendinosos aquileos y rotulianos normales. Babinski dudoso. La extremidad superior derecha tiene entera libertad de movimientos, sólo su fuerza está disminuida en los distintos movimientos sometidos a oposición, siendo la fuerza de presión de la mano derecha de 15 kilogramos, cifra bastante baja para un obrero manual de la categoría del

que tratamos. En la cara se nota todavía desviación de la comisura bucal hacia la izquierda, atenuación de los surcos faciales del lado derecho y dificultad en la oclusión del mismo ojo. Hay dislalia bastante acentuada.

Desde el día de su venida han transcurrido otros diez, durante los cuales le hemos sometido a tratamiento electroterápico. Todos los síntomas han desaparecido; la palabra es normal, aunque un poco premiosa; la facies no deja traslucir el grave episodio vivido por el enfermo; las extremidades, sino han recobrado toda su fuerza, aparecen, no obstante, con todas las prerrogativas de la normalidad funcional.

He aquí a un hombre que en su plena juventud parecía abocado a una invalidez permanente, y que, gracias a la autohemoterapia, será perfectamente apto para la lucha por la vida, pues fácilmente se desprende de su estado actual que los resultados lejanos de la terapéutica seguida han de ser su "restitutio ad integrum".

Como parece que en Clínica los casos se sucedan por series, no os extrañará que a los pocos días—21 de abril—, vea a otra enferma en análoga situación. Esta vez se trata de antigua cliente mía: F. B., de setenta y tres años, viuda, natural y residente en Barcelona, con varios hijos, todos sanos. Sin antecedentes patológicos de interés; a su decir, nunca estuvo enferma; venía de tiempo sufriendo una hipertensión, que en algún momento alcanzó los 20 centímetros de mercurio (Váquez), y se acompañó de evidente y exagerada nicturia y de fenómenos de corazón forzado. Gracias al régimen y a adecuada medicación, todos los síntomas habían cedido, y la presión reducíase a 25 centímetros.

El día antes mentado, despierta a las seis de la mañana, y al intentar levantarse, sufre un desvanecimiento, acompañado de parálisis de todo el lado izquierdo. Se me llama de urgencia, y me encuentro ante una enferma que, conservando sus sentidos, presenta una total parálisis facial izquierda y completa hemiplejía izquierda, flácida, con abolición de reflejos tendinosos, signo de Babinski positivo, afasia, embotamiento sensitivo del lado izquierdo, pulso bradicárdico (54 al minuto), tenso, lleno, rítmico e igual. No hay incontinencia de heces ni orina. Cara pálida. No llevo esfigmomanómetro.

Por el aspecto clínico, el diagnóstico sería dudoso entre una embolia y una hemorragia cerebral, y aunque los autores que han escrito sobre el asunto señalan la ineficacia del método como terapéutica de aquel proceso, procedo a extraer y reinyectar por vía muscular 20 centímetros cúbicos de sangre, sin previa adición de citrato. Es de notar que en los casos de que anteriormente he hablado, inyecté siempre la sangre en el lado sano, tal como lo recomiendan Colella y Pizzillo, pero en este caso, por comodidad derivada de la posición de la cama y de la enferma, practiqué la punción venosa en el lado sano, pero la reinyección en el enfermo. Apriorísticamente, había ya concedido muy escasa importancia a este detalle de técnica que señalan los autores.

El resultado es sorprendente: apenas terminada la inyección, la enferma levanta su brazo izquierdo; a los pocos minutos encoge su pierna izquierda, y poco más tarda en hacerse comprender rumoreando algunas palabras. En este caso, cuya mejoría se acentúa notablemente en el día siguiente y sucesivos, me limito a practicar esta única inyección de sangre, con el propósito preconcebido de ir sentando sobre bases firmes las indicaciones,

dosis y técnicas a seguir según los casos. Prosigo el tratamiento con sólo una inyección diaria de 20 centigramos de acetilcolina. A los cinco días del ictus, la enferma abandona la cama; su desviación facial es apenas apreciable; sus miembros izquierdos efectúan libremente todos sus movimientos, con sólo una importante disminución en su fuerza normal; los reflejos rotulianos retornan, aunque muy amortiguados; sigue positivo el signo de Babinski; la palabra es normal.

Hoy, a los diecisiete días del ataque, en curso de tratamiento electroterápico, se sirve de su mano izquierda, se viste y cose; camina sin bastón, con sólo una ligera inseguridad, hija de su poca fuerza en el miembro inferior izquierdo. No hay rastro de contractura.

¿Qué más os he de decir? El sólo examen del enfermo Pedro Selga, que os presento, os dirá con mayor elocuencia que todos mis comentarios de la eficacia del método.

¿Por qué mecanismo actúa la autohemoterapia en la apoplejía? No es éste el momento oportuno para discutirlo; es prematuro hablar de enzimas, de acción proteínica, etc. Todo ello sería edificar teorías e hipótesis sobre el vacío, sin añadir un ápice de eficacia al método. De momento, lo que interesa es divulgar el procedimiento, que está, como pocos, tal vez como ninguno otro, al alcance de todo médico, emplearlo en gran escala, perfilar sus indicaciones, contrastar sus resultados y estudiar los pequeños detalles que esclarezcan puntos oscuros, y, finalmente, luego de pasarlo por el crisol experimental, será llegado el momento de precisar cuál es el mecanismo de acción de esta autohemoterapia salvadora del apoplético.

Dos solos casos de significación aporreo yo hoy, señores; pocos más, alrededor de una docena, encuentro claramente señalados en la literatura, extranjera toda; pero no creo pecar de precipitado trayéndolos enseguida a vuestra consideración. La importancia del tema lo merece para que, divulgándose, se emplee en gran escala; que si por nimiedades de más apariencia que real valor científico, empleamos torrentes de tinta y alardes de elocuencia y erudición, bien podemos dedicar un poco de ellas en beneficio de esos múltiples inválidos en potencia, a los que, con eficacia y rapidez taumatúrgicas, podemos esclarecer un porvenir tan preñado de negros nubarrones físicos y morales.

BIBLIOGRAFIA

J. W. BIGGER.—*Manual de bacteriología*.—Traducido de la tercera edición alemana, por el Prof. E. Zapatero. Un volumen de 474 páginas, con 84 grabados y cinco láminas en color.—Editorial de Manuel Marín.—Barcelona, 1935.—Precio, 20 pesetas.

El autor consiguió plenamente el fin que se proponía: escribir un libro que, por ser de extensión reducida y abarcar los conocimientos fundamentales de Bacteriología, fuera adecuado para la iniciación del estudiante en esta rama de la Medicina, y para proporcionar al médico práctico los conocimientos que de ella le son indispensables. Dados sus fines, se ocupa el autor exclusivamente de asuntos de orden práctico, y así, como él mismo advierte en el prólogo, las bacterias son objeto de su es-

AGUAS MINERALES VICHY-ETAT

Vichy-Hôpital Estómago y dermatosis prandial.

Vichy-Célestins Vías urinarias. Artritis.

Vichy-Grande-Grille Hígado.

SAL
VICHY-ETAT

para preparar en casa un
agua alcalina digestiva.

Se expende en cajas
de 12, 25 y 50 paquetes

Comprimidos Vichy - Etat

la mejor solución alcalinogaseosa

Pastillas Vichy-Etat

para todas las afecciones gástricas

ATLA
BOLOGNA

ANTISPASMINA COLICA

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



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

EJERCEN SU ACCIÓN EN EL MISMO SITIO DEL ESPASMO

LAB. FARMACOLÓGICO REGGIANO - Correggio (Italia)

Cada pildora contiene
Papaverina 1 cigr
Estr. Belladonna 2 »
Valeriana 2 »

De 3-6 Pildoras
queratinizadas
al día



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

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. Pelviperitonitis. Artritis.
Orquitis. Cistitis Prostatitis.

ECZEMA

Curativo del Eczema agudo y crónico.

ESTAFILO

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

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

Laboratorios biológicos Doctor Julio Méndez.-Buenos Aires.

*Gripe, Neumonías
Bronconeumonías*

Profiláctico de la gripe



Pulmoquinol

*Quinina básica
y alcanfor en
solución etéreo-
balsámico-oleosa*

DOSIS
para niños y adultos

NIÑOS: Caja de 5 ampollas de 1,1 c. c.
ADULTOS: Caja de 10 ampollas de 2,2 c. c.

tudio como posibles causas de enfermedad, y excluye de la obra los datos históricos y todas las teorías que no son generalmente admitidas.

En los 46 capítulos de que consta la obra hace, sucesivamente, el estudio de las técnicas más corrientes en Bacteriología (examen microscópico, esterilización, medios de cultivo, preparación de vacunas, reacciones serológicas, etc.). Se ocupa después de la manera de recoger las sustancias cuyo análisis bacteriológico se quiere realizar; de la identificación de las bacterias, y de las que con más frecuencia se encuentran contenidas en el agua, leche y moluscos. También son objeto de estudio los antisépticos y desinfectantes, así como las variaciones que sufren las bacterias existentes en el organismo sano y en el enfermo. Los capítulos siguientes están dedicados a la inmunidad y fenómenos con ella relacionados y a la anafilaxia e hipersensibilidad. Sigue después una clasificación de las bacterias y un estudio de cada uno de los grupos por separado, y termina el libro con una descripción de las enfermedades producidas por virus, hongos y protozoos, y de algunas de etiología incierta.

El Dr. E. Zapatero Ballesteros, catedrático de Higiene y Microbiología de la Universidad de Valladolid, ha prestado un gran servicio a los estudiantes españoles, al realizar esta perfecta traducción de la obra.

Y su edición está hecha con todo cuidado y esmero, característicos de la Casa editorial Marín.—M. Bescos.

VIKTOR VON WEIZACKER.—*Studien zur Pathogenese*. ("Estudios sobre Patogenia").—Un fascículo de 90 páginas.—Tomo II de la serie de monografías publicadas por el *Deutsche Medizinische Wochenschrift*.—Leipzig, 1935.—G. Thieme, editor.

Weizäcker es un escritor muy original. Su libro *Aersthliche Fragen* es una buena prueba de ello. Además, es psicoanalista convencido; así, nada tiene de particular que sus estudios sobre Patogenia sean originales y no fáciles de admitir por todos los colegas. La unidad kantiana del organismo, puesta de moda actualmente, tal y como me la explicaba cuando estudiaba Psicología en el Instituto del Cardenal Cisneros (ya va para largo) don Eusebio Ruiz Chamorro, es el "leit motiv" de toda la Medicina alemana actual, y a la que se acogen los psicoanalistas arios que, no queriendo tener punto de contacto con el hebreo Freud, desean mantener lo esencial de su obra. Por cierto que lo esencial de su obra puede verse en esquema en unos tomitos preciosos de la biblioteca Charcot-Devobe, originales de P. Janet, acerca del estado mental de los histéricos (un tomo, los estigmas, y otro, los accidentes), libros con los que me recreaba a fin del siglo pasado y en los que inspiraba sus enseñanzas sobre este asunto uno de mis más caros maestros, D. Ricardo Royo Villanova. Allí está claro y preciso el concepto de la subconsciencia y otras muchas más cosas modernísimas.

Volviendo a nuestro libro, el autor interpreta la patogenia de varios casos de anginas, diabetes insípida, etcétera, como enfermedades de defensa para impedir viajes, eludir compromisos y, sobre todo, huir de bodas próximas. Todo ello lo hace con inteligencia y procurando persuadir. El libro merece leerse.—F. G. D.

PERIODICOS MEDICOS

J. J. PUENTE.—*La queilitis glandular simple y estados allegados*.

Existe en el labio inferior una malformación caracterizada por la presencia, en la zona roja del borde libre, de orificios correspondientes a conductos excretores de glándulas salivares heterotópicas. Aparecen en número variable y aspecto más o menos visible, según el grado de desarrollo del proceso. La compresión del labio con los dedos constituye un signo importante para poner en evidencia este trastorno. Estado individualizado en 1927 por el autor y el Dr. Acevedo con el nombre de queilitis glandular simple o pura, en oposición a la queilitis glandular apostemosa, descrita por Volkmann en 1870.

En dicha fecha emitimos la hipótesis de que esta última afección constituía una complicación excepcional inflamatoria crónica.

El trabajo actual está basado en 52 casos clínicos, que permiten afirmar dos puntos:

La proporción es evidente (más o menos del 3 por 100), sin predilección por sexo determinado. Aparece en la edad adulta. No se ha podido demostrar en la infancia, pero todo hace suponer que puede ser familiar con predisposición congénita. Se observa preferentemente en los españoles, sobre todo en la zona Norte de la Península. Se encuentra también entre los italianos, franceses, argentinos, yugoslavos y judíos.

Aunque es alteración visible en la edad adulta, coincide con estados de suciedad de la boca, pero hay casos en sujetos con boca sana e íntegra.

De todas las afecciones cutáneas y generales que han llamado más la atención es la coincidencia con tipos de piel de aspecto senil precoz. A estas perturbaciones de la trama conjuntivoelástica del dermis y corión, junto a una probable influencia del aire, que actúa sobre la semimucosa del labio, ligeramente evertida por la hipertrofia glandular, se debe atribuir la visibilidad y el aumento de tamaño de los orificios de las glándulas en tal zona.

La queilitis glandular apostemosa o supurada es una complicación rara de esta malformación. Al lado de los procesos graves e incurables, que corresponden a la descripción princeps, existen otras formas leves y transitorias, también registradas en la literatura.

Existen entre ambas la distancia y diferencia que va desde el impétigo a las lesiones de foliculitis profundas e inveteradas, en las cuales debe suponerse la acción de un agente muy activo, o más bien de un terreno especial.

La hipótesis de Bejarano, apoyada por Covisa, Gay Prieto, Tourraine y Solente, de que la queilitis glandular puede ser una afección precancerosa, dió un significado muy importante a este estado.

Los argumentos fundamentales para sostener esta interpretación son: el hallazgo de un caso de epiteloma basocelular de labio, que Bejarano cree originado en una glándula salival.

La aserción de Tourraine y Solente de que, en otro caso, un pequeño epiteloma espinocelular se desarrolló alrededor del cuello de un orificio de un conducto excretor.

Pero, como lo manifiesta Bejarano, no es forzoso que todo epiteloma de labio aparezca sobre una queilitis, y,

aun existiendo, ésta puede desarrollarse independientemente de ella.

Estas dos observaciones personales—una de epiteloma espinocelular y otra con una formación paraqueratóxica—, con una proliferación epitelial subyacente, que puede interpretarse como de un cáncer inicial, no hemos podido establecer ninguna relación directa entre estas neoproducciones y la queilitis.

Este es asunto importante, que necesita para su definición definitiva nuevas y numerosas investigaciones histogenéticas.

La relación de la queilitis con las neoproducciones cancerosas de labio puede encararse desde otro ángulo: ello es que la queilitis es un contingente de predisposición morbosa para la neoplasia maligna, pues coincide su presencia con trastornos del metabolismo del tejido conjuntivo elástico y terreno favorable para el desarrollo del cáncer, en cualquier sitio de la piel.—(*Revista Médica Latinoamericana*.—Buenos Aires, julio 1935.—Año XX.—núm. 238, pág. 1.061.)—M. A. C.

A. SAXL.—*Lumbago artrítica lumbosacra*.

Buen número de lumbagos se deben a una artritis de la articulación lumbosacra. Esta forma de lumbago es más frecuente en las personas de edad, y abunda más en las mujeres que en los hombres. El origen de estos dolores y de estas artritis puede ser reumático, traumático o estático. Prescindiendo de las reumáticas puras y de las traumáticas, debidas casi siempre a desgarros y tiros violentos en esta región, hay que fijarse mucho en las llamadas estáticas, debidas a una lordosis exagerada de las vértebras lumbares, lordosis consecutiva a los vientres flácidos y voluminosos, tan frecuentes en las mujeres multíparas y en los individuos de paredes abdominales débiles. Pueden combinarse los factores traumático y estático, sobre todo en individuos que, por su profesión o por los ejercicios deportivos exagerados, someten a un exceso de trabajo a estas vértebras.

Los dolores se localizan precisamente en los alrededores de la articulación lumbosacra, persisten en el reposo y se intensifican con los movimientos, tanto más cuanto más a prueba ponen éstos la articulación afecta. Según la intensidad del dolor, se limita la movilidad de la articulación, llegando en ocasiones a su fijación absoluta. En tales casos de fijación espástica, el realce perceptible del músculo sacroespinal, fuertemente contraído, sirve como signo diferencial de las mialgias del mismo músculo, en las que tampoco hay gran dolor en la presión. Las radiografías apenas suministran dato alguno, teniendo que conformarnos con los síntomas clínicos para hacer el diagnóstico diferencial.

En el tratamiento hay que utilizar remedios internos, medios físicos y procedimientos mecánicos. Los primeros sólo son útiles en los casos recientes o como sedantes del dolor. Entre los medios físicos es singularmente eficaz la termoterapia. Aparte de ésta, queda el masaje y los movimientos pasivos aplicados a los músculos del vientre, a fin de fortificarlos y combatir las causas ocasionales. Una férula aplicada en la región sacrolumbar es muy útil para fijar y sostener pasivamente las vértebras lumbares. Según cuál sea la causa del padecimiento (reuma, traumas, etc.), utilizaremos preferentemente

unos medios u otros, o recurriremos a combinarlos de modo adecuado.—(*Wiener Klin. Woch.*, 1935, número 38.)—F. G. D.

POMPEYO LAYUS.—*Etiopatogenia y tratamiento del psoriasis*.

Habiendo el autor estudiado durante muchos años varios casos de psoriasis, expone en este trabajo el resultado de sus investigaciones, haciendo notar que el punto de partida de éstas ha sido el hallazgo en las escamas de los psoriásicos de cristales de oxalato de cal. Desde hace cinco años empezó a usar las inyecciones de sales de cal por vía intramuscular, agregando además a esta medicación la administración por vía oral de sales de magnesia bajo la forma de sulfatos o, en su defecto, comprimidos de sales halógenas o inyecciones de tipo Gaurol, a base de calcio y magnesio. Expone los resultados de sus experiencias en más de 50 casos.

En la discusión de esta comunicación, el Prof. Puente hace resaltar lo poco conocidas que son las investigaciones de este género y, por su parte, recuerda haber obtenido mejorías rápidas del psoriasis con sales de magnesia. (Reunión Dermatológica de Rosario (República Argentina), 5-VI-1935.)—T. B.

OTTO MEYER.—*Los llamados dolores del crecimiento*.

Hace notar el autor lo erróneo del nombre: el crecer nunca es doloroso. Por otra parte, estos dolores tienen un rasgo característico: duele más en el reposo, y, sobre todo, en la estación vertical, que en el movimiento y en la marcha. Esto sirve para no confundirlos, como vulgarmente se hace, con los dolores reumáticos, articulares o musculares, que se exacerban al andar y al moverse y se amortiguan en el reposo.

Fundándose en los resultados obtenidos al examinar médicamente gran número de escolares en grandes ciudades de Norteamérica y en sus propios estudios y observaciones, viene a deducir que estos llamados dolores del crecimiento se deben a flebitis latentes de los miembros inferiores. Recuérdese que precisamente las extremidades inferiores son los sitios predilectos del dolor.

Tales flebitis latentes las pone de manifiesto el autor por la maniobra de la presión de la vena tibial posterior contra el borde interno de la tibia en tres puntos precisos. Para esta exploración se coloca el paciente echado y el médico colocado frente a la pierna que se va a explorar; levanta ésta hasta formar un ángulo de 45° con la horizontal, manteniendo ligeramente flexionada la rodilla. En el tercio inferior de la pierna se comprime la vena de abajo arriba contra el borde interno de la tibia; en el tercio medio, la vena corre paralela a la tibia y contigua a ella, y en el superior va más profunda y unos dos centímetros más adentro. La presión en estos tres puntos es siempre dolorosa, y el dolor evidencia la flebitis latente.

Para el autor, este diagnóstico tiene gran importancia, por estimar que precisamente las flebitis latentes son los focos más frecuentes de las septicemias y de muchos reumatismos. Las venas inflamadas serían el foco de producción de toxinas, que después atacarían el corazón y las articulaciones.—(*Münchener Med. Woch.*, 1935, número 38.)—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.—Fraternalidad, mutuo auxilio.—Seguros, previsión y socorros.

SUMARIO.—SECCIÓN PROFESIONAL: Boletín de la Semana, por Decio Carlán.—Del proyectado traslado de la Facultad de Medicina a la Ciudad Universitaria, por el Dr. M. Márquez.—Después de un año de silencio: Nuestra Sección de Vacantes, por el Dr. J. Alvarez Sierra.—Primero los cimientos, por Angel F. Domínguez.—Sección oficial.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Tertulia.

BOLETIN DE LA SEMANA

Actitudes para el análisis

El indudable esfuerzo que ha hecho EL SIGLO MEDICO, no sólo para activar en lo posible el anuncio de las vacantes de titulares, sino también, y una vez resuelto dicho anuncio por la superioridad, para adelantarse a todos y cada uno de los periódicos profesionales y poner en manos de la clase médica lo antes posible, y de modo completamente puntual, la relación de las vacantes publicadas en la *Gaceta*, nos ha constituido un éxito que nos satisface, por cuanto revela que se agradece nuestra constante devoción a cuanto de justo tengan las aspiraciones de los compañeros.

Pero es el caso que entre las numerosas cartas que hemos recibido de gratitud y las solicitudes, más numerosas aún, de ejemplares de nuestro último número, nos ha llegado una carta en el correo del día 14, que nos deja de *pie*dra, como vulgarmente se dice. En un principio, y con la reacción de natural indignación ante lo absurdo de su contenido y algo que estimamos injurioso, pensamos limitarnos a transmitir la carta al juzgado de guardia; pero, pasada nuestra natural indignación, preferimos comparecer ante el tribunal de la opinión pública médica para que nos juzgue a nosotros y juzgue al compañero que así estima nuestros desvelos y nuestra rectitud de conducta.

Conste que el nombre del compañero lo reservamos de momento; pero estamos dispuestos a decirlo si él no rectifica su actitud, como esperamos.

Comienza nuestro comunicante, que, según la ficha que obra en la administración del periódico, sólo es suscriptor de EL SIGLO MEDICO desde 1.º de enero de 1933, y en esta fecha, por 25 pesetas que pagó, tuvo los 52 números de EL SIGLO MEDICO y un ejemplar de la obra *Oposiciones*, que hoy sólo ella vale 35 pesetas; después ha sido suscriptor los años 34 y 35, y en su última carta nos anuncia la baja, al final de las cosas absurdas que nos manifiesta, y que sometemos a juicio de nuestros lectores.

Dice en primer lugar que le parece muy bien cuan-

to hemos escrito en el "Boletín" último contra las disposiciones referentes a la cátedra de Hidrología, el asalto a los altos cargos por los que aún llevan en el gabán el polvo de los bancos de las aulas, el atropello de la legislación vigente en beneficio del paniguado de turno, etc., etc.

Cualquiera supone, después de este cerrado aplauso, que nuestro comunicante estaba del todo conforme con nuestras campañas; pero he aquí que seguidamente nos hace responsables, de modo rotundo, de no comentar en dicho artículo la anomalía cometida con los médicos titulares en la provisión de las nuevas vacantes.

Lo que no nos dice es qué anomalía es ésta, y, en cambio, nos acusa de que hemos dicho que estaba terminado el escalafón y que en el número siguiente de decir esto aparecieron las vacantes sin salir el escalafón.

Vean nuestros lectores qué curiosa manera de discurrir. Mientras la prensa médica continuaba afirmando que las vacantes no aparecían, nuestro interés por este asunto quedaba demostrado en nuestra afirmación de que saldrían antes de cuarenta y ocho horas. Y acertamos, mientras los demás se equivocaban, por estar deficientemente enterados. Y aparecieron las vacantes en la *Gaceta* el día 4, y el día 9 en el primer número del periódico se publicaron completamente reproducidas.

Informamos también a nuestros lectores de que la Comisión encargada de redactar las bases para el nuevo escalafón había terminado su cometido y puesto a la firma del subsecretario la oportuna disposición. Lo afirmamos y lo mantenemos; si el escalafón no ha salido es porque humanamente no es posible. Pero la disposición se publicó en la *Gaceta* del día 9, el mismo día que nosotros publicamos las vacantes; luego no podíamos nosotros publicarla ese día; pero lo que ha dicho EL SIGLO MEDICO es cierto, y lo ha dicho antes que nadie, demostrando su interés y buena información. De manera que ya ven ustedes cómo paga el diablo a quien bien le sirve.

Continúa nuestro comunicante acusándonos de que se cubren las vacantes por un procedimiento raro, que no es el antiguo, ni con arreglo al nuevo Reglamen-

to, y esto le parece que está tan *cargado de humedad* como la cátedra de Hidrología. A esto contesta la *Gaceta*, puntualmente copiada por nosotros en EL SIGLO MÉDICO, y en donde consta cómo se han de cubrir las vacantes con arreglo a los artículos del Reglamento de 29 de septiembre de 1934, confirmado por decreto de 14 de junio último, etc., etc. Es decir, que nuestro indignado ex suscriptor no se ha enterado de nada, ni ha leído nada, ni sabe nada, y, en cambio, se lanza a afirmar que nuestro silencio en este asunto es prueba de que no somos más que políticos y que nos interesa más el *straperlo* y otras pequeñeces por el estilo. Ya que no le mandemos al juzgado de guardia, como se merece, por estas afirmaciones, nos permitimos, desde luego, despreciarle pública y profundamente.

Pero como queremos que la opinión médica esté bien enterada de todo, le diremos que otra de las grandes acusaciones de este buen señor es el que la dirección de EL SIGLO MÉDICO haya suprimido los artículos de la "Sección Profesional" del último número, para que pudieran aparecer las vacantes, como aparecieron, completamente. Es decir, que un esfuerzo y un trabajo duro para todo periodista, como es desmontar el ajuste de un periódico y hacerlo de nuevo para satisfacer un justo anhelo de los lectores, o de gran parte de ellos, hacia una actualidad palpitante, se juzga por este desdichado señor como una triquiñuela para los que han atropellado sus derechos (no sabemos cómo), y que con cierta intención lo habremos hecho así.

Pues aún añade este señor, que ignora que en las páginas de EL SIGLO MÉDICO se ha forjado toda la legislación sanitaria española y en ella se han defendido todas las justas aspiraciones de la clase desde hace cien años—¡cien años!—; a este señor le parece que ha hecho mucho pagando 75 pesetas, obteniendo por ellas la suscripción de tres años a EL SIGLO MÉDICO, más cuatro tomos de una obra que sólo ella vale 35 pesetas al que la quiera comprar hoy. ¿Qué les parece a ustedes? Claro que ustedes dirán que somos unos cándidos en dar importancia a ciertos escritos. No lo crean ustedes así; no somos cándidos; lo hacemos, y lo hacemos públicamente, porque estamos hartos de la enorme injusticia que se comete con la prensa profesional, y al defendernos nosotros, sacando a la pública vergüenza lo que es capaz de escribir un compañero desagradecido, por no tacharle de otra cosa, lo hacemos defendiendo a toda la prensa profesional, que no parece sino que la prensa médica es algo maravillosamente creado para servir ciegamente a todo el mundo y aguantar el despego, el desdén y la falta de ayuda económica de quienes tanto se benefician con ella.

La culpa es nuestra, de los periodistas, médicos, y más que de nadie de aquellos que, pudiendo vivir tranquila y holgadamente de la labor científica del periódico, mantienen columnas que hay que pagar a peso de oro, por sus gastos de imprenta y de papel, para defender intereses profesionales, que fueron siempre la medula espiritual de su programa, pero nunca la necesidad material de su prosperidad. Quienes ponemos al servicio de los compañeros el prestigio de nuestra Revista y el valor, grande o pequeño, de nuestras plumas, merecemos que no se nos dirijan cartas de este tono, y por eso, cuando las recibimos las exponemos a la opinión en general, para que ésta sepa qué género de cosas tenemos que aguantar los periodistas profesionales médicos.

DECIO CARLÁN.

El proyectado traslado de la Facultad de Medicina a la Ciudad Universitaria

POR EL

Dr. M. MARQUEZ
Decano de la Facultad

La ley de Restricciones, recientemente aprobada por las Cortes, y que ha sido, sin duda, dictada con la mejor intención, tiende, según se nos ha dicho, a suprimir tradicionales abusos, mereciendo en tal sentido nuestro aplauso; pero mal interpretada en ocasiones en la práctica, por ser desconocidas las verdaderas necesidades de ciertos Centros (refiriéndome yo ahora especialmente a la Facultad de Medicina), ha conducido a absurdos tan grandes como el de reducir las 120.000 pesetas consignadas para el sostenimiento de los locales de la Facultad a ¡18.000 pesetas!, es decir, a una reducción del 84 por 100; de lo que resultaría forzosamente, si esto no se remediase (que, afortunadamente, parece va camino de solucionarse), que nos veríamos obligados a cerrar la Facultad, pues basta con decir que una sola partida, la de electricidad, es ya de 20.389 pesetas, o sea mayor que la cifra total que se nos ha asignado, y que existen otras más, referentes a atenciones todas inexcusables, cuyo importe total rebasa las pesetas 100.000.

No comprendemos a quién haya podido ocurrírsele. Sólo hay una explicación, al parecer plausible, para la citada reducción del 84 por 100 (que no tiene igual en ninguna otra partida del Presupuesto), y es la que nos ha sido suministrada por un señor diputado que perteneció a la Comisión de Presupuestos, y parece deducirse de la Memoria presentada por el Ministerio de Instrucción pública, como proyecto de presupuesto del mismo, de la cual copio textualmente:

"La Enseñanza Superior—dice en la página 2 dicha Memoria—, que tiene en perspectiva unas instalaciones en edificios de proporciones gigantescas, *necesitará aumentos que en este Presupuesto no se consignan.*"

La explicación verbal que los Sres. Ministros de Instrucción pública añadían, era la de que, habiéndose de verificar en breve el traslado de la Facultad antigua, en donde todavía vivimos, a los nuevos Institutos, podría

suprimirse una cantidad de la gastada en la primera, pero a cambio de un presupuesto extraordinario que, desde luego, habría de ser considerablemente superior a la cifra suprimida, y que habría que consignar para que dicho traslado pudiera ser efectivo.

Ahora bien: nadie se ha ocupado todavía en consignar cantidad alguna con tal objeto, y, en cambio, se ha empezado por suprimir la mayor parte del crédito que existía, destinado a vegetar, más que a vivir, en el viejo caserón de San Carlos, en donde resulta poco menos que imposible continuar por más tiempo, pues tanto los profesores como los estudiantes y el personal, aparte de encontrarse estrechos, incómodos y mal instalados, se hallan en permanente malestar y peligro. Constantemente hay que estar repasando cornisas que se caen, tejados que filtran el agua de lluvia, paredes cuyos revocos se desconchan o que se agrietan, puertas y ventanas carcomidas, suelos que ceden, atarjeas laberínticas que se obstruyen y conducciones de agua, gas y electricidad en permanente amenaza de catástrofe. Para que todos, estudiantes y profesores, estén mai servidos, hay que gastarse mucho más que en conservar un edificio nuevo, sin que, a pesar de ello, dejen de ser inadecuados desde los laboratorios hasta las clínicas, algunas, como las de especialidades, que ni siquiera están instaladas por falta de local. Agréguese a esto, en lo referente al Hospital Clínico, el arrastrar ya su presupuesto desde años anteriores, un considerable déficit que conduce al hecho vergonzoso de tener que cerrar durante el verano las clínicas, con el fin de ahorrar estancias, agravado ahora por la disminución de 36.750 pesetas más, que ha obligado a la Dirección de Clínicas a suprimir temporalmente, con la justa protesta de los alumnos, que en este caso tienen razón, el 10 por 100 de su ya escaso número de camas. Hacen tan sólo excepción a este cuadro sombrío dos o tres salas operatorias, excelentemente instaladas y equipadas por otra parte, pero que por esto mismo habrá de constituir una lástima enorme que los gastos en ella hechos, que han sido absolutamente necesarios, no hayan de ser después apenas aprovechables al hacer el traslado que, por todo lo dicho, es verdaderamente urgente.

Mas éste no se puede ni se debe hacer a la ligera. Lo de menos es el acto material del traslado de los objetos, sino que allí no se puede ir sin tener la seguridad de que un minimum de necesidades habrán de ser atendidas. Allí hará falta, por ejemplo, más personal de todas clases, mucha más calefacción y luz, más instrumental..., etc., que en la vieja Facultad, y nada de esto se puede hacer sin un presupuesto de sostenimiento, que habría de ser, por el momento, calculado muy por lo bajo y en espera de que en años posteriores sea aumentado, de 1.300.000 pesetas, para el traslado de los tres primeros cursos de la carrera a los Institutos que constituyen la Facultad en su parte no clínica (que es la que va a hallarse ahora en disposición de ser trasladada), y en espera de que uno o dos años más tarde se pueda hacer también el traslado de los enfermos al nuevo y hermoso Hospital Clínico (cuyas obras avanzan rápidamente), para poder dar en él las enseñanzas de las clínicas médicas, quirúrgicas y de especialidades, para lo que habrá que consignar seguramente mucho más. Ha de acostumbrarse el Estado español a la idea de que estos Centros han de costarle mucho, aunque también han de estar convencidos todos de que se trata de gastos

enormemente reproductivos para el país, tanto por su utilidad, servicios de Beneficencia pública como por la enseñanza eficaz que en ellos recibirán los futuros médicos, del profesorado y del personal auxiliar, que sólo esperan que les den ocasiones y medios de trabajo para desplegar sus brillantes aptitudes. El sostenimiento decoroso de dichos Centros ha de hacerse por el prestigio que a nuestra patria ha de acarrear la afluencia, que ya se anuncia, de extranjeros, muy especialmente de hispanoamericanos, estudiantes y médicos jóvenes, que acudirán a los nuevos Institutos en busca de enseñanzas, contribuyendo esto más que toda clase de discursos, por elocuentes que sean, al hispanoamericanismo práctico, haciendo efectiva la aproximación espiritual y material con nuestro país de todas las naciones de habla española de más allá de los mares.

Las maravillosas instalaciones de la Ciudad Universitaria, las más suntuosas del mundo, van a ofrecer a los estudiosos los medios de poder seguir las lecciones de una pléyade de sabios eminentes en todas las ramas de la Ciencia y del Arte.

No es ésta la ocasión para describir en detalle los magníficos pabellones, verdaderos palacios, que constituyen la Ciudad Universitaria. Sólo diré que, diseminados por la gran área del magnífico parque llamado La Moncloa, en el lugar más bello de Madrid, con la incomparable Sierra del Guadarrama al frente, se encuentra esta serie de edificios grandiosos, que constituyen las diversas Facultades universitarias, unos ya en pleno funcionamiento, como los de Filosofía y Letras, otros algo más que en sus comienzos, cual en el de Ciencias, sus dos pabellones de Física y Química, y otros en preparación para la de Exactas y Naturales; otros, en fin, cual los ocho Institutos de las disciplinas fundamentales de la Facultad de Medicina (Anatomía, Fisiología, Farmacología, Higiene, Parasitología y Microbiología, Histología y Anatomía Patológica), que son precisamente los que están a punto de ser inaugurados. La Odontología tiene otro grandioso pabellón aparte, y la Facultad de Farmacia otro gran edificio, también casi acabado, y que forma "pendant" con el anterior, en la amplia plaza que encuadran los edificios destinados a Medicina, Farmacia y Odontología. Como a unos 700 metros de esta aglomeración de Institutos, encuéntrase en una altura, dominándolo todo, el magnífico Hospital Clínico, de nueve pisos, en el que podrán estar en breve plazo instaladas todas las disciplinas clínicas: Medicina, Cirugía y las diversas Especialidades.

La importancia de esta gran obra, a la par humanitaria y docente, está en que, dentro del brillante marco de sus espléndidos Institutos, habrán de desplegar sus actividades los ilustres profesores que constituyen el actual brillante Claustro de la Facultad de Madrid, que me honro en presidir, y que, sin exageración, puede decirse que no tiene nada que envidiar al más competente que en cualquier hospital del mundo pueda existir, ya que la mayor parte de sus miembros tienen fama mundial justamente adquirida, de hábiles operadores y médicos insignes y de sabios maestros, como lo demuestra el hecho de que muchos de ellos han formado escuela, que vienen a visitar de otros países muchos jóvenes médicos, deseosos de ampliar sus conocimientos.

Para los estudiantes y médicos hispanoamericanos sobre todo, la tarea será sumamente fácil y grata, pues, además de encontrar en nuestras clínicas y laboratorios

lo más moderno y lo más selecto del instrumental, manejado por un verdadero ejército docente de catedráticos, profesores auxiliares y agregados, prosectores, etc., como en los otros países, se encontrarán con la enorme facilidad del idioma—esta hermosa lengua que nos es común—, que es el mayor lazo de unión de la gran familia hispanoamericana, y que hace que, aun a través de los mares, nos sintamos unos, y que los americanos hispanos, entre nosotros, no puedan nunca considerarse, y nosotros jamás los consideraremos, como extraños, sino como verdaderos hermanos, por afectos, por tradición y por intereses comunes de raza.

En breve plazo, y previas las asistencias, que no han de faltarnos, del Gobierno, esperamos poder inaugurar oficialmente los Institutos, en cuya terminación trabajan millares de obreros, para llegar a dar cima a esta gran obra, que será, seguramente, la más trascendental que en el orden docente haya podido ser llevada a efecto por un pueblo que quiere de nuevo, con ansias de progreso, ocupar el lugar preeminente que ocupó en el mundo en aquellos tiempos del Renacimiento, en que a España y a sus gloriosas Universidades acudían, deseosas de saber, gentes de las más diversas partes de la tierra.

No quiero dejar de hacer aquí un llamamiento a los ricos de este mi querido país. Al visitar las Instituciones docentes y benéficas del Extranjero, llama poderosamente la atención el ver cómo muchas de ellas están sostenidas por la munificencia de las personas pudientes, que están convencidas de que el ser rico impone deberes para con la sociedad, dentro de la cual su riqueza ha sido adquirida. Hay un arte de saber ser ricos. El serlo no consiste tan sólo en gastar el dinero en lujos y diversiones, aunque unos y otras también sean lícitos y hasta necesarios, no sólo para los que los disfrutan, sino para la misma sociedad, a la cual las riquezas refluyen. Ser ricos es saber ser generosos con los Centros benéficos y culturales: crear becas para estudiantes pobres y aplicados; costear Bibliotecas; proteger el Arte, y, en lo que a nuestra Facultad más particularmente se refiere, sostener camas en los Hospitales para enfermos desvalidos, contribuir a instalaciones costosísimas, como, por ejemplo, de adquisición de radio para tratar el cáncer, o las de otra índole, que en ocasiones pueden ser aprovechados también por los pudientes, quienes, dicho sea de paso, no se desdénan en otros países en ser objeto de asistencia hospitalaria, más disciplinada y, por tanto, más eficaz que en los domicilios particulares; saber ser rico es proteger a los investigadores que se dedican a trabajos de alto interés científico, y para los que se necesita vocación y sacrificio, puesto que no son trabajos remuneradores, como lo son las actividades clínicas, por ejemplo. Saber ser ricos, haciéndose dignos de serlo, es interesarse por el progreso material e intelectual de su país, pues cuanto mayor sea éste, podrán más ellos mismos también encontrar ocasiones de acrecentar sus riquezas o ufanarse de que, gracias a ellas, el bienestar de los otros aumente. Saber ser rico, en fin, consiste en, lejos de encerrarse en su cáscara egoísta, lo que no suscita más que odios, servir altruistamente el interés de sus semejantes, independientemente de que sea o no por ellos agradecido, ya que, como decía nuestro Séneca, "la mayor recompensa de las buenas acciones es el placer que proporciona al que las realiza". No olvidemos tampoco que toda superioridad, tanto en el orden espiritual como en el material, no se perdona nunca por los que están en

un plano inferior más que a fuerza de un derroche de generosidad, poniéndose el sabio lo más cerca posible del nivel del ignorante, para que éste se crea igual a él, y distribuyendo el rico parte de sus riquezas superfluas entre los desprovistos de ellas.

Los ricos de España, creo firmemente que tienen también el deber de contribuir, como lo hacen los de otros países, al sostenimiento de las Instituciones Universitarias, para que no toda la carga caiga sobre el Estado, este Estado a quien todo se lo exigimos y al que egoístamente negamos o regateamos todo lo posible nuestro concurso pecuniario. Esto no quiere decir que el Estado deba, por otra parte, desentenderse de sus obligaciones. Hemos hecho una obra que ha costado millones y que será milenaria, y es un compromiso de honor para los Gobiernos dotarla y sostenerla decorosamente, y para esto, lejos de haber restricciones, éstas constituirían un ataque contra la cultura del país.

El Estado debe, además, conceder a la Universidad una razonable autonomía, para que sus iniciativas no se estrellen, como a menudo ocurre, con obstáculos burocráticos y administrativos que las inutilizan. Hay que señalar a los técnicos de la enseñanza y a los burócratas del Ministerio de Instrucción pública sus respectivas atribuciones, para que no sean rebasadas, en bien de la máxima eficacia de la cultura, a cuyo servicio deben hallarse unos y otros.

Los profesores, dándose cuenta de la dignidad y de la trascendencia de su misión, y constituyendo, afortunadamente, una clase cada vez más competente e ilustrada, pondrán todo su esfuerzo en elevar el nivel científico de nuestra patria. Y si hubiese alguno, que no lo espero, que flaqueara, no tendrá ya disculpa alguna cuando el Estado ponga a su disposición todos los medios necesarios, y habrá de transformarse o de desaparecer, autoeliminandose del Cuerpo social del que forma parte, y al que no sería digno de pertenecer.

Los escolares, en fin, cada vez más seleccionados, será de desear que nos vengan de los Institutos de Segunda enseñanza con una preparación más sólida que la que, desgraciadamente, traen, como acabam de demostrarlo los recientes exámenes de ingreso en la Universidad, y que cuando lleguen a la Facultad, no como niños y señoritos más o menos voluntariosos e indisciplinados, sino como hombres conscientes de que han de ser los ciudadanos del mañana, y en cuyas manos la patria pondrá sus futuros destinos, se dedicarán, yo lo espero, con entusiasmo al estudio, aprovechando todos los medios que se pondrán a su alcance y utilizando las enseñanzas de sus profesores. No seguirán los cursos sólo para aprobar y obtener un título, especie de papel mojado que de nada les servirá después, si no hay detrás de cada título un titulado digno de él, sino para saber y elevar cada vez más el nivel científico de su país.

Es preciso, además, que no sean egoístas ni tacaños, y que contribuyan por su parte con sus recursos a los gastos que ellos mismos ocasionan, pues, por su parte, el Estado también se preocupa de que un 25 ó 30 por 100 reciban matrículas gratuitas cuando sean a la vez pobres y aplicados, ya que cada una de estas dos condiciones aisladas no basta. El ser pobre, si no hay aplicación o aptitudes, quita eficacia al resultado y les hace perder el tiempo lastimosamente al querer dedicarse a una profesión para la que no sirven; y el ser aplicado sin ser pobre, les impone el deber de contribuir a los

dichos gastos, puesto que en beneficio de ellos mismos se hacen.

Es de esperar, en fin, que los estudiantes respetarán en todo momento los edificios, los objetos y los instrumentos de todo género, a costa de tantos sacrificios logrados, y que no se dará más el caso, que desgraciadamente se ha dado alguna vez, de hacer destrozos en los objetos, muebles, etc. Los que tal hiciesen no merecerían el nombre honroso de estudiantes, y el acto sería sencillamente bochornoso, deshonrando tanto al que lo cometiera como al que, por un mal entendido compañerismo, lo presenciara sin protestar. Yo recuerdo con emoción a este propósito el caso de un Instituto de Segunda enseñanza, cuyo director logró paternalmente de los jóvenes escolares que respetaran unos hermosos tientos que había hecho colocar en las galerías, y "cuya custodia —les dijo— quedaba confiada a la cultura y caballerosidad de los señores alumnos, a quienes pertenecían". No creo que será mucho pedir a los escolares, que en breve van a disfrutar, si el Gobierno nos facilita los medios, de la enseñanza en los hermosos Institutos de la Ciudad Universitaria, y estoy seguro de lograrlo, que sean ellos mismos los más celosos guardianes de las cosas que constituirán sus propios instrumentos de trabajo. Se ha dicho por los que desconocen la psicología del estudiante español y su nobleza de sentimientos, que habría falta crear un fondo de previsión (a expensas, naturalmente, de ellos mismos) contra posibles o probables roturas de cristales y de efectos. Yo confío en la cultura y en la sensatez de los escolares, y tengo la seguridad de que tal precaución será innecesaria, siendo, por el contrario, ellos los que primero habrían de oponerse a la idea insensata que alguien pudiera tener de profanar aquellos lugares con actos de salvajismo y de incultura.

Creo, en suma, que una vez facilitada por el Gobierno la posibilidad del traslado a los nuevos Institutos, profesores, alumnos y personal de todas clases sabrán estar a la altura de sus deberes.

Después de un año de silencio

Nuestra Sección de Vacantes

Durante varios meses las columnas de EL SIGLO MEDICO se han publicado sin la mejor de sus secciones, sin la más interesante de su literatura. Parece a todos los números como si EL SIGLO MEDICO viniese descolorido, borroso y fuese perdiendo poco a poco su carácter. Le faltaba la Sección de Vacantes, bolsa de trabajo de los médicos parados, el pan y el cocido de los médicos pobres, sección que con tanto esmero cuidaron nuestros antecesores de esta Revista desde hace ochenta y dos años.

En ella, el autor del presente artículo encontró su primera substitución allá por el año 1909, a las pocas horas de terminar su carrera, y en ella vió el anuncio de la primer plaza que desempeñó en propiedad en Chamarín de la Rosa. Pero no son estos los únicos recuerdos sentimentales que le debe a la Sección de Vacantes. En mis horas de angustia y de dolor, cuando escéptico ante el acoso de las envidias y de las miserias humanas he sentido el deseo de buscarme a mí mismo, han sido las letras de molde de EL SIGLO MEDICO las

que me han dado un bálsamo y una satisfacción al leer lugares, villas y aldeas donde podía refugiarme y seguir siendo médico. Como esos viajeros imaginarios que con la guía de ferrocarriles en la mano proyectan viajes y rutas de turismo, yo he escogido cuidadosamente, no uno, sino varios anuncios de las más raras titulares, para después no solicitarlas.

Vosotros, los médicos que nacisteis ricos por vuestra cuna, que sois hijos de personajes influyentes y que encontrasteis demasiado cómodo y fácil el camino de la vida, sonreiréis escépticos ante estas líneas, que os parecerán cursis, sensibleras y banales. Vosotros, con seguridad no habéis echado de menos durante estos catorce meses los anuncios de titulares, que en estas históricas páginas de la Medicina contemporánea aparecieron siempre sin interrupción.

En cambio, vosotros, la gran falange de las clases sanitarias (ya que la carrera de médico sólo excepcionalmente fué carrera de niños ricos), que sufristeis grandes apuros y preocupaciones antes de encontrar colocación, seguramente me comprenderéis.

Beneficioso e inevitable, como todas las transformaciones útiles, ha sido este año de silencio; pero se nos ocurre una pregunta: ¿cómo se las habrán arreglado todos los licenciados recién salidos de las aulas y todos los inadaptados o descontentos con el cargo que desempeñan al ver cerrados los horizontes de la esperanza?

Porque la gran cuestión de los anuncios de vacantes no radica en las realidades que proporciona, sino en las ilusiones que enciende.

Hace tiempo tenía yo amistad íntima con cierto colega, cuya mujer era un espíritu fino, delicado, espontáneamente inteligente, sin tener ninguna clase de estudios y, además, mujer de gran corazón. Reuníamos muchos días festivos las respectivas familias, pasando ratos de gran entretenimiento. Observé que aquella señora esperaba impaciente todos los domingos el *Blanco y Negro*, *La Esfera* (ya desaparecida) y *EL SIGLO MEDICO*.

Mi curiosidad impenitente me llevó a preguntarla por qué leía este último, si le interesaban las crónicas de Decio Carlán, o los trabajos de orden científico, o las reseñas de Academias.

"Sólo leo las vacantes—me contestó—. No puede usted figurarse la satisfacción que me produce recordar cada ocho días que si las puertas de la fama y de la clientela se le cerrasen en Madrid a mi marido, siempre tendríamos un rinconcito donde ganar lo suficiente para cubrir nuestras necesidades."

Por una de esas raras coincidencias del Destino, aquel compañero, que disfrutaba de regular fortuna y selecta clientela, perdió su capital durante la guerra europea, y habiendo visto disminuir sus enfermos ante el agobio de las sociedades y mutualidades se marchó a su pueblo, donde vive espléndidamente. La compañera de su vida encontró seguramente en estas mismas columnas el rinconcito pueblerino donde seguir la novela de su felicidad.

* * *

Albricias, pues, queridos amigos y lectores. El Negociado de Inspectores Municipales de Sanidad ha empezado a publicar vacantes. Ahora con garantías de que la justicia presidirá su adjudicación.

El Dr. Trujillano desde la Dirección de Sanidad hace durante unas horas el papel de Mecenas, y reparte entre los vencidos y los sintrabajo un tesoro de ilusiones y de alegría.

DR. J. ALVAREZ-SIERRA.

PRIMERO, LOS CIMIENTOS

En un periódico profesional se ha publicado un artículo en el cual se invita a los médicos a emitir su opinión. En dicho artículo, y bajo el enunciado "El Colegio de Huérfanos debe desaparecer", su autor aboga por la creación de un colegio para hijos de médicos, huérfanos o no. EL SIGLO MÉDICO, en su editorial del día 26 de octubre, trata de esta cuestión. Hoy, siguiendo nuestro deseo de aportar la opinión que en el comentado artículo se solicita, vamos a emitir la nuestra, tal y como es, sin vestiduras extrañas, sin corregir nuestras líneas, tal y como salen, tal y como son.

No conocemos, en verdad, sociedad, gremio o clase alguna que tenga organizado un colegio para los hijos de los que a sus afiliados pertenecen. Conocemos, y muchos, colegios para huérfanos, como fué creado y *ha de ser*, el de hijos huérfanos de médicos.

Un centro que recoja a los hijos sin padre, a los desamparados, cuyo progenitor fué un médico, a quien la muerte arrebató, dejando a los seres más amados sumidos en el dolor, en el luto y, a veces, en la miseria; un centro que supla, en la medida de la posibilidad humana, cuanto perdieron los niños huérfanos, al perder el padre; esto es: cariño, bondad, afecto, calor que no quema y conforta, protección que, sin ser paternal, se le parece mucho. Esto es lo que *debía ser* el Colegio de Huérfanos. Y una empresa de esta naturaleza precisa de hombres que, al poseer esas cualidades indispensables, logran plasmar en realidades los sentimientos humanitarios que en el fondo de casi todos los compañeros médicos está latente. Hombre extraordinario que sepa encauzar esos sentimientos, acierte a recoger los bellos frutos de tan excelente fondo moral; hombre que ha de ser el manantial inagotable de esos tesoros tan bellos y sublimes, como raros y difíciles de hallar. Estos hombres tampoco suelen prodigarse: que cada uno de los que surgen marcan una época de esplendor en estas beneméritas obras. Y, concretándonos a la que comentamos, hallamos solamente un hombre médico, y, en consecuencia, un compañero—antes que nada—del padre perdido, por los huerfanitos que adoraba, protegía y consolaba. Este hombre, de nevados cabellos y bondad ilimitada, a quien los huérfanos de médicos veneran hoy en su memoria con el recuerdo santo que es una santa reliquia en sus pechos agradecidos, a su segundo padre, al abuelito; hemos nombrado a D. Carlos Cortezo.

Hombres que, como éste, simbolizan la magna y caritativa empresa que hoy comentamos, no se encuentran con facilidad. Haga una prueba el autor del artículo. Requite la maravillosa lámpara de Aladino; el candil de Diógenes, en busca, como este último, de un hombre, y si le halla, lance el ¡eureka! de triunfo, porque contando con el hombre que encarna y llene ese símbolo, la obra es fácil de realizar. Pero sin hombre, no hay, ni puede haber, empresa cual ésta, que pueda realizar los elevados y meritorios fines para que son creadas.

El enchufismo es incompatible con la austeridad, amor y bondad ilimitados que son precisos para dirigir obras de esta naturaleza.

Esto, por lo que al Colegio de Huérfanos se refiere. Veamos ahora cuánto afecta a un colegio para todos los hijos de médicos, huérfanos o no huérfanos.

Para, con este caso, las poderosas razones sentimentales, si no anuladas, sí, al menos, quedan relegadas a un lugar muy secundario. Se trata de niños que tienen padres. Esto basta.

Acaso sea por esto por lo que en el referido artículo no se invocan estas razones, sino otras: las económicas. Estimamos que para un proyecto como este las dificultades serían mayores. No se trata de amparar a huérfanos sin protección, sino de, mancomunadamente entre todos los médicos, sostener un Colegio Nacional, donde fueran los hijos de los médicos, para lo cual sería necesario coincidir los siguientes factores: que el médico tenga hijos, que quiera llevarlos, que su estancia en el colegio sea satisfactoria desde todos los puntos de vista. Vamos a comentarlos.

Para el primer factor, resulta que los médicos solteros, los casados sin hijos, los viudos también sin hijos contribuirían a una obra que en nada les favorecía y que, por lo mismo, les sería indiferente. No se aduzcan razones de compañerismo o motivos de humanitarismo, porque ya decimos antes que estas razones están desechadas.

Segundo factor: Que el médico quiera llevar a sus hijos a ese colegio. Un médico que ejerza cerca de Madrid, a cuya capital vaya con frecuencia, verá en esto una solución, o, al menos, una ventaja para educar a sus hijos económica y satisfactoriamente. Los médicos con ejercicio en el medio rural, a quinientos o más kilómetros de Madrid, verían en ello un lujo superior a las fuerzas de sus bolsillos. Y podría darse, y se daría, el caso de que médicos que contribuyeran al sostenimiento del colegio, tuvieran sus hijos en un colegio próximo al pueblo donde ejercen, porque los gastos que sus frecuentes y obligados desplazamientos a Madrid compensarían las otras economías, si las había, a más de tener a sus hijos cerca de sí, que ya es motivo más que suficiente para que, si no todos, casi todos los médicos y sus respectivas mujeres optasen por los mayores sacrificios antes que tolerar se interpusieran tan enormes distancias entre ellos y sus hijos.

Tercer factor: La estancia en el colegio, si era o no satisfactoria. Si el director era laico, sería más que satisfactoria para los que compartían sus opiniones; si el director era católico, causaría el colegio la delicia de los que compartían sus creencias. Y así podríamos seguir planteando ejemplos. Cualquiera que fuere la orientación que al colegio se le diera, habría quienes se creerían ofendidos y sintieran hondamente indignados por lo que desde su puesto (la acera contraria) estimarían como un atropello y calificarían con los adjetivos más tremendos.

Y otra consideración que comprende a los tres factores: Sucedería que un médico, ejerciendo a unas leguas de Madrid, con buenos ingresos, se beneficiase del colegio, en tanto otro médico rural, de Galicia o Andalucía, Asturias o Levante, con la mitad de ingresos que él, contribuyera y no se beneficiase. Porque la cuota había de ser única, y esto sería conveniente para el médico



Jaquecas - Vértigos - Gripe!...

Sus Oídos silvan - Sus sienes son sudorosas
Golpes dolorosos agitan su frente

usted tiene fiebre

El modo eficaz de cortarla es el uso de las
CAPSULAS DE QUININA PELLETIER

LA QUININA PELLETIER CURA PORQUE ES PURA

De venta en todas las Farmacias

Alimento fisiológico completo

VINO DE VIAL

*Quina, carne,
lacto-fosfato de cal*



RIGUROSAMENTE DOSIFICA-
DO Y ASIMILABLE, REUNE
TODOS LOS PRINCIPIOS CA-
TIVOS DEL FOSFATO DE CAL,
DE LA QUINA Y DE LA CARNE

Es el reconstituyente más
enérgico en los casos de
desnutrición y de dismi-
nución de los fosfatos
cálcicos

De venta en todas las
farmacias

Depósito general para España:

D. Antonio Serra Pamies, S. A.
Apartado 26, REUS (Tarragona)

Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

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

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

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

FORMAS FARMACÉUTICAS :

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

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

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

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

Concesionarios Generales
para la Exportación:

Laboratoires
ANDRE GUERBET & Co.
22, rue du Landy
St 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, Farmacéutico, Las Palmas.

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

INTERESANTES NOVEDADES MÉDICAS

EDITORIAL MANUEL MARIN

PROVENZA, 273, BARCELONA

o su filial

MANUEL MARIN Y G. CAMPO, S. L.

MEJÍA LEQUERICA, 4, MADRID

KAHR: *Tratamiento conservador de las Enfermedades de la Mujer.*—Volumen en 4.º con X-264 páginas; encuadernado en tela: **Ptas. 15.**

BECHER: *Métodos clínico-químicos sencillos para el análisis de la orina y la sangre.*—Vol. en 8.º de XVI-196 páginas, ilustradas con siete figuras y encuadernado en tela: **Ptas. 10.**

BROWNE: *La Electroterapia Elemental y Práctica indispensable al médico.*—Vol. en 8.º de VIII-392 páginas ilustradas con 143 grabados. En rústica: **Ptas. 12.** Encuadernado, con planchas bicolor y rotulados en oro: **Ptas. 15.**

EITNER-KARPELIS: *Terapéutica Cosmética.*—Vol. en 8.º de 164 páginas a la rústica: **Ptas. 5.**

MARAÑÓN: *Estudios de Fisiopatología Sexual.*—Vol. en 4.º de 274 páginas con 21 figuras y encuadernado en tela y planchas especiales: **Ptas. 14.**

DARGALLO: *Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar por la Sanocrisina.* Vol. en 4.º de 320 páginas y encuadernado en tela y planchas especiales: **Ptas. 12.**

ZIEMANN: *Enfermedades de la Sangre.*—Vol. en 4.º de 192 páginas y 34 figuras. Encuadernación en tela y planchas especiales: **Ptas. 10.**

WOLFF-EISNER: *Recientes innovaciones en terapéutica experimental; Suero y Quimioterapia.*—Vol. en 4.º con VIII-224 páginas ilustradas con 48 grabados y encuadernación en tela: **Ptas. 12.**

MEISEN: *Varices y Hemorroides. Su nuevo tratamiento.*—Vol. de 150 páginas muy ilustradas y 8 láminas en color; encuadernado a la rústica: **Ptas. 10.**

VIDAL JORDANA: *Trastornos nutritivos del lactante.*—Vol. en 8.º con 374 páginas ilustradas con 31 grabados, severa encuadernación en tela y planchas especiales: **Ptas. 15.**

BAÑUELOS: *Patología y clínica del sistema neurovegetativo (Simpático y Parasimpático).*—2.^a Edición. Vol. en 8.º de 482 páginas y 16 figuras, algunas en color; encuadernado en tela y planchas especiales, con rotulados en oro: **Ptas 18.**

► Enriquezca su Biblioteca con estos notables autores ►

● Le serán utilísimos ●

de grandes y saneados ingresos, y no así para el de pocos ingresos y alejado de Madrid.

Para el del primer caso, las matemáticas serían concluyentes: "¿Hay 15.000 colegiados en España? Pues a duro mensual, son 15.000 duros mensuales para el sostenimiento del colegio." Pero, ¿y por qué habría de contribuir el que gane 6.000 pesetas como el que gane 12 o 20.000? ¿Y por qué ha de pagar lo mismo el que tuviera media docena de chicos en el colegio y el que no tuviera ninguno?

Comencemos por el principio, que es lo más sencillo y lo más práctico, cual es laborar por el pase al Estado con categorías personales en el escalafón. Con esto bastaría dedicar el tanto por ciento de la paga a atenciones profesionales. De esta forma, cada uno contribuiría con la cantidad correspondiente a su sueldo y, por consiguiente, todos en igual proporción. Conseguido el pase al Estado y categoría personal, todos los médicos, unidos, a demandar, respetuosa, pero enérgicamente, el cumplimiento de este principio: "Un médico para cada cargo; un cargo para cada médico."

ANGEL F. DOMÍNGUEZ.

SECCION OFICIAL

MINISTERIO DE TRABAJO, JUSTICIA Y SANIDAD

Ilmo. Sr.: La Orden ministerial de 26 de junio último dispone que por la Subsecretaría de Sanidad y Asistencia pública será designada una Comisión técnica que formule la propuesta correspondiente para el Escalafón definitivo del Cuerpo de Médicos de Asistencia pública domiciliaria, cuya designación tuvo lugar por Orden de la expresada Subsecretaría, de fecha 30 de julio del año actual, la cual eleva a este Departamento ministerial, para su aprobación, las bases que han de regir el Escalafón general del mencionado Cuerpo facultativo, así como los de categorías que establece el artículo primero del Reglamento de 29 de septiembre de 1934, confirmado por Decreto de 14 de junio último.

Este Ministerio, conformándose con las bases propuestas por la referida Comisión técnica, ha tenido a bien disponer su aprobación, y que sean publicadas en la *Gaceta de Madrid*, cuyo texto a continuación se inserta:

Base primera. En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo primero del Reglamento del Cuerpo de Médicos de Asistencia pública domiciliaria de 29 de septiembre de 1934, confirmado por Decreto de 14 de junio último, para aplicación de la ley de Coordinación de servicios sanitarios de 11 de julio de 1934, los individuos que figuran en el Escalafón del Cuerpo de Médicos titulares inspectores municipales de Sanidad que deseen pertenecer al nuevo Escalafón del Cuerpo de Médicos de Asistencia pública domiciliaria solicitarán de la Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia su inclusión en este último, por intermedio de la Asociación Oficial del expresado Cuerpo, durante el plazo de seis meses, a partir de la fecha de la publicación de la presente Orden en la *Gaceta de Madrid*.

Base segunda. Durante los tres primeros meses del plazo expresado en la base anterior podrán, asimismo, solicitar su inclusión en el nuevo Escalafón aquellos que, habiendo tenido reconocido este derecho por disposiciones anteriores a la Orden ministerial de 23 de abril de 1934, no figuraran en el del extinguido Cuerpo de Médi-

cos titulares inspectores municipales de Sanidad. Los comprendidos en este caso, cuya circunstancia acreditarán debidamente, acompañarán a su instancia, en la que se hará constar la fecha y número de su título de inspector municipal de Sanidad, la partida de nacimiento, legalizada, si el interesado no pertenece al distrito territorial de la capital de la República.

Serán igualmente incluidos en el Escalafón de que se trata los que acrediten debidamente la circunstancia de haber aprobado con anterioridad a la publicación de la presente Orden en la *Gaceta de Madrid* el cursillo que establece el Decreto de 16 de mayo de 1930 y Ordenes complementarias de 24 de octubre y 27 de noviembre de 1931, 24 de junio de 1932 y de 11 de abril de 1934, acreditando, asimismo, la de ser Licenciados en Medicina y Cirugía. Transcurrido el período de tres meses, que se cita, perderán todo derecho a su inclusión en el Escalafón aquellos médicos que, aun afectados por las disposiciones de referencia, no lo hubieren solicitado, siendo la única forma de ingreso en el Cuerpo y Escalafón correspondiente, desde la fecha de la terminación del período de tres meses expresado, por oposición, según lo establecido en la norma novena del artículo 13 del citado Reglamento de 29 de septiembre de 1934.

Base tercera. Todos los aspirantes a figurar en el nuevo Escalafón, tanto los que pertenecían al del extinguido Cuerpo de Inspectores municipales de Sanidad como los de nuevo ingreso en el de Médicos de Asistencia pública domiciliaria, según las normas establecidas en las bases anteriores, acompañarán a su solicitud certificación del Ayuntamiento respectivo en el que hayan desempeñado plaza en propiedad de médico titular inspector municipal de Sanidad, haciendo constar en aquélla la fecha de toma de posesión de la plaza, así como la del cese o su continuación en el cargo, en la fecha en que se expida la expresada certificación.

Base cuarta. Transcurridos los seis meses del plazo que determina la base primera, se reunirá el Comité ejecutivo de la Asociación Oficial del Cuerpo de Médicos de Asistencia pública domiciliaria, bajo la presidencia del Ilmo. Sr. Subdirector general de Sanidad, y, actuando de secretario, con voz y voto, el jefe del Negociado de Médicos de Asistencia pública domiciliaria, para proceder al examen y clasificación de las solicitudes recibidas, elevando a la Superioridad la propuesta correspondiente, para su aprobación.

Base quinta. El Escalafón de antigüedad se confeccionará conservando el mismo orden que tuvieron los solicitantes en el Escalafón del Cuerpo de Inspectores municipales de Sanidad, excluyendo las bajas producidas en el mismo, con arreglo a las disposiciones de la Orden ministerial de 23 de abril de 1934, y aquellos otros que, aun figurando en el Escalafón, no hubieren solicitado su inclusión en el del Cuerpo de Médicos de Asistencia pública domiciliaria, figurando los de nuevo ingreso en éste, con sujeción a lo dispuesto en la base segunda de la presente Orden, al final del mismo.

Base sexta. Los Escalafones de categorías se confeccionarán incluyendo a cada solicitante, tanto los que se hallen en activo, por desempeñar plaza en propiedad, como los que se encuentren en situación de excedencia, en el de la máxima categoría que hayan desempeñado en propiedad sin nota desfavorable de la misma, a juicio de la Comisión que determina la base cuarta, con arreglo al tiempo de servicios prestados en aquélla, cuyo extremo se acreditará con la certificación de la Corporación res-

pectiva a que se refieren las normas de la base primera de la presente Orden.

Los que no desempeñen plazas en propiedad, ni la hayan desempeñado nunca, figurarán al final del Escalafón de la quinta categoría, por el orden de su inclusión en el de antigüedad.

Los Escalafones, tanto el de antigüedad como los de categorías, serán rectificadas y publicadas en la *Gaceta de Madrid* cada cinco años.

Base séptima. Se considerarán en situación de excedencia voluntaria, con todos los derechos que establece el artículo 15 del Reglamento de 29 de septiembre de 1934, a aquellos médicos del Cuerpo a quienes hubiera sido concedida esta situación, por Corporación municipal competente, con anterioridad a la publicación del expresado Reglamento. El reingreso en una plaza de médico de Asistencia pública domiciliaria de la misma Corporación que hubiere concedido la excedencia voluntaria, en virtud del oportuno acuerdo, tendrá lugar con arreglo a las disposiciones que sirvieron de fundamento a la excedencia concedida.

El reingreso en una plaza de médico de Asistencia pública domiciliaria de otro Ayuntamiento de igual categoría que aquella en que se encontraba el interesado al serle concedida la excedencia voluntaria en virtud de acuerdo municipal, no podrá ser solicitado hasta después de transcurrido un año desde la fecha de la publicación de la presente Orden en la *Gaceta de Madrid*, computándose, a estos efectos, todo el tiempo transcurrido desde la fecha en que la excedencia fué concedida hasta la de la publicación de esta disposición en el referido periódico oficial, siempre que los interesados no hubiesen hecho uso del derecho a que se refiere lo dispuesto en el párrafo anterior.

Los individuos que, perteneciendo al Escalafón, no desempeñen plaza en propiedad en la fecha de publicación de la presente Orden en la *Gaceta de Madrid*, ni se encuentren en situación de excedencia concedida en forma reglamentaria, se denominarán en lo sucesivo aspirantes.

Base octava. Una vez publicado el Escalafón definitivo del Cuerpo de Médicos de Asistencia pública domiciliaria, tanto el de antigüedad como el de categorías, podrán los interesados formular reclamaciones en el plazo de dos meses, a contar de la fecha siguiente a la de su publicación en la *Gaceta de Madrid*, dirigiendo la oportuna instancia a la Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia, por conducto de la Jefatura provincial de Sanidad respectiva u organismo que haga sus veces, acompañando la documentación correspondiente acreditativa de los fundamentos que motivan la reclamación formulada.

(*Gaceta* del 9 de noviembre de 1935.)

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Esta Corporación, en Junta celebrada el día 24 de octubre de 1935, acordó anunciar en la *Gaceta de Madrid* la concesión de 10 socorros, de 250 pesetas cada uno, de la Fundación del Dr. Pérez de la Fanosa, con destino a médicos necesitados o a sus familias.

En la Secretaría de la Academia (Arrieta, 12), se facilitará gratuitamente a los interesados el impreso de instancia, en que, además, se detallan los documentos que deben acompañar en cada caso a la solicitud del socorro.

Las instancias recibidas y la documentación se entre-

garán en la Secretaría de la Academia, de once a una de la tarde, hasta el día 30 de noviembre inclusive.

La persona que haya obtenido anteriormente socorro de dicha Fundación no podrá solicitarlo de nuevo.

Madrid, 20 de octubre de 1935.—El secretario perpetuo, *Nicasio Mariscal y García*.

(*Gaceta* del 31 de octubre.)

GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 706,6; ídem mínima, 701,1; temperatura máxima, 11,4°; ídem mínima, 0,5°; vientos dominantes, SO. y O.

Las estomatitis, unidas a la agudización de neuralgias, especialmente del trigémino y de los dolores reumáticos crónicos, han sido las enfermedades dominantes esta semana.

Bronquitis en los niños, pero de carácter benigno.

CRONICAS

Homenaje a D. Primitivo Orúe.—Nuestro muy querido amigo y compañero, el médico titular de Motrico, D. Primitivo Orúe y Estella ha sido objeto de un justo homenaje por sus coterráneos. El Dr. Orúe mereció el año 1909, que se le concediera por el Gobierno la Cruz de Beneficencia con distintivo blanco y negro. El Ayuntamiento de Vitoria, al saber hace unos meses que el Dr. Orúe se encontraba enfermo y aún no había podido adquirir las insignias de la Cruz, organizó una suscripción, que resultó muy nutrida, y en un acto público, al que se adherieron las Autoridades y los Colegios de Médicos de Guipúzcoa, Alava y Logroño, Ayuntamientos de Vitoria, Enciso, Lavastida, El Ciego, Motrico y Escoriaza, se impusieron las insignias a nuestro ilustre compañero y se acordó perpetuar su memoria colocando una lápida en la casa donde naciera el Dr. Orúe el 27 de noviembre de 1871, sita en la calle Cerrera, en Vitoria.

EL SIGLO MEDICO se adhiere de corazón al testimonio de aplauso y simpatía que merece de todos los compañeros el Dr. D. Primitivo Orúe.

Los tratamientos del dolor... Vean el prospecto que así comienza, de la Casa Manuel Marín y G. Campo, que adjuntamos en este número.

Si desea usted tomar parte en las oposiciones para Médicos de Asistencia pública domiciliaria, no dude en dirigirse a nosotros para todo aquello que necesite de documentación, presentación de documentos, etc.

Enviar correspondencia: D. Manuel Blázquez. **Sección de Consultas y Servicios anejos,** y será usted servido inmediatamente.

La lámpara de Rayos X Centralix.—La verdadera fuente de la radiación es un aparato de Rayos X... Vean el prospecto adjunto de la Casa Röntgenmüller.

Hemos recibido una copia avanzada de "La Sangría Incruenta", vol. VIII, núm. 3, que se está enviando a todos los médicos de España.

La pequeña revista que publica The Denver Chemical Manufacturing Company, de Nueva York, viene llena de artículos interesantes escritos por médicos de diferentes países, proponiéndose familiarizar a médicos con la Antiphlogistine.

Solicite de The Denver Chemical Mfg. Company, de Nueva York, para poner su nombre en sus listas, un ejemplar.

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

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

BARACHOL

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

LABORATORIOS FAUS — VILAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)

AGUAS MINERALES NATURALES
DE

CARABANÑA

«LA FAVORITA»

PURGANTES ~ DEPURATIVAS ~ ANTIBILIOSAS ~ ANTIHERPETICAS

PROPIETARIOS: HIJOS DE R. J. CHAVARRI

== MADRID ==



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

CATARROS BIFOSFOTIOL TOSSES

SOLUCION ARSENIO FOSFORADA CON TIOL

Se obtienen resultados positivos y rápidos con este preparado en las afecciones pulmonares, catarrros bronquiales y gripales, desgaste orgánico, escrofulismo e inapetencias

PAN INTEGRAL INSOJA

ESTREÑIMIENTO ♦ COLITIS ♦ ECZEMAS

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

Panificadora de Usera

Francisco Mora, núm. 40
Teléfono 74548 - MADRID

¡DIABÉTICOS! ¡NATURISTAS! Pedirlo en Panaderías y establecimientos de régimen.

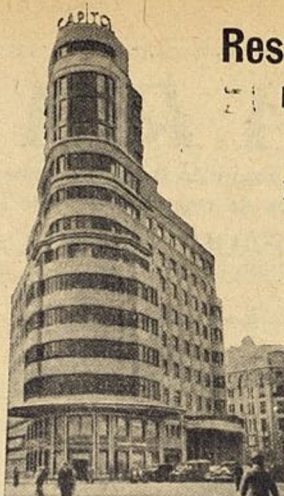
DEPÓSITOS CENTRALES: Mantequerías Rodríguez. La Suiza, Cruz, 26; Tintoreros, 4.

Grandes Almacenes y Bazares Médicos LA ESTRELLA ROJA Hijos de DOMINGO QUERALTÓ

INSTRUMENTOS DE CIRUGÍA : MOBILIARIO
CLÍNICO : ALGODONES : GASAS : VENDAS
ESTERILIZADOS : BRAGUEROS : FAJAS
MATERIAL PARA LABORATORIOS Y FARMACIAS : FACILIDADES EN EL PAGO

SEVILLA
Pi y Margall, 9

MADRID
Fuencarral, 39



Restaurant CAPITOL

Dirección: PABLO KESSLER

Gran carta "Capitol"

Especialidades españolas
y extranjeras.

Carta para todas las
posibilidades.

Cubierto, 10 y 12 ptas.

Consulten precios para
bodas y banquetes.

Teléfono 20386

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

CANFORETIL B. MARTIN

(Nombre registrado)

(Solución etéreo-oleosa de alcanfor puro del Japón)
En ampollas de 0,10, 0,20, 0,40, 0,50 y un gramo
de alcanfor puro

Nuevos libros del Dr. Valdés Lambea

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

Percusión y auscultación del aparato respiratorio

(Seis lecciones elementales)

8 PESETAS

Terapéutica fundamental de la Tuberculosis

(Lecciones para médicos generales y estudiantes)

10 PESETAS

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

HIGIENE DE LOS OJOS



OFTALMOL

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

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

EL FRASCO LLEVA UNA BANERITA

Com.: Cía. hidrargvr., 0,02 gr.—Ac. carbazot, 0,01 gr.—Sal. seda.

Homborg, 6 gr.—S. Clorenalina, XX gotas.—Ag. bidestilada, 300 gr.

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

Aguas Minero-Medicinales de MARMOLEJO

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

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

Abierto al público desde 1.º de abril al 30 de noviembre
Estación de ferrocarril a siete horas de Madrid y
cuatro de Sevilla.

GRAN HOTEL BALNEARIO . Todo confort

Venta de agua embotellada en todas las farmacias

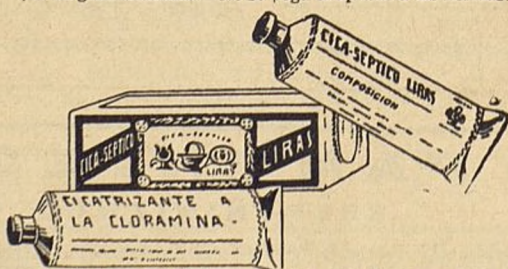
Pedidos de botellas e informes al señor Gerente, en

MARMOLEJO (Jaén)

Calle Calvario, 101 - Teléfono 9

CICA-SEPTICO LIRAS

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



CICATRIZANTE A LA CLORAMINA

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

resante. Es relativamente escaso el número de histerotraumatismos oculares de guerra que registra la literatura de la especialidad. Y en este caso, la amaurosis era completa y absoluta, llegando, incluso, a la parálisis pupilar, parálisis que, en mi modesto juicio, no es atribuible a la falta de percepción, puesto que en este enfermo, orgánicamente no existe tal falta. Por tanto, se trataría de una verdadera parálisis histérica de esfínter iridiano. Habremos, por tanto, de tener en cuenta esta posibilidad en los casos de trastornos histéricos visuales.

También es notable el rápido y beneficioso efecto del tratamiento clásico a base de aislamiento y medios sugestivos, que, hoy por hoy, sigue siendo el insubstituible en esta clase de afecciones.

Eloy Gago Núñez. Ingresó el 15 de noviembre. Cuenta que en un vuelco de camión recibió un golpe en la cabeza, y a los pocos días comenzó a

la diplopia mejoraba hasta casi desaparecer. Este ensayo era muy interesante, pues en casi todos los tratados de Oftalmología se encuentra la afirmación de que el ptosis de estos enfermos es intangible, por representar un beneficio, puesto que anula la diplopsia paralítica. Podemos ver que

CARABAÑA: el mejor purgante

esta afirmación merece ser revisada, pues no es el primer caso en que el Dr. Renedo ha conseguido, operando el ptosis y el estrabismo, devolver su visión normal a esta clase de pacientes.

Al que nos ocupa se le retiró el agrafe del plegamiento muscular y marchó con permiso, quedando su tratamiento pendiente de la mejoría que pueda experimentar en un par de meses.

Miguel Mula Hernández. En el asalto a la fábrica de Trubia, recibió un balazo en la cara.

El orificio de entrada está situado en la región geniana izquierda: el de salida, a ocho milímetros del conducto auditivo derecho. La radiografía no muestra detalle alguno que pueda orientarnos sobre el trayecto del proyectil.

El enfermo presenta, aparte de su lesión traumática, una otitis media supurada en el lado izquierdo y unos mamelesanos saniosos—en probable relación con otra lesión análoga—en el conducto auditivo derecho.

Parálisis del facial derecho, más acentuada en ramas superiores.

Pérdida de sensibilidad térmica, táctil y dolorosa en toda la región correspondiente al oftálmico derecho y en la fosa nasal derecha; anosmia de igual lado.

El ojo derecho, sin fotofobia ni lagrimeo, presenta una vascularización periquerática, pérdida de sensibilidad corneal y una extensa úlcera corneal, que apenas deja libres dos milímetros de epitelio paralímbico. En el interior de esta zona ulcerada aparecen cinco o seis depresiones irregulares, de forma alargada, en cuyos extremos hay dos o tres pequeñas vesículas. Las capas anteriores del parénquima, turbias e infiltradas, sobre todo en la mitad inferior.

Aislada la córnea del aire mediante un protector de celuloide no inflamable y aplicada la cura de rigor en estos casos, comienza la epitelización, que avanza con rapidez y deja una zona central de unos dos milímetros, que tarda un mes en cicatrizar.

En la actualidad ha quedado una

STROPHANTHUM PALLARES

Valoración biológica:
Un cc. contiene 2 1/2 miligramos de Estrofantina

opacidad difusa que ocupa los 3/4 inferiores de córnea, y cuya intensidad disminuye de arriba abajo. Se inicia la reaparición de sensibilidad corneal, y la anestesia en el territorio del oftálmico no es tan pronunciada. La parálisis de facial superior no es tan pronunciada, subsistiendo una ligera desviación de labios. La agudeza visual, que quedaba reducida a la percepción de grandes bultos delante del ojo, es hoy de un tercio.

Trátase, evidentemente, de una queratitis neuroparalítica, cuya probable causa es una herida de nervio oftálmico antes de su llegada a hendidura esfenoidal. Sin embargo, el hecho de que la sensibilidad se vaya recuperando, hace pensar que el nervio no ha sido destruido, sino que más bien haya sido comprimido por una hemorragia que se va reabsorbiendo, o bien—más improbable—que haya sido fuertemente conmocionado. Los fenómenos nasales, por su parte, inclinan a admitir

JARABE ALMERA

A BASE DE FOSFATO DE CAL GELATINOSO, EL MAS ASIMILABLE

una lesión de ganglio esfenopaladino o de alguna de sus ramas aferentes.

La paresia facial se debe, probablemente, a lesiones de oído derecho, semejantes a la del izquierdo, siendo de notar que en estos días ha sido preciso practicarle una radical en este último.

Milagros Panadero Cano. Ingresó el 4 de noviembre. Este herido lo fué en Oviedo, y evacuado a Gijón a los dos días. En el tercero se le practicó la extracción de un voluminoso cuerpo extraño metálico (bronce: fragmento de cápsula de un proyectil), enclavado en cámara anterior, y se le hizo recubrimiento conjuntival. Con el tratamiento local correspondiente y proteínoterapia fué trasladado a Madrid diez días después de la intervención.

Al ingresar en la clínica presenta:

Ojo izquierdo, normal.

Ojo derecho, herida penetrante de cámara anterior. Recubrimiento conjuntival. Gran tumefacción palpebral, que casi le impide en absoluto entreabrir el ojo. Fotofobia, epífora, intensa iridociclitis tórpida con tendencia a seclusión pupilar, cámara anterior profunda. Infiltración cúprica de iris y cristalino. Miosis que resiste a la atropina. Hay percepción luminosa. Radiografía negativa en cuanto a la existencia de cuerpos extraños.

En vista de la tendencia simpaticizante de la iridociclitis de este ojo, se le aconseja la enucleación, que el enfermo no acepta, por lo cual se le trata por medriáticos, adrenalina, proteínas, etc. El ojo empeora de día en día, y, por fin, el enfermo se decide a aceptar la intervención, siendo enucleado el 19 de noviembre.

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

desviar el ojo izquierdo, a notar la caída del párpado del mismo lado y a ver doble. Presenta:

Ojo derecho, normal.

Ojo izquierdo: ptosis palpebral. Ojo en divergencia. Medios transparentes en orden. Pupila en midriasis moderada. No existe reflejo a la luz ni a la convergencia. Reflejo consensual nulo en este ojo y normal en el ojo derecho. Fondo normal. Agudeza visual = 3/5. Oftalmometría 90 = 1,75. Esquiascopia más 1 cil. a 90° E. Para visión lejana no admite cristales.

Visión cercana. Jg. núm. 6 p. p. 22 cm. Con más de 2,5 a 90° = Jg. 1 p. p. 21 cm.

La diplopia es cruzada, con la falsa imagen más alta que la verdadera e inclinada ligeramente a la izquierda. La separación se acentúa al mirar el enfermo hacia la derecha.

El diagnóstico es indudable. Se trata de una parálisis de motor ocular común izquierdo. En cambio, la etiología es muy oscura—traumática desde luego, claro es—, puesto que no sabemos en qué punto del nervio radica la lesión ni de qué naturaleza es ésta. La radiografía no muestra nada anormal. Nos inclinamos a creer que se trata de alguna pequeña lesión hemorrágica.

En cuanto al tratamiento de este enfermo no se ha establecido en definitiva, porque el sujeto presentaba marcada tendencia a mejorar. (Y de ahí la sospecha de lesión hemorrágica más que nerviosa.) Se le hizo una aplicación de myocampter como operación de ensayo, con el fin de notar el efecto de la corrección estrábica. Y, en efec-

Y ahora empieza lo extraordinario del caso. El 1.º de enero, es decir, después de seis semanas de enucleación, el enfermo se queja de ver mal del ojo que le resta, en el cual se le presenta una iritis con precipitados en la Descemet, abundantes células y fibrina en cámara anterior... En fin, con todo el cuadro clínico de una oftalmía simpática. En este sentido está recibiendo tratamiento actualmente, a base de medirásicos, adrenalina, calor húmedo, neosalvarsán y salicilatos. Afortunadamente, el curso de su nueva dolencia no parece anunciar un desenlace fatal para el ojo; pero todavía estamos, desgraciadamente, muy lejos de poder sentar pronóstico alguno.

Por varios conceptos es interesantísimo este herido. En primer lugar, llama la atención el curso radicalmente distinto de este caso de cuerpo extraño con el de Luis Martín. En este último vemos un cuerpo extraño intraocular indefinidamente tolerado sin reacción maligna de ninguna clase. En cambio, en Milagros Panadero, un cuerpo rápidamente extraído da lugar a toda la catástrofe que acabamos de describir. Esto viene a confirmar, una vez más, la buena tolerancia ocular al plomo, en contraposición con las terribles consecuencias de los cuerpos extraños de hierro y cobre.

Pero lo más notable del caso que nos ocupa es la aparición de la oftalmía simpática a las seis semanas de enucleado el ojo simpatizante, hecho que está en contraposición con las afirmaciones clásicas de que esta afección aparece rarísimamente después de la extirpación del primer ojo, y, terminantemente, en ningún caso luego de dos semanas de practicada dicha intervención. No vacilamos en calificar de "mundial" el interés de la historia clínica que acabo de exponer, y perdónese no me extiende más sobre este sujeto, en gracia a que, probable-

Jarabe Bebé.-Telradinamo.-Septicemio.-Purgantil (Jarabe de Frutas)
(Véase anuncio, página XX.)

mente, tratarán de él plumas más autorizadas que la mía.

En cuanto a las consecuencias medicomilitares que se desprenden del total de los casos tratados, no pueden ser más claras y terminantes, tanto, que podemos reducirlas a dos puntos indiscutibles.

1.º Necesidad de intervención rápida. En lo referente a este extremo —y como dice muy acertadamente mi maestro, el Dr. Renedo—, el herido de ojos puede compararse al de abdomen, y, como él, necesita ser operado en las primeras horas que sigan a su traumatismo. De esta rapidez dependen la vida de uno o la vista del otro, y sin pretender establecer comparaciones, que están fuera de lugar,

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

piénsese por un momento cuál es el porvenir físico y moral del ciego.

2.º Necesidad de hospitalización rápida y ADECUADA. Es decir, necesidad de dependencias hospitalarias especiales, dotadas de medios adecuados, de personal especializado y de cuartos de aislamiento en condiciones "ad hoc". Dependencias—claro es—agregadas a los hospitales de primera línea y en que, A SER POSIBLE, no entren sino enfermos de ojos, médicos oculistas y auxiliares muy peritos en la especialidad.

El herido de ojos, en el 90 por 100 de los casos, ha de pasar por un período de ceguera—por lesión o por vendaje—, y seguramente que quienes me leen no necesitan la exposición detallada de la influencia que el ambiente ejerce en la curación de los heridos, ni del "plan moral" de un ciego—que, una vez encamado, sólo por el oído puede formar juicio del mundo que le rodea—en una sala general y entre heridos más o menos graves que se quejan de todo y que no suelen formar el concierto más adecuado para no caer en el pesimismo absoluto. Además, nuestros heridos—a pesar de su ceguera, y no es paradoja—suelen necesitar condiciones de luz que se hallan en toda la gama que va de la obscuridad absoluta a la iluminación más espléndida, y es evidente que en una sala general es difícil poder proporcionarles la luz adecuada a sus particulares necesidades.

Estas dos conclusiones se condensan en una sola: NECESIDAD IMPRESCINDIBLE DEL EQUIPO OFTALMICO EN EL EJERCITO EN OPERACIONES.

Y, para terminar, pasemos a las consecuencias que se deducen de cuantos puntos hemos examinado en el curso de estas mal pergeñadas líneas. Desgraciadamente, no son nada consoladoras, y pueden sintetizarse en la siguiente:

EL SERVICIO OFTALMICO EN NUESTRO EJERCITO ES COMPLETAMENTE INADECUADO A SUS NECESIDADES, Y ELLO NO SOLO EN GUERRA, SINO TAMBIEN EN LA PAZ.

Sería superfluo intentar demostrar siquiera la importancia del sentido visual. Hoy por hoy, en un país que atraviese por la desgracia de una guerra, se encuentra aplicación a la actividad de todos los ciudadanos, menos de los ciegos. Incluso los mutilados son capaces de rendir servicio útil en multitud de trabajos auxiliares, tanto en el frente como en la zona del interior. El ciego, tan sólo des-

pués de una larga y difícil reeducación, sería capaz de rendir alguna utilidad, y tan sólo en limitadísimos casos. Y hoy, en que los pueblos más belicosos o mejor preparados a las eventualidades guerreras se preocupan de la mujer y del niño como futuros combatientes o auxiliares, es obvio hablar de la necesidad de disponer el mayor número posible de soldados útiles para todo. Esto considerando el problema tan sólo desde el punto de vista del egoísmo guerrero. Si como médicos lo consideramos más generosamente, ¿quién piensa siquiera que los heridos oculares no tengan todos los derechos a exigir que se conserve su función visual y no únicamente a que se les salve la vida?

Y aun reconociendo que el nivel cultural de nuestros médicos es muy elevado y que cualquiera de ellos es capaz de atender gran número de las eventualidades de una especialidad (afirmación brillantemente confirmada en los casos que nos ocupan), es evidente que la Oftalmología presenta problemas de la exclusiva competencia de especialistas. Y ello no sólo en lo referente a la traumatología, sino también en las eventualidades de la vida militar en la paz. Piénsese en los problemas de inutilidades por defecto de refracción o por escasa agudeza visual, debida a las lesiones coroidoretinales, y en los delicadísimos diagnósticos de simulación (que probablemente se multiplicarían en caso de guerra, pues ya es antigua la busca del "refugio en la enfermedad") y se verá que, por muy buena voluntad, extensa cultura y tenaz trabajo que el médico no especializado ponga al servicio de su misión, habrá de estrellarse en múltiples obstáculos.

El contraste entre la necesidad de Equipos Oftálmicos y su carencia es tanto más dolorosa si se considera que la Sanidad Militar dispone de un escogido plantel de especialistas, que

S A R N A
Cúrase con **SULFURETO CABALLERO**

aumenta cada año, gracias a los cursos para diplomados, y que, por falta de organización, quedan relegados a ser médicos generales en hospitales o unidades, sin que el Estado, que gastó dinero en conseguir su especialización, pueda obtener ninguna utilidad de ella.

No es a mí, ciertamente, a quien corresponde señalar el remedio de tal absurda situación, amén de que dichos remedios han sido propuestos por quien mejor podía hacerlo. Cerraré, por tanto, este trabajo y me daré por harto satisfecho si he conseguido no aburrir a nadie y llevar al ánimo de algunos la convicción de las necesidades que expongo.

(De la Revista de Sanidad Militar.)

Lo primero que hemos de exigir es una rigurosa preparación de las vacunas, siendo condiciones indispensables: 1.^a, que no contengan gérmenes vivos, ni aun siquiera con virulencia atenuada, por el peligro que se corre de que una causa accidental cualquiera exacerbara aquella virulencia disminuída y provocase una catástrofe; 2.^a, que los gérmenes que sirven para preparar la vacuna sean, no sólo de la misma especie, sino también de la misma raza y variedad que el germen productor de la epidemia que queremos prevenir; 3.^a, una rigurosa y exacta dosificación del número de gérmenes contenidos en un c. c.; y 4.^a, que su aplicación sea lo más fácil posible y produzca el menor número de molestias y reacciones a los individuos que han de vacunarse.

Vacuno-profilaxia contra la viruela.—La vacunación antivariólica se encuentra hoy día impuesta y reglamentada en casi todos los países europeos y americanos. Gracias a ella la viruela se ha desterrado casi por completo de Europa, y sólo quedan hoy día grandes focos de ella en Rusia, en los países balcánicos y en Inglaterra. Se impone en el primer año de la vida del individuo, y en algunos países en los primeros seis meses, debiendo renovarse hacia los ocho o diez años. Conviene además vacunar siempre que el individuo vaya a ingresar en una colectividad muy numerosa (ejército, marina), siempre que se presenten casos de viruela en la localidad donde se resida, y en circunstancias extraordinarias, sobre todo en guerra, en las que los riesgos de contagio pueden presentarse brusca e inesperadamente. Se practica haciendo ligeras escarificaciones superficiales en la piel, sin llegar al der-

pues la inoculó a malhechores y a niños expósitos, todos los que quedaron inmunizados, y, por último, en 1722, logró que se inoculara viruela a niños de la familia real, con lo que el método quedó sancionado. Pasó después a Ginebra en 1749, y Voltaire fué su mejor propagandista. A pesar de los riesgos que corría el inoculado, pues no sólo se dieron algunos casos de viruelas graves, sino que también se transmitieron algunas otras enfermedades, por ejemplo, sífilis, aquello significó un verdadero progreso. El descubrimiento de Jenner, que a fines del mismo siglo demostró que los que padecían viruela de la vaca no padecían después la del hombre, significó un avance extraordinario en la historia de la inmunización. Más tarde, Pasteur, al crear y sentar los principios de la moderna bacteriología, comprobó de un modo científico que la inoculación al hombre o a los animales de los gérmenes productores de una enfermedad, a los que se les hacía perder la virulencia por diversos procedimientos—envejecimiento de cultivos, calor, adición de antisépticos, etc.—les preservaba de padecerla; estos gérmenes atenuados en su virulencia constituían verdaderas vacunas. Así se prepararon y utilizaron vacunas contra el carbunco, contra el cólera de las gallinas, contra la rabia, contra el cólera y contra otra porción de enfermedades.

La concepción moderna de la inmunidad se funda en lo siguiente: toda substancia albuminoidea, o mejor aún, coloidal, y los productos más elevados de la descomposición de los albuminoides, puesta en contacto con las células del organismo e incapaz de atravesar sus membranas, provoca en ellas la formación de an-

ticuerpos. Las sustancias coloidales así introducidas en el organismo reciben el nombre de antígenos. Los anticuerpos, cuya formación provocan los gérmenes y sus secreciones, son de distinta naturaleza, y tienen propiedades muy diversas, y con arreglo a ellas han recibido diversos nombres: antitoxinas, aglutininas, precipitinas, bacteriolisinas, citolisinas, etc. Las células dejan pasar a la sangre todos o parte de los anticuerpos que forman, manifestándose estos anticuerpos en la sangre por diversos métodos y reacciones.

Cuando ha desaparecido el antígeno, la célula queda profundamente modificada, y tan pronto como vuelve a ponerse en contacto con aquél reacciona en forma distinta, no en lo esencial, sino en dos cualidades accidentales: la cantidad de anticuerpos que produce y la rapidez con que lo hace, ambas mucho mayores que la vez primera. Mientras las células del organismo conservan esta memoria del antígeno y reaccionan más pronto y más eficazmente contra él, existe la inmunidad; cuando las células han perdido esta memoria, y ante un nuevo contacto con el antígeno reaccionan poco más o menos como la vez primera, se dice que ha desaparecido la inmunidad.

Ciertos antígenos, como los virus de las fiebres eruptivas y de otras enfermedades, dejan tras sí una inmunidad duradera. Otros, como los de la erisipela, el forúnculo, la pulmonía, la gripe, etc., sólo dejan una inmunidad limitada y de corta duración.

La inmunidad pasiva, o sea la que se confiere al individuo mediante la inoculación de sangre o suero de otros seres inmunizados activamente, dura muy poco y se pierde tan pronto como las subsancias inmuni-

zantes extrañas han sido eliminadas o destruidas por el organismo.

Se comprende el interés en obtener vacunas que inmunicen al organismo contra aquellas infecciones más temibles y que más pueden atacarle en un momento dado, y los esfuerzos cada vez mayores para obtener estas vacunas. No ha sido posible todavía conseguir inmunidades activas que perduren toda la vida con la inoculación de vacunas: mientras la viruela sólo se padece una vez, la vacuna antivariólica sólo presta inmunidad en su primera inoculación por unos siete a diez años, siendo forzoso el repetirla; asimismo, la tifoidea que deja tras sí inmunidad permanente, sólo se evita por un corto período de tiempo, no superior a tres o cuatro años, y quizá ni a dos, cuando se hace una vacunación antitifoidea. Esto limita mucho el valor de las vacunas y demuestra de paso que en las infecciones naturales los fenómenos son un poco más complicados que cuando se inoculara una vacuna. Mas como unas veces tenemos medios para evitar el que los gérmenes infecciosos llegen hasta nosotros (tifoidea) y en otras se trata de epidemias que sólo aparecen de tiempo en tiempo, las vacunas se reservan para aquellos períodos en los que los riesgos de contagio son mayores o para cuando aparece una epidemia.

En general, debe decirse que las vacunas han de ser introducidas en el organismo por vía parenteral; sólo así son eficaces, pues el contacto con los jugos digestivos las destruye de un modo casi constante. Tan sólo hay dos excepciones: la vacunación antitifoidea por vía oral y la vacunación, o pretendida vacunación, contra la tuberculosis en los niños recién nacidos.

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-Frías del Río o Laboratorio Sáiz de Carlos, Serrano, 30-MADRID

*Tratado
práctico de
etiqueta y
distinción
social*

4 PESETAS
EJEMPLAR

Pedidos al
Apartado 121
M A D R I D

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.

¿Viene usted a Madrid?

Hospédese

Hotel Los Leones de Oro

(entre Puerta del Sol y Gran Vía)

Calefacción :: Baños

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

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.

Indicaciones del FORCEPS y técnica operatoria del mismo

Por el Dr. A. PONS

4 PESETAS EJEMPLAR

PEDIDOS AL APARTADO 121. MADRID

DE LA GOTA

III TRATAMIENTO MODERNO
 POR LA TERAPÉUTICA DEL ESTÍMULO

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

Un tomo cuidadosamente editado, práctico y necesario.

5 PESETAS EJEMPLAR.

Haga su pedido al

APARTADO 121 ○ MADRID

EL MEJOR LIBRO DEL ILUSTRE DOCTOR

Don MANUEL MARTIN SALAZAR

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

ES SU OBRA SOBRE HIGIENE

INMUNIDAD

(Con un folleto del Dr. Marañón)

20 pesetas ejemplar, libre de gastos

Pedidos al Apartado 121 - Madrid

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, I. URIACH Y C.^A, S. A.—Barcelona.

Tetradinamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

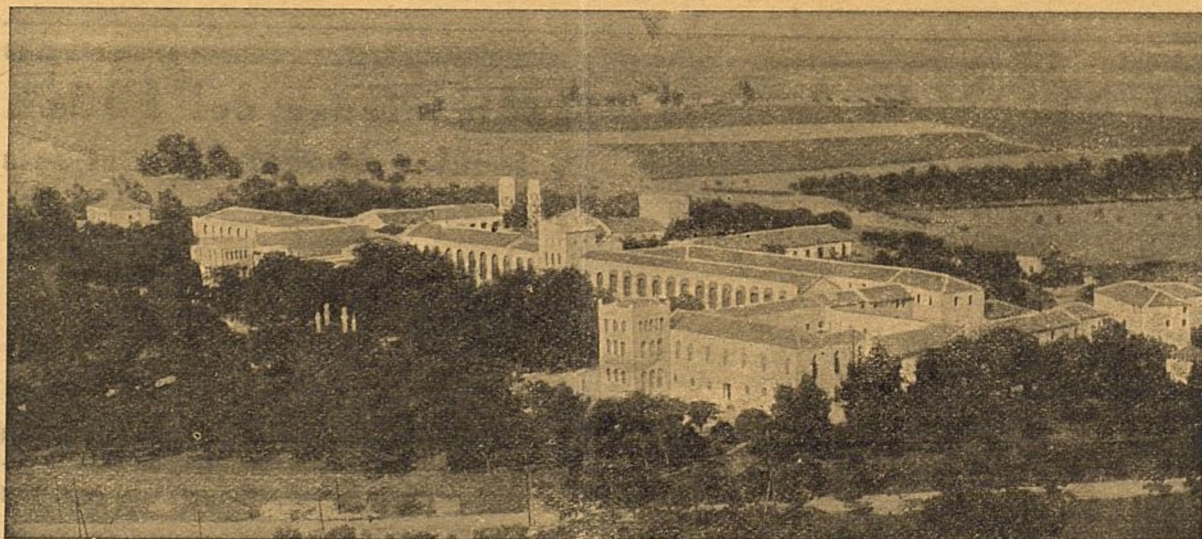
Preparado cardio-tónico y diurético a base de tinturas alcohólicas decoloradas y valoradas de digital, estrofantus y escila.

Mutasán

(INYECTABLE)

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

AL PEDIR MUESTRAS INDÍQUESE ESTA REVISTA Y ESTACIÓN DEL FERROCARRIL



SANATORIO PSIQUIATRICO ESQUERDO

FUNDADO EN 1877

PARA AMBOS SEXOS, CON SEPARACIÓN ABSOLUTA

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

TRATAMIENTOS MODERNOS ♦ CUATRO MÉDICOS INTERNOS

Director: JAIME ESQUERDO SAEZ

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

SANATORIO... { Carabanchel Alto
Teléfono 20