

# EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

núm. 4.277.—Tomo 96

AÑO OCHENTA Y DOS

30 Noviembre 1935



LABORATORIOS JUSTE • MADRID  
APARTADO DE CORREOS 9030

# 3

PRODUCTOS  
NETAMENTE ESPAÑOLES  
CONTRA  
EL



# REUMATISMO

## SALIVENAL

AMPOLLAS

SALICILATO DE SOSA AL 10% EN SOLUCIÓN GLUCOSADA ISOHIDROGENIONICA PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA

AMPOLLAS DE 5 Y 10 C.C. • CAJAS DE 5 AMP.

1 A 2 AMPOLLAS DIARIAS

## Salicitiro

SOLUCIÓN

SALICILATO DE SOSA Y TIROIDINA EN SOLUCIÓN FUERTEMENTE ALCALINIZADA

2 GRs. DE SALICILATO DE SOSA POR CUCHARADA SOPERA

FRASCOS DE 250 GRs.

2 A 4 CUCHARADAS DIARIAS

## AToFTiRO

COMPRIMIDOS

ACIDO FENIL-QUINOLIN-CARBÓNICO Y TIROIDINA

TUBO DE 20 COMPRIMIDOS

2 A 4 COMPRIMIDOS DIARIOS

TRES FORMAS ANTIRREUMATICAS TOLERABLES

**G**  
**QUIPSINE**  
**REGULADOR** DEL TRABAJO DEL  
CORAZON

**F**  
**REINOSPASMYL**  
**REGULADOR** DEL SISTEMA NERVIOSO  
SIMPATICO

LABORATORIOS DEL D<sup>R</sup>  
**M. LEPRINCE.**  
62, RUE DE LA TOUR - PARIS (16<sup>e</sup>)

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

de esta fecha será el Estado el que provea a estos gastos.

En cuanto a los servicios establecidos, se encuentran en todas las poblaciones importantes, por lo menos, un dispensario antivenéreo, y, desde luego, hay en Madrid dos admirablemente dotados, que, además de centros de tratamiento, lo son de investigación y de enseñanza.

La Junta Central Antivenérea cuenta con secciones de propaganda provistas de todos los recursos necesarios, y el progreso más importante que se ha hecho es el de que ya no se consideran dichas enfermedades como vergonzantes, y acuden por sí mismos o por consejo del médico al tratamiento muchos enfermos de ambos sexos que son ajenos a la industria de la prostitución, única a la que antes alcanzaban los beneficios de la lucha antivenérea. Al inspector municipal de Sanidad compete vigilar el cumplimiento de lo preceptuado en la base quinta de la Organización de la lucha, y mientras subsista la reglamentación, conocer el estado sanitario de los centros de prostitución y de las que en ellos trafican, y cuidar de que se hagan las inspecciones dos veces por semana.

fermo sabe que lo está, y sanciona con penas severas, que se cumplen rigurosamente, a quien incurre en este delito sanitario. También proporciona a los enfermos de escasos recursos todos los medios apetecibles para tratarse gratuitamente con todas las garantías de acierto y guardando a los enfermos toda la consideración que, como tales enfermos merecen, para evitar que la mortificación moral sea motivo de que se abstengan del tratamiento.

España, que, como los demás países latinos, tenía establecida la reglamentación de la prostitución, evoluciona en el sentido del abolicionismo, y si llega a éi, pronto será el primer país latino que lo haya hecho. Nada se puede prejuzgar de los resultados, pero no dejará de ser una investigación importante y merecedora de estudio. Los partidarios de la reglamentación se fundan en que si se suprimiesen las medidas obligatorias, la escasa cultura y los prejuicios de muchas prostitutas las llevarían a descuidar todo tratamiento o someterse a prácticas absurdas y perjudiciales; los partidarios del abolicionismo se fundan en que la industrialización de la prostitución, aparte de ser sumamente inmoral, porque permite que se lucre un tercero a expensas de tan dolorosa profesión, y porque hace que el Estado, al percibir un canon para las atenciones sanitarias, se lucre también con ella, no abarca nunca sino a la quinta parte de las prostitutas de cada país. Las demás, sea por sus buenas relaciones, o sea, por el contrario, por su

baja calidad, escapan a la reglamentación y, por tanto, a los reconocimientos sanitarios. Ya en 1910, por una Real orden del 28 de Septiembre, se trató de establecer una tolerancia que abría el camino al abolicionismo; pero se entendió que esta vía constituía un atentado a la moral pública y se volvió a la reglamentación, si bien con cierta tolerancia. Desde 1918 hasta 1930 se ha procedido con bastante acierto a organizar el servicio de vigilancia, creando al mismo tiempo dispensarios para enfermedades venéreas, creando un cuerpo médico competente para encargarle de estos servicios, en el que se ingresa por oposición exclusivamente. He aquí las fases esenciales del proceso:

Veinticuatro de Diciembre de 1926. Real orden del Ministerio de la Gobernación disponiendo que las Comisiones permanentes de las Juntas provinciales de Sanidad confeccionen y aprueben anualmente los presupuestos de ingresos y gastos de los servicios de profilaxis públicas de las enfermedades venéreasifilíticas que deben remitir al Comité ejecutivo de la Junta permanente contra las enfermedades venéreas, y además dedicarán al servicio de profilaxis de dichas enfermedades en las respectivas provincias el 2 por 100 de sus ingresos totales con destino al Comité ejecutivo de la Junta permanente.

Real orden de Gobernación del 29 de marzo de 1927 disponiendo que en lo sucesivo todas las oposiciones a médicos clínicos o bacteriólogos del servi-

la Junta provincial de Sanidad. La Comisión permanente lleva aneja una oficina central técnicoadministrativa, encargada principalmente de los trabajos de propaganda sanitaria.

Base octava. *Del personal facultativo.* — Dispone que habrá médicos clínicos y bacteriólogos, y que el ingreso de ambos se hará precisamente por oposición.

La base novena dispone que se atienda a los gastos con las subvenciones que dispone la Real orden del 8 de Enero de 1929 y con los derechos autorizados, y la décima, que las infracciones serán castigadas con arreglo al Código penal, cuando constituyan delitos de los que en él se contienen.

El 3 de Julio de 1931 se substituyó a la Comisión permanente de la Junta provincial de Sanidad de Barcelona, para las funciones de lucha antivenérea, por una Comisión provisional, compuesta por todas las autoridades competentes en higiene y venereología de aquella capital.

El 7 de Abril de 1932, iniciada ya la tendencia decidida hacia el abolicionismo, se comenzó por crear la independencia económica de la lucha antivenérea de la industria de la prostitución, porque, como se acaba de ver, aparte de las subvenciones de algunas Diputaciones y Ayuntamientos, el origen de los fondos eran los tributos que, bajo el título de derechos de reconocimiento, abonaban las dueñas de los lenocinios. Por Decreto del Ministerio de la Gobernación, a partir

# TERTULIA MEDICA

## HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

AMENIDADES

30-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.

### EL PROBLEMA DE LA MUERTE

POR EL  
Dr. J. VAZQUEZ VICENTE  
(Continuación)

Decía que de una detención brusca del conocimiento había que culpar al líquido cefalorraquídeo. Lo explica diciendo que en el sitio donde el sujeto recibe un golpe sobre el cráneo se forma un cono a partir de dicho punto, cono que él llama de depresión, y en el lado opuesto, pero en el mismo eje, se formaría otro, llamado cono de elevación.

Al dar un golpe en la cabeza se produciría una desviación del líquido cefalorraquídeo, y esta oleada, que propaga la violencia sufrida por un punto determinado a todos los sitios de los centros nerviosos, sobre todo al bulbo, sería la causa del coma.

Preciosa teoría para explicar el coma traumático, es decir, la conmoción cerebral, que por eso se menciona, pero incapaz de ser la causa, siempre que haya pérdida de conocimiento. Tiene bastante proselitismo esta teoría, porque sabemos que la conmoción se produce más fácilmente no con un objeto más duro, sino de más superficie, y todos conocemos lo fácil que es la conmoción a consecuencia de un golpe en la cabeza con un saco de arena, por ejemplo, más aún que una pedrada o un martillazo. Es como si, efectivamente, una vibración primero provocase un oleaje del líquido cefalorraquídeo hacia algún punto del bulbo, produciendo la pérdida del conocimiento.

Después se han dado tantas y tan distintas teorías para interpretar estos hechos, y se ha producido expe-

### 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

rimentalmente la pérdida de conocimiento de tantas maneras, que se puede asegurar que existen sitios limitadísimos capaces de suprimir el conocimiento al menor estímulo irritativo.

Y así, ya hace tiempo que Flourens vió que era suficiente una pequeña punción en el cuarto ventrículo para producir la pérdida del sensorio.

Esto fué después comprobado por varios, Friler entre otros.

Experimentos de Breslauer demostraron que la presión en la base del pedúnculo sensitivo era suficiente para suprimir el conocimiento; el mismo Breslauer veía que una presión sobre la corteza cerebral, aunque afectara a gran parte de ella, no producía el mismo efecto.

Adamkiewicz obtuvo la pérdida de conocimiento mediante la excitación eléctrica del asta de Ammón.

Como se ve, de tantas maneras se puede producir la pérdida de conocimiento, que el Prof. Olivares dice que es un síntoma que existirá siempre que ocurran trastornos de cierta



índole funcional, bien en el bulbo, bien en sus inmediaciones.

Hoy, la creencia de la posibilidad de que exista un centro en el que resida la noble función de que tratamos, hace que tantas y tan discutidas teorías dadas para explicar esto se tengan todas con más o menos verosimilitud, pero ninguna como segura.

Hoy se vive en la sospecha de que exista tal centro, aunque se ignora en qué sitio reside; y de igual modo que el descubrimiento de un centro del sueño tira por tierra las numerosas teorías dadas para explicarlo, de igual modo el día (quizá no lejano) en que se demuestre la presencia del centro regulador del conocimiento, en ese mismo día morirán de repente todas las suposiciones antedichas que han sido dadas para explicarlo.

Y una vez mencionado el síntoma pérdida de conocimiento y el concepto que merece, analicemos su valor. Vimos cómo la excitabilidad del corazón perduraba mucho tiempo, lo cual nos hacía ostensible la posibilidad de que un sujeto sin pulso pudiese volver a contraer su corazón perfectamente, y cómo, de igual modo, sujetos con pérdida absoluta de conocimiento, según ya los citados casos, vuelven luego a la normalidad; ahora el devolver la vida al sistema ner-

vioso central tiene menos probabilidades, porque la falta de riego sanguíneo en ciertos sitios produce irremediablemente trastornos y reblandecimientos que son irreparables y, en determinados lugares, incompatibles con la vida.

¿Qué tiempo media entre la falta de sangre en los centros nerviosos y la muerte? Prácticamente, muy poco.

Gunn cree que la médula espinal puede soportar la falta de sangre durante quince minutos.

Cyon probó que el centro respiratorio tolera la falta de riego sanguíneo hasta veinte minutos.

Bruns y Thiels dicen que cuando se interrumpe la circulación, sin mediación de otra ninguna causa, en un individuo poco antes sano y lleno de vida, como es, por ejemplo, el que sufre una estrangulación o el que recibe una descarga eléctrica, etc., en estos casos dicen que se puede calcular de diez a doce minutos, como máximo, la tolerancia del encéfalo y de la médula para la falta de sangre sin que queden lesiones permanentes.

### Valor del síntoma pérdida de la respiración.

Este síntoma va tan unido a los otros dos, que con él componen el trípede esencial de la vida, que todos los ejemplos antes mencionados para los otros caben para este.

La desaparición de la respiración, sea de una manera lenta, sea de una manera brusca, motiva la falta de oxígeno y la acumulación de anhídrido carbónico en la sangre, constituyendo el estado llamado de asfixia.

El individuo que pierde la vida por asfixia tiene primero un estado de intensa disnea inspirativa, y seguida-

### BARACHOL

Cura Eczemas, Erupciones y Enfermedades Rebeldes de la Piel.

mente las contracciones convulsivas de todos los músculos respiratorios; estas convulsiones son debidas a una excitación sobre el bulbo, como lo prueba el hecho de que no aparezcan si la médula ha sido seccionada de antemano.

Hay un retardo notable de los latidos cardíacos y una manifiesta eleva-

ción de la tensión arterial. Poco después de este período sucede el estado comatoso, sobreviniendo la pérdida del conocimiento y la detención de los movimientos respiratorios. En este estado, el corazón se contrae de una manera desbocada, hasta que poco a poco la tensión va bajando y el corazón se para definitivamente.

¿Qué tiempo media entre la falta de la respiración y la muerte? El sujeto vive el tiempo que su organismo necesita para consumir el oxígeno que almacenaba, y se puede comprobar, porque la sangre de un asfixiado es negra: en ella no se encuentran más que indicios de oxígeno y una sobrecarga de anhídrido carbónico, conteniendo de esta substancia más cantidad que la sangre venosa normal.

Cuando la asfixia se produce sin que exista detención de anhídrido carbónico, como ocurre, por ejemplo, cuando se respira un gas inerte (nitrógeno, hidrógeno), entonces los síntomas de angustia y disnea intensa faltan, pues estos síntomas son debidos a la acción excitante del anhídrido carbónico sobre el bulbo, y en estos casos lo que ocurre es que al sujeto se le ve ponerse azul claro primero, negruzco más tarde, y cayendo en síncope realmente sin molestias.

La asfixia, por ejemplo, del ácido

## JARABE ALMERA

A BASE DE FOSFATO DE CAL GELATINOSO, EL MAS ASIMILABLE

cianhídrico es también de una manera parecida, pero aún más rápida; gas eminentemente tóxico, no se aprecia su existencia, y el sujeto, cuando quiere darse cuenta, ha caído víctima de él.

El organismo dispone, como demostró Richet, de un mecanismo de protección y de defensa contra la asfixia; este mecanismo corre a cargo del corazón, contrayéndose más despacio. De este modo se consigue que la circulación sanguínea disminuya, disminuyendo también los cambios y permaneciendo así en un *minimum* de gasto.

La prueba de la eficacia de este mecanismo está al ver cómo al animal al que se le produce la asfixia habiéndole seccionado antes los neumogástricos tiene menos supervivencia que otro animal testigo al que se le dejaron íntegros; precisamente al cortarles sus neumogástricos impedimos que haya retardo de las contracciones cardíacas.

Las resistencias que el organismo opone a la asfixia dependen, evidentemente, de los cambios gaseosos que se desarrollan en sus tejidos y, sobre todo, del hábito; y así, algunos buzos llegan a estar privados de respirar el doble que un sujeto no habitual.

También influye lo constitucional, sobre todo el tiroideo.

Recién nacidos, también se está dotado de una mayor resistencia a la muerte por asfixia producida por sumersión. Esto se debe a que la nutrición en éstos es menos activa que en el adulto, y el consumo de oxígeno, por lo tanto, es menos rápido. Por eso la supervivencia se abrevia si se le hace ejecutar movimientos musculares,



debido a que los tejidos entonces exigen la llegada de más oxígeno.

En general, dice Taylor que el sujeto que permanece en inmersión cuatro o cinco minutos está condenado a morir. Pero Hoffman ha visto ahogados volver a la vida cuando ya llevaban ocho minutos en el agua.

Winterstein provocó el paro del corazón y de la respiración experimentalmente mediante la congelación y narcosis simultáneas, pudiendo devolver la vida después de haber pasado ya veinte minutos.

Hemos de reconocer que los experimentos en estas condiciones tienen una particularidad especial: sabemos que con el frío descienden al *minimum* los cambios nutritivos del sistema nervioso central, haciendo que se coloquen en una situación parecida al sueño invernal de algunos animales mencionados por Gratiolet.

En tanto que el corazón sigue latiendo, debemos saber que cabe la posibilidad de hacer respirar nuevamente al sujeto.

Antes que la respiración, ya la conciencia se suspende: ésta es la primera en desaparecer; después, la respiración, y por último, el corazón. Por eso decía Nothnagel: "Cuando el corazón deja de latir, el sujeto deja de existir." El corazón sería el "ultimum moviens".

El que la respiración se paralice antes que el corazón no quiere decir que

## CARABAÑA: el mejor purgante

el centro respiratorio sucumba antes que el centro cardíaco: los dos son afectados al mismo tiempo. Lo que ocurre es que el corazón sigue contrayéndose con independencia de su centro durante ese *minimum* de tiempo, que es el que Nothnagel aprovecha para defender su teoría y al que tanta importancia concede.

En casos de ahogamiento, dice Ignatowski que la comprensión del vago juega un papel fundamental, muriendo

muchos sujetos de éstos, más que de asfixia, por un mecanismo de síncope.

Y una vez analizado ese trípode esencial de la vida (pulso, conocimiento y respiración) uno a uno sus elementos, entremos a analizar el problema de la muerte.

**Muerte.**—Es esta una palabra que sólo el pronunciarla da respeto: palabra que todo ser viviente odia y maldice, siquiera aprecie un poco su vida. En ella va enclavada la mayor de las desdichas para unos; es el lograr los ideales soñados para otros.

Si alguno la desea es un enfermo, aquel que no la tema es un loco o un suicida, dirán los primeros; quien no sueña con ella, quien no sale a su encuentro con los brazos abiertos para caer en su regazo, no merece haber nacido, dirán los segundos.

El miedo a la muerte debe ser, dice Publio Siro, tan temible como la muerte misma.

La muerte debe considerarse, dice Tangl, como una propiedad general a todos los organismos.

Werworn y Lipschütz creen que la muerte representa el último eslabón, el final del desarrollo.

Para los filósofos, para los que la vida no representa más que una constante lucha contra la muerte, ésta no

## CALCINHEMOL ALCUBERRO

Poderoso antianémico

ALCALA, 88. — MADRID

debe significar para ellos sino el fracaso de la vida en su lucha.

Para Brugsch constituye la anulación de la constitución.

Para nosotros la muerte es la terminación irreparable de los procesos metabólicos que caracterizan la vida de los seres.

Es el último sueño, han dicho algunos.

El profesor Nóvoa decía "que es la cesación irreversible de los procesos nutritivos".

Séneca veía en la muerte la vuelta a la calma y al profundo sueño que gozábamos antes de venir al mundo.

Lo que en realidad, prácticamente, constituye la muerte, es el pago de una deuda que todos heredamos al nacer y que hemos de abonar irremediablemente.

Mucho se ha discutido entre los biólogos si todos los seres de la escala zoológica están sujetos a la muerte o hay algunos elementales organismos multiplicables por división que no están sujetos a tal final. Y mientras que algunos creen que la muerte es el final de unos y de otros, los hay que creen que en esos seres elementales la muerte se produce por un fenómeno fortui-

(Continúa en la página XVIII).

CUANDO LA DIATERMIA, EL CALOR RADIANTE, LA CORRIENTE GALVANICA u otros medios fisioterapéuticos se utilizan en las enfermedades de los órganos pélvicos, las vías génitourinarias, el reumatismo, etc., es recomendable seguir un tratamiento posterior adecuado.

La ANTIPHLOGISTINE puede emplearse convenientemente como coadyuvante en la mayoría de dichos casos, no sólo a causa de sus propiedades sinérgicas para conservar el calor en los tejidos, sino por sus cualidades sedantes, antipruríticas, descongostivas y protectoras sobre las superficies eritematosas, corroidas, induradas y dolorosas.

MUESTRA Y LITERATURA A SOLICITUD

The Denver Chemical Mfg. Co., 163, Varick St., Nueva York, E. U. A.

Agentes exclusivos de venta para toda España:

HIJOS DEL DR. ANDREU. — Calle de Folgarolas, 17. — BARCELONA

# ANTIPHLOGISTINE

EN LA FISIOTERAPIA

La Antiphlogistine se fabrica en España

# HAPTINOGENOS

“M E N D E Z”

## NEUMO

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

## GONO

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

## ECZEMA

Curativo del Eczema agudo y crónico.

## ESTAFILO

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

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

Laboratorios biológicos Doctor Julio Méndez.-Buenos Aires.

PROFILAXIA y TRATAMIENTO

"PER OS"

DE TODAS LAS

**ESPIROQUETOSIS**

**DISENTERIA**

**AMIBICA**

**PALUDISMO**

POR EL

# Stovarsol

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

PRESENTACION

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

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

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

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

PREMIER

# Uromil

**PODEROSO DISOLVENTE DEL ACIDO ÚRICO, PARA COMBATIR LA URICEMIA  
Y LAS ENFERMEDADES DEL METABOLISMO**



# REUMA

LABORATORIOS VIÑAS - CLARIS, 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 Comin.—D. Angel Pulido y Fernández.—D. Carlos M.<sup>a</sup> Cortezo y Prieto.

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

1854      \*      AÑO OCHENTA Y DOS      \*      1935

## CONSEJO DE REDACCIÓN CIENTÍFICA

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

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

### VOCALES

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

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

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

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

### PRECIOS DE SUSCRIPCION

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

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

# EL SIGLO MEDICO

Tomo 96 :: Sábado 30 de Noviembre de 1935 :: Núm. 4277

## 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: Inmunidad y alergia, por el Dr. F. Murillo y Palacios.—Información científica del Extranjero: Estudios recientes sobre la patología de la inflamación, por el Dr. R. Maresch.—La ruta de Esculapio (continuación), por el Dr. Albiñana y Sanz.—BIBLIOGRAFÍAS.—PERIÓDICOS MÉDICOS.

## INMUNIDAD Y ALERGIA

POR EL

Dr. F. MURILLO Y PALACIOS

Director del Instituto de Farmacobiología. Académico.

No es mi propósito ocuparme ahora de la alergia. Se ha escrito y se escribe tanto acerca de este interesante tema, que yo doy por sabido cuanto en general necesitan conocer los médicos, y singularmente los estados morbosos, cuyo conocimiento surge a cada instante en la práctica cotidiana. Mi empeño hoy se limita a escudriñar en la esencia de los estados alérgicos, para ver de buscar explicación a fenómenos que parecen contradictorios.

El concepto del estado alérgico y de las enfermedades que de él se derivan es tan amplio y extenso que, para los fines de esta nota, conviene reducirlo a sus límites fundamentales y, en realidad, al principio que lo informa.

Esencialmente, la palabra alergia, ideada por von Pirquet, encierra la definición del fenómeno alérgico. Se deriva del griego *allos* y *ergos*; *allos*, que quiere decir *otro*, y *ergos*, que significa *fuerza, obra o acción*, y en total, *otra reacción*, otro modo de reaccionar.

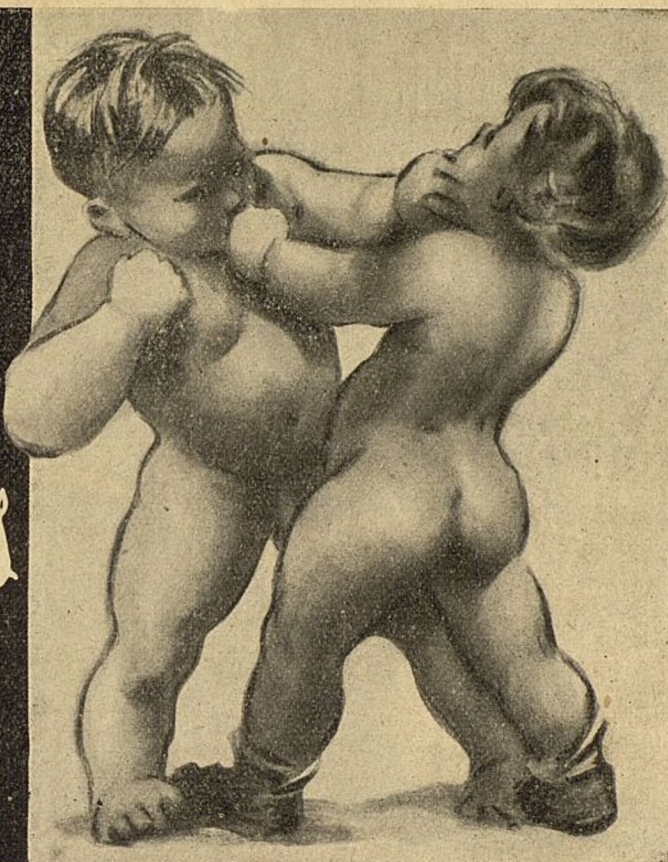
Frente a un antígeno, vivo o muerto, el organismo puede reaccionar de dos maneras: primera, *normalmente*. Es el caso de la inmensa mayoría de las enfermedades infecciosas, y aun de las comunes, todas con los cuadros descritos y razonados en la patología. Es lo que los médicos estaban acostumbrados a ver y observar, sin preocuparse gran cosa de otras manifestaciones que veían y no observaban, y que cuando más, se limitaban a encubrir con la palabra, un tanto *tabú*, de idiosincrasia (hoy atopía). Segunda, *anormalmente*. La mayoría de las gentes consume fresas, o devora cangrejos, o aspira con delicia la brisa de los campos floridos, o recibe la inoculación de una vacuna o la inyección de un suero (a dosis convenientes) sin sufrir por ninguna de estas causas la menor alteración. Junto a éstos, que son la mayoría, hay algunos que por injerir una sola fresa, como el cardenal Richelieu, tienen al poco rato náuseas,

vómitos, dolor de cabeza, etc., o por chupar un cangrejo, sufren intensa urticaria, o por respirar el polen de plantas anemófilas, padecen serios ataques de asma, y, finalmente, los que, al recibir inyecciones de algún suero normal o específico, presentan a los pocos días el cuadro de la enfermedad sérica o, en caso de ser la inyección reincidente, ofrecen la reacción acelerada o la temible crisis anafiláctica. Figúrenos la cantidad enorme de alérgenos contenida en los cinco grupos de la clasificación de Storm van Leeuwen (1), y parecerá poco el 7 por 100 de alérgicos que los alemanes reconocen en su país, y aun el 10 por 100 que los americanos atribuyen a la población de los Estados Unidos. Sólo de plantas anemófilas figuran el 19 por 100 del total de las especies botánicas, y sólo en Alemania existe medio millón (J. M. Guttman) de asmáticos. Añadamos las respuestas inusitadas producidas por ingestión, contacto, aspiración, etc., de multitud de sustancias orgánicas e inorgánicas, y no sorprenderá las cifras señaladas. En todo caso, la característica es un estado de especial sensibilidad, por virtud del cual la acción de causas indiferentes e inocuas, para la mayoría de los individuos, despierta en otros reacciones más o menos intensas, y a veces formidables.

En la inmunidad, la alergia y la anafilaxia, el mecanismo íntimo—*ultima ratio* del fenómeno—es uno y el mismo: llegada al medio interno de un antígeno, producción del anticuerpo correspondiente (fase de sensibilización), nuevo arribo de material antigénico, ataque del anticuerpo que lo desorganiza, dando lugar al trastorno alérgico, o al choque anafiláctico

(1) Los cinco grupos de la clasificación de van Leeuwen son: 1.º, polen de gramíneas y flores; 2.º, alimentos, medicamentos y condimentos; 3.º, productos procedentes de la piel de animales; 4.º, alérgenos climáticodomésticos, y 5.º, alérgenos bacterianos.

Salud  
excelente  
gracias  
al



# VIGANTOL

*Vigantol*

»Bayer«  
LEVERKUSEN A. RH.

**E. MERCK**  
D A R M S T A D T

JOE

Preparado estandarizado de vitamina «D» pura, cristalizada, de máxima actividad.

### ANTIRRAQUÍTICO ESPECÍFICO

De acción profiláctica y terapéutica absolutamente segura.

Indicado además en la osteomalacia, osteoporosis, osteoartropatía, tetania y espasmofilia de los niños, tetania idiopática de los adultos.

Las afecciones escrofulosas y la tuberculosis ósea responden muy bien al tratamiento por el

## VIGANTOL

# iodaseptine cortial

TUBERCULOSIS  
PULMONAR CRÓNICA  
*Dosis: Líquida de 2 a 3 ml día  
en series de 20 días*

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

REUMATISMOS  
CRÓNICOS  
*Dosis Fuertes de 5 a 20 cápsulas*

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

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

# iodaseptine

salicilada UNE

LA ACCIÓN DEL YODO AL EFECTO SALICILADO

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

Dr. Georg Henning, Berlin

<p><b><u>Testogan</u></b> Preparado organo-terápico, de efecto seguro, indicado en los casos de: <b>Potencia reducida, neurastenia sexual, estados de agotamiento, vejez prematura.</b></p> <p><b><u>Teligán</u></b> Para combatir eficazmente los desórdenes funcionales de las glándulas genitales. Indicado en: <b>Desórdenes de la menstruación, molestias de la menopausia, insuficiencia sexual, vejez prematura.</b></p> <p><b><u>Lipolysin</u></b> Muy indicado en la <b>adiposidad</b>, tanto endógena como exógena. <b>Formas mixtas.</b></p>	<p><b><u>Intestinol</u></b> Preparado a base de páncreas, secreta y carbón. Indicado en todos los <b>desórdenes digestivos</b>, como estimulante fisiológico de las glándulas digestivas.</p> <p><b><u>Pituigan</u></b> Extracto estandarizado del lóbulo posterior de la hipófisis. <b>Debilidad de las contracciones uterinas, hemorragias, postparto, postaborto y ginecológicas, debilidad circulatoria.</b></p> <p><b><u>Myoston</u></b> Extracto estandarizado de la musculatura lisa de albúmina. <b>Angina de pecho, esclerosis coronaria y enfermedades análogas de los vasos cardíacos.</b></p>
---	---

Muestras y bibliografía al representante general para España:  
- GUILLERMO HOERNER, Suc. de WALTER ROSENSTEIN, BARCELONA - Apartado 712 -

en caso de reacción positiva, o a la defensa orgánica eufórica en caso de inmunidad.

¿Qué ocurre, pues, para que en unos casos el proceso bioquímico produzca daños graves y aun la muerte, y en otros la salud frente a la agresión patógena? Este proceso bioquímico de desintegración del antígeno por el anticuerpo, común a los tres estados—inmunidad, alergia y anafilaxia—, no es una fantasía teórica: constituye la expresión de la realidad, fácil de demostrar *in vivo* e *in vitro*, y de una manera objetiva e innegable, en el traspaso de la inmunidad pasiva y de la alergia y anafilaxia pasivas. Y si el proceso íntimo es el mismo, ¿cómo son tan distintos los efectos?

Que en la anafilaxia hay disgregación o degradación del antígeno por el anticuerpo y, consecutivamente, desequilibrio de los coloides, que da lugar al choque anafiláctico o al síndrome alérgico, según los casos, es principio admitido, y aun podría añadirse, demostrado.

En cambio, no me parece que, en lo relativo a la inmunidad, la explicación precedente pueda aceptarse con el carácter general antes expresado, porque la inmunidad no responde a un mecanismo único y universal. Hay varias clases de inmunidad, y son varios los recursos que la Naturaleza pone en juego para lograrla. Tenemos la celular o fagocitaria, que el sistema retículo-endotelial despliega, y mediante el cual, micrófagos y macrófagos se apoderan de las bacterias y las deshacen, no merced a un anticuerpo circulante, sino por virtud de los enzimas (lisinas) que contiene su protoplasma celular. Aquí el único anticuerpo que interviene o puede intervenir en la reacción son las opsoninas, que carecen de acción disolvente sobre el antígeno y se limitan a ejercer función estimulante sobre la actividad fagocitaria.

Otro tipo de inmunidad es el de las antitoxinas. La acción de estos anticuerpos no es tampoco desintegrante o digestiva. De acuerdo con la hipótesis genial de Ehrlich, las cadenas laterales o receptores celulares prenden y fijan la toxina por su grupo haptófero, la neutralizan, y ante esta agresión, la célula responde produciendo nuevos receptores que sustituyen a los inutilizados en pródiga abundancia, y cuyos sobrantes pasan a la sangre para formar la riada móvil de los cuerpos llamados antitoxinas. Este mismo concepto de las antitoxinas es aplicable a la inmunidad contra las agresinas.

Aparte de los citados, hay un grupo de infecciones que, en cuanto al mecanismo inmunizante, se carac-

terizan por la desintegración del antígeno, merced a las bacteriolisinas. Tales anticuerpos desorganizan el protoplasma bacteriano con la ayuda del complemento. La demostración evidente de este mecanismo la tenemos en el fenómeno de Pfeiffer, y también en las pruebas y ensayos de bacteriolisinas *in vitro*. Pero no todo el organismo es peritoneo ni tubo de ensayo, y si las cosas pasaran como la teoría induce a creer, en la fiebre tifoidea, por ejemplo, los bacilos de Eberth no podrían resistir la acción lítica y desaparecerían rápidamente con la curación, siendo así que continúan pululando íntegros y virulentos se-

manas, meses y años, como si para ellos no existiese lisis desintegrante, ni, desde luego, manifestaciones alérgicas. Lo mismo podría decirse de otras infecciones, de todas las infecciones de antígeno endotóxico, y dotadas del poder misterioso de excretar gérmenes íntegros durante plazos largos o cortos. Pues ¿cómo aquí, existiendo bacteriolisinas y antígenos frente a frente, complemento que los circunda y baña, y temperatura óptima para la reacción, no

aparecen fenómenos alérgicos, manifestaciones patológicas del proceso desintegrante de las proteínas heterólogas ¿Es que en la fiebre tifoidea, cólera, paratífus, etc., la inmunidad no depende de la acción lítica? La mayoría de los investigadores (Pfeiffer, Friedberger, Kolle, etc.) admiten para las infecciones de tipo endotóxico o mixto, es decir, de aquellas cuyos agentes específicos obran por virtud de endotoxinas y ectotoxinas a la par, la inmunidad engendrada por lisinas que se encargan de destruir los antígenos bacterianos. A pesar de las limitaciones que acabamos de apuntar, la teoría es aceptable, porque en su favor hablan observaciones que son del dominio de todos los laboratorios, y es únicamente con relación a este fenómeno de lisis o desintegración de los antígenos, donde pueden ponerse en parangón la inmunidad humoral y la alergia.

Si la unión del antígeno y anticuerpo, con la consiguiente destrucción del primero, sólo es aplicable a un tipo particular de inmunidad, la unión de anafilactógenos y anticuerpos constituye la condición necesaria y previa para la producción de la anafilaxia en todos sus grados y formas; pero los mecanismos de ambos fenómenos son distintos. En la inmunidad, las bacteriolisinas o, más exactamente, las betalinas ( $\beta$ -lisinas) son las encargadas de efectuar la acción proteolítica que inutiliza o destruye el antígeno dondequiera que lo encuentra, mientras que en

### Avance de sumario para el número siguiente

(7 de diciembre de 1935)

DR. RAFAEL DEL VALLE Y ALDABALDE: La receta y el específico.

DR. R. DE LUIS Y YAGÜE: Vistazo sobre algunas novedades en Gastroenterología.

DR. FRANCISCO DE LOS RÍOS: El tratamiento de la tuberculosis en la Edad Antigua.

DR. MARIANO ACEÑA: La soja en dietética del lactante.

Bibliografías.

Periódicos médicos.

Sección profesional.

la anafilaxia, la unión, y consiguiente destrucción, del anafilactógeno sólo se opera en determinados territorios celulares, y principalmente en aquellos que integran la musculatura de la fibra lisa y el endotelio de la red capilar sanguínea. Desechada la teoría de la anafilotoxina, de Friedberger, y sus análogas y derivadas, y comprobado el hecho de que no hay anafilaxia cuando el anticuerpo abunda en la sangre (período de latencia), y la hay, en cambio, en animales exangües, por la sangría total y el lavado consecutivo, no queda más remedio que rendirse a la hipótesis localista, y admitir que, al contrario de la inmunidad, con sus receptores libres y circulantes, en la anafilaxia los receptores son sesiles, son fijos y limitados a ciertos tejidos, en cuyas células se fragua la acción anafiláctica, ya que, parodiando el símil de Behring, podríamos decir que así como los libres desvían el rayo, y salvan, los sesiles lo atraen y perturban o aniquilan la vida celular. No es que esta hipótesis localista explique satisfactoriamente todo el proceso de la anafilaxia, ni la diferencia reaccional observada en las diversas especies animales; pero tiene en su apoyo el valor de la comprobación experimental en perros y conejillos de Indias, y es de esperar que sucesivas investigaciones colmen las lagunas existentes. Respecto a la génesis del fenómeno íntimo, Dale, lo mismo que Doerr, opinan que al encontrarse en el seno de los territorios celulares antígeno y anticuerpo, se altera el equilibrio coloidal del protoplasma y sobreviene la precipitación del compuesto, sólo que el autor inglés lo localiza en el interior de la célula, y el suizo en el exterior, en la membrana.

Este mismo enlace antagónico de antígenos y anticuerpos, común a la inmunidad y a la anafilaxia, aunque con distinto proceso íntimo y distinto resultado fisiopatológico, lo aceptan la mayoría de los investigadores para explicar la génesis de la alergia. La analogía del mecanismo productor—sensibilización por el alérgeno, sin provocar síntomas; presencia de anticuerpo demostrable al cabo de cierto período, y desate del cuadro alérgico a poco de recibir nuevas fracciones del agente sensibilizador—conduce a pensar que el mecanismo no puede ser otro. ¿Cómo explicar, de lo contrario, la alergia, previa sensibilización pasiva? Aun los que rechazan la estricta paridad de ambos fenómenos, no niegan la conjunción de alérgenos y reagentes, en línea con anafilactógenos y anticuerpos, y acuden a nuevas hipótesis, dando por supuesto que la unión se verifica de igual manera, pero que los anticuerpos son de distinto tipo. Así, Zinsser atribuye la sensibilización a la tuberculina, a sustancias peculiares que se desarrollan únicamente en los tejidos inflamados, y que la circulación reparte y acumula sobre los demás tejidos, provocando una autosensibilización, al parecer pasiva, de sus células; quiere decirse que no sólo el anticuerpo, sino también el alérgeno, los fabricaría el propio organismo.

Retengamos, pues, que en la anafilaxia, la alergia y la inmunidad, el juego de antígenos y anticuerpos constituye el mecanismo esencial de su producción. La analogía entre anafilaxia y alergia aparece clara y natural, puesto que la segunda no es, en el fondo, más que una modalidad, una forma de la primera.

No así la analogía entre infección y alergia, toda vez que en ambos fenómenos, mecanismos al parecer iguales, conducen a resultados opuestos: en las infecciones bacterianas, a la curación por producción de betalinas ( $\beta$ -lisinas), y en la alergia, a la enfermedad, en respuesta a la sensibilización provocada por el juego bifásico de alérgenos y reagentes.

He aquí un fenómeno contradictorio digno de estudio: ¿por qué unos anticuerpos, operando sobre su antígeno, apartan o neutralizan el daño, y otros, en las mismas condiciones, lo engendran?

Empecemos por considerar que estos dos estados morbosos—infección y alergia—tienen entre sí analogías y diferencias que pueden ilustrar las intimidades de su patología.

Muchas veces la alergia es hereditaria; las infecciones, por el contrario, no lo son en su inmensa mayoría, y las que realmente caen bajo el signo hereditario no pasan de la segunda generación. Otras que lo parecen, sin serlo, tienen su clave en la conformación anatómica del sujeto o en las condiciones naturales del contagio. Hay, sin embargo, predisposición familiar a padecer determinadas infecciones. En la alergia, la herencia abunda, aunque no en forma específica. Puede heredarse la hipersensibilidad a una determinada proteína, y también, frecuentemente, la hipersensibilidad a otras proteínas distintas del alérgeno del progenitor, aun cuando el sujeto responda con las mismas o análogas manifestaciones clínicas. De ello se deduce que en la alergia la constitución del sujeto tiene tanta o mayor importancia que el factor alérgeno, como asimismo la tiene en grado predominante, el sistema nervioso vegetativo, conforme acreditan todos los autores que han investigado a fondo la patología de estos estados.

Una analogía, bien patente, es la previa invasión de la causa morbosa en las infecciones, y la previa sensibilización, o primer contacto, en la alergia. Dentro de esta analogía que expresa la necesidad del afrontamiento de microbios y alérgenos, de una parte, y de los elementos orgánicos celulares, de otra, surge una diferencia fundamental, a saber: que cada microbio patógeno produce un cuadro morboso típico, siempre el mismo, descontadas las condiciones individuales propias del caso, mientras que en la alergia distintos alérgenos dan lugar al mismo cuadro, y alguna vez uno de ellos puede producir localizaciones y cuadros diferentes, lo cual significa que en la alergia la especificidad es menos estricta, más genérica, menos *específica* (si se permite la redundancia) que en las infecciones.

Realmente, donde la analogía y la diferencia aparecen claras es en el fenómeno de inmunización y de alergia pasivas. Si pasada una infección recogemos sangre o suero del sujeto y los inyectamos a otro, víctima de la misma enfermedad, el enfermo mejora y acaba por curarse. Los anticuerpos que van en la sangre neutralizan o destruyen las toxinas, endotoxinas, agresinas o, simplemente, los protoplasmas microbianos, hecho que todos los días confirma la clínica, aparte de que puede demostrarse experimentalmente en todas las infecciones susceptibles de repositos. Y lo que ocurre *in vivo* sucede, igualmente, *in vivo*. De aquí, sin duda—consignémoslo de paso—, la gran boga que actualmente disfruta la transfusión de sangre en el tratamiento de los procesos infecciosos. Y lo que ocurre *in vivo* sucede igualmente *in vitro*. Juntando en un tubo de ensayo plasma o suero cargado de anticuerpos con el antígeno correspondiente, si a la media hora de contacto se inyecta la mezcla a un animal receptible, el efecto es nulo: la toxina, agresina, etc., al unirse con el anticuerpo pierde por completo su poder patógeno.

Las cosas no pasan igual en la alergia. Si a un individuo sano se le inyecta una proteína, de cualquier clase que sea, el sujeto queda sensibilizado, puesto que, transcurrido el período de latencia, la incorporación de nuevas cantidades de la misma proteína despierta los consabidos trastornos típicos. Es que, por virtud del primer contacto, el organismo engendra los anticuerpos correspondientes, llamados reagentes, que, al tropezar con las nuevas cargas de antígeno, dan lugar a las manifestaciones alérgicas. Pero esta reacción tiene de particular que sólo se verifica en el organismo humano, seguramente en el 90 por 100 de los casos, ya en forma local intracutánea—reacción de Prausnitz-Küstner—, ya en la general y corriente de inyecciones intravenosas, subcutáneas, etc. Esto significa que no todos, aunque sí muchos de los estados alérgicos, no son transmisibles experimentalmente a los animales, ni siquiera a los monos.

Por último, haremos constar otra diferencia bien evidente. La inmunidad consolidada viene a ser una especie de insensibilización del organismo a la acción del antígeno, al paso que la alergia se caracteriza por la hipersensibilización frente a la proteína del primer contacto. Inmunidad quiere decir *prevención*; alergia, *disposición a nuevos ataques*, y ambos, estados opuestos, en obediencia a la acción de sus respectivos anticuerpos. Mas si se ahonda un poco en el secreto de uno y otro fenómeno, veremos que la insensibilidad del organismo inmune se debe a la superproducción de anticuerpos, lo que supone una mayor sensibilidad de las células encargadas de generarlos, que al estímulo antigénico corresponden con oleadas de receptores libres, según la ley de Weigert invocada por Behring; y la hipersensibilidad del estado alérgico obedece a la falta de receptores libres,

que si existieran en la corriente humoral, servirían de tope o ergástula a los alérgenos circulantes; de manera que la exaltada sensibilización celular nace de la falta del escudo protector representado por las reagentes libres, falta que permite al elemento proteico extraño llegar a la célula, anclar en ella y perturbar su funcionamiento. Así, pues, en la inmunidad, superproducción y *superabundancia* de anticuerpos, y en la alergia, *escasez, penuria de los mismos*: he ahí, a mi modo de ver, la explicación de la disparidad entre los estados alérgicos y los de franca inmunidad.

Se podría alegar que si en la alergia existe falta o escasez de reagentes, ¿cómo es que de hombre a hombre (transmisión homogénea) son casi siempre transferibles los estados pasivos? Y podría responderse que, precisamente por su escasez, el segundo contacto con el alérgeno los agota, y ya sin ese tope, el resto de la proteína alérgica llega al seno de los tejidos, invade las células, obtura los receptores sesiles y desarrolla su función bioquímica perniciosa.

No se trata, en verdad, de apurar las disquisiciones y las hipótesis. La intimidad del fenómeno permanece todavía oscura, y la función de los antígenos es tema debatido constantemente por los investigadores. Krehl dice (*Entstehung, Erkennung und Behandlung Innerer Krankheiten*, 13.<sup>a</sup> edición, 1930) que considera problemática su existencia en la alergia, y con palabras sibilinas, excepcionales en su léxico, añade que piensa “en acciones alteradas de substancias fisiológicas venidas de otras células”.

Teale, recientemente, (*Journal of Immunologie*, tomo XXVIII, 1935), deduce de sus experimentos que el poder sensibilizante del suero de animales sensibilizados, depende de su contenido en lisinas, lo que permite afirmar que en la alergia hay anticuerpos, si bien éstos son los naturales y nativos, no reagentes de acción específica. En contra de ello puede afirmarse que las reagentes son verdaderos anticuerpos; aparte de su mayor o menor resistencia a la temperatura de 56° (termoestables o termolábiles), que unos afirman y otros niegan, conservan largo tiempo su actividad guardadas a 0°; exigen período de latencia para manifestar sus efectos, y neutralizan *in vitro* los alérgenos en proporciones determinadas, caracteres que si no son idénticos, se acercan mucho a los propios de los cuerpos inmunizantes.

En resumen, la explicación de la génesis y mecanismo de los fenómenos alérgicos, con arreglo a los conocimientos actuales, radica en dos condiciones: primera, sesilidad de los receptores, como igualmente se admite para la anafilaxia, y en oposición a la inmunidad que los acusa libres; y segunda, pobreza de las reagentes elaboradas por estímulos del primer contacto, también en oposición a la inmunidad que obedece a la presencia superabundante de anticuerpos libres.

R. 111

### Información científica del Extranjero

## Estudios recientes sobre la patología de la inflamación

POR EL

Dr. R. MARESCH  
(De Viena.)

(TRADUCIDO Y ADAPTADO POR F. G. D.)

Después de los trabajos de Metschnikoff sobre la fisiología de la inflamación, y de los de Roessle sobre su filogénesis, parecía agotada la materia acerca de este asunto. Ciertamente que entre lo francamente inflamatorio y lo normal quedaba una zona intermedia. Algunas veces el organismo reaccionaba ante irritaciones muy débiles, con procesos también amortiguados, cuyo carácter inflamatorio no podía negarse, pero que no alcanzaban la categoría de francamente morbosos. Se les llamaba inflamaciones fisiológicas, y podían considerarse como el preludio o el boceto de una inflamación franca.

Hoy día llaman la atención dos nuevas formas estudiadas preferentemente por Pirquet y por Eppinger, que son la *inflamación hiperérgica* y la *inflamación serosa*.

Pirquet fué quien vió y describió el fenómeno de la alergia, concepto que revolucionaba las teorías y creencias que por aquella época se profesaban acerca de las enfermedades infecciosas. Hizo que los patólogos tuvieran que desviarse de sus tendencias organicistas y localistas y hubieran de mirar más al organismo en conjunto, y si bien se columbraba que un proceso, al parecer localizado, no podía traer como consecuencia obligada el que todas las células de aquel ser tuvieran que enfermar, sí quedaba patente que ese trastorno local provocaba un cambio profundo en los humores, cambio que se reflejaba en el funcionamiento de todas las células y de todos los procesos vitales. Pero los patólogos no se conformaron con esto y buscaron el substrato anatómico de aquel trastorno.

Froelich vió que si a una rana sensibilizada con un suero se le aplicaba en determinado sitio una gota de antígeno, en el sitio de aplicación (gecrosis) aparecían fenómenos reactivos con sorprendente rapidez, gran violencia y extrema duración. Se apreciaba que aquellas reacciones tendían a bloquear inmediatamente el sitio donde actuó el antígeno, y que para ello se formaba con toda rapidez a su alrededor una zona de capilares que no contenían glóbulos sanguíneos (zona de éxtasis seroso), y una zona de emigración leucocitaria e infiltración edematosa, mientras que en el mismo sitio en que actuó el antígeno se hinchaba y reblandecía el tejido colágeno. A esta forma peculiar de inflamación se la llamó *inflamación hiperérgica*.

Roulet vió cosa análoga en los animales de sangre caliente, y comprobó además una zona periférica de granulaciones con células gigantes. Klinge pudo ver más tarde que, depositando el antígeno en las articulaciones de conejillos sensibilizados y graduando convenientemente su dosis, aparecían reacciones más lentas y suaves, formándose a la postre nódulos en las partes

blandas de las articulaciones, nódulos que podían observarse igualmente en el miocardio. Así apareció la teoría hiperérgica del reumatismo, que sostiene constante controversia con la específica de Aschoff, ganando cada día más adeptos.

Los signos principales de estas reacciones alérgicas lentas son: 1.º La hinchazón fibrinoide de la sustancia colágena paraplástica, manteniéndose siempre su textura especial de enrejado. 2.º Reacciones celulares que traen consigo la formación de granulomas típicos (nódulos reumáticos). 3.º La formación de cicatrices en los sitios en que asentaron los granulomas.

Pronto se aplicaron estos estudios a la patología, y hoy nos sirven para explicarnos en parte la patogenia de la periarteritis nodosa y la génesis de la glomerulonefritis difusa. Matsugis y sus colaboradores vieron que inyectando clara de huevo de gallina en la arteria renal de un conejillo sano se provocaba una lesión focal del riñón, mientras que si se inyectaba la misma clara de huevo a un conejillo sensibilizado aparecía una glomerulonefritis difusa. Por lo tanto, esta enfermedad podía considerarse como un caso más de inflamación hiperérgica.

\* \* \*

Antiguamente se hablaba de catarros y de derrames serosos, caracterizados porque el líquido derramado no contenía células y era rico en albúminas. Tales derrames eran algo parecidos a los edemas y derrames hidrópicos.

Eppinger vió que el líquido de muchos edemas era rico en albúminas, atribuyó esto a lesiones en las paredes de los capilares, y dijo que en tales casos había "albuminuria en los tejidos". Roessle llamó la atención sobre las infiltraciones en los parénquimas, estudió las del hígado en las cirrosis hepáticas y las de esta misma viscera en los basedownianos. También se ocupó a este propósito de la influencia de las esclerosis múltiples de las glándulas de secreción interna.

Este proceso de infiltración por un líquido rico en albúminas y desprovisto de células fué bautizado por Roessle con el nombre de *inflamación serosa*.

Se fundaba para esto: 1.º, en que tales infiltraciones sólo se presentaban cuando estaban alteradas las paredes de los capilares, lo que también ocurre en los procesos inflamatorios puros, y 2.º, en que muchas veces ocurre que estas inflamaciones serosas puras se transforman al cabo de tiempo en inflamaciones genuinas con exudado rico en células. No hay, por tanto, una separación neta y precisa entre las inflamaciones serosa y genuina, y asimismo se ven formas intermedias entre la inflamación serosa y el derrame edematoso pobre en albúmina. Por ello, algunos han llamado a esta inflamación *edema inflamatorio*. Estos procesos aparecen también en la periferia de los focos inflamatorios verdaderos, ocupando a veces grandes extensiones.

Al lesionarse las paredes de los capilares pierde su eficacia la barrera sangre-líquido intersticial. El endotelio capilar es el primeramente afectado en tales procesos.

Desde hace tiempo también se conocen infiltraciones parenquimatosas consecutivas a lesión de las paredes de

FOSFORO

POTASIO

MANGANESO

## Una Ayuda Para Combatir la Sépsis Crónica

CALCIO

La colesistitis crónica, la prostatitis crónica, y la colitis crónica, son unas pocas de las condiciones comunes que ocasionan un estado de sépsis crónica.

EL JARABE DE FELLOWS suple los elementos minerales que necesita el organismo en estas condiciones. La dosis que se sugiere es la de una cucharadita cuatro veces al día, en agua.

SODIO

### MUESTRAS A PETICION

Distribuidores en España:

SOCIEDAD ANONIMA DE DROGUERIA VIDAL-RIBAS,

Cortes, 639 — Barcelona

HIERRO

## JARABE de FELLOWS

## GRANULOS CHANTEAUD

Acido arsenioso..... miligr.  
Aconitina amorfa..... ½ miligr.  
Agaricina..... miligr.  
Arbutina..... centigr.  
Atropina..... ½ miligr.  
Atropina (sulfato)..... ½ miligr.  
Boldina..... miligr.  
Bromuro de Alcanfor..... centigr.  
Brucina..... ½ miligr.  
Cafeina..... miligr. centigr.  
Cafeina (arseniato). miligr.  
Calcio (sulfuro)..... centigr.  
Calomelanos.... miligr. centigr.  
Cicutina ((brohdo) ½ miligr.  
Codeína..... miligr. centigr.  
Digitalina amorfa... miligr.  
Emetina..... miligr.  
Esparteina (sulfato) centigr.

Estricnina (arseniato de).. ½ miligr.  
Estricnina (hipofosfito de) ½ miligr.  
Estricnina (sulfato de).... ½ miligr.  
Estrofantina..... 1/10 miligr.  
Evonimina..... miligr.  
Hiero (arseniato de)..... miligr.  
Helenina..... centigr.  
Hidrargírico (bioduro)..... miligr.

Hidrastina..... miligr.  
Hiosciamina..... 1/4 miligr.  
Iodoformo..... miligr.  
Juglandina..... centigr.  
Lobelina (sulfato)..... ½ miligr.  
Picrotoxina..... ½ miligr.  
Pilocarpina (nitrato de).... miligr.  
Podofilino..... centigr.  
Quasina..... miligr.  
Quinina (arseto. de) miligr.  
Quinina (hidroferro-  
cinato de).... miligr. centigr.  
Quinina (bmtto. de Sulfato.  
Quinina (valetto. de) 2 centigr.  
Scilitina..... miligr.  
Sal de Gregori..... miligr.  
Sosa (arseniato de) miligr.  
Zinc (fosfuro de)... miligr.



El Mejor  
PURGANTE  
LAXANTE  
DEPURATIVO

# SEDLITZ CH. CHANTEAUD

Laboratoires CHANTEAUD, 54, Rue des Francs-Bourgeois, Paris

Contra :  
Estreñimiento  
Estado bilioso  
Jaquca  
Congestionés.

Depósito en España: I. URIACH y C.º. Bruch, 49. BARCELONA.

Ayuntamiento de Madrid

Remineralización integral

# OPOCALCIUM

del Doctor Guersant

**IRRADIADO** con Vitamina D. pura cristalizada  
Paratiroide (extracto titulado en unidades Collip)  
sellos, comprimidos, granulado.

**SENCILLO** : sellos, comprimidos, granulado.

Guayacolado : sellos.      Arseniado : sellos.

A. RANSON, Farmacéutico, 121, Av. Gambetta, PARIS XX<sup>e</sup>

LITERATURA Y MUESTRAS

J. GARCIA MARTIN

Fernandez de la Hoz, 20

MADRID

M. SOLER ELIAS

Muntaner, 191

BARCELONA

VEINTE PEPTONAS DIFERENTES

+

HIPOSULFITO DE MAGNESIO Y DE SOSA

+

SALES HALOGENAS DE MAGNESIO

# ANACLASINE

RANSON

COMPRIMIDOS  
GRANULADO

DESENSIBILIZACIÓN  
ESTADOS HEPÁTICOS  
ACCIÓN COLAGOGA

A. RANSON, Farmacéutico, 121, Av. Gambetta, PARIS, XX<sup>e</sup>

LITERATURA Y MUESTRAS

J. GARCIA MARTIN

Fernandez de la Hoz, 20

MADRID

M. SOLER ELIAS

Muntaner, 191

BARCELONA

los capilares, y hace más de treinta años fué observada en el hígado de los niños muertos por difteria.

Son muchos y muy variados los venenos que pueden dañar la pared capilar. Eppinger comprobó que los perros intoxicados con formiato de alilo tenían en su conducto torácico una linfa, tanto más rica en albúminas cuanto mayor era la cantidad de tóxico empleado, y aumentando la dosis de éste llegó a obtener una linfa análoga al plasma sanguíneo. En estos casos se apreciaba también una intensa infiltración e inflamación serosa del hígado. Forzando la dosis y, por consiguiente, la alteración de la pared capilar, la linfa tomaba aspecto sanguinolento y adquiría un tinte rojizo. Podía hablarse entonces de una forma mixta o de una inflamación serohemorrágica.

Cuando las lesiones eran moderadas el proceso era reversible; en los demás casos persistía y se observaba la formación de fibras colágenas en el líquido. Aunque parezca raro que estas fibras puedan aparecer en un líquido desprovisto de células, recuerda el autor cosa análoga en la cavidad *corda* de los amoetetos. Por lo tanto, hay que rectificar la antigua idea de que los procesos de fibrogenesis requerían para su aparición la presencia de células mesodérmicas.

Roessle vió que en las cirrosis hepáticas existían procesos de esta índole, y Eppinger, prosiguiendo sus experiencias en perros intoxicados por el formiato de alilo, provocó en ellos la aparición de cirrosis hepáticas sin más que moderar las dosis y persistir en su administración. Nada de particular tiene que irritaciones sostenidas y prolongadas, por cualquier otro tóxico, desencadenen también cirrosis del hígado. La naturaleza del irritante importaría poco al lado de la dosis y la duración. Aunque hasta la fecha los estudios y experiencias se han circunscrito a la inflamación serosa del hígado y a su cirrosis, es lógico pensar que procesos análogos se desarrollarán en los riñones, en el miocardio o en cualquier otra víscera sobre las que actúen tóxicos o irritaciones análogas. Eppinger ha visto en animales de experimentación procesos análogos en las válvulas aurículoventriculares, especialmente en sus bordes, prolongándose la inflamación a lo largo de los tendones del miocardio. La lesión fundamental era una proliferación de las células subendoteliales y una infiltración del tejido conjuntivo.

Tales lesiones, extendidas al miocardio, ofrecen cierta analogía en su estructura con la de los nódulos de Aschoff, y he aquí cómo de las lesiones de la inflamación serosa pasamos, insensiblemente, a las de la hipérgica.

Piquer explicaba esta última admitiendo que, al encontrarse antígenos y anticuerpos, se producía una substancia tóxica, la apotoxina, que desencadenaba la inflamación. Si así fuera, no podría negarse la probabilidad de que otras toxinas provocaran reacciones idénticas, y en esto se fundan los que aceptan que el reumatismo articular nunca es una infección específica debida a un agente definido y siempre igual, sino simplemente una reacción inflamatoria hipérgica provocada por causas diversas, que se desarrolla en un individuo sensibilizado, y, según Eppinger, incluso en los no sensibilizados de antemano.—(*Wiener Klin. Woch.*, 1935, núm. 40.)

## LA RUTA DE ESCULAPIO

(Crónica de un viaje médico-histórico por los Museos de Europa)

POR EL

Doctor ALBIÑANA Y SANZ

Graduado en las Facultades de Medicina, Derecho, Filosofía y Letras

XVII

LA GLORIA DE MONTPELLIER

Solamente diez días he permanecido en Lyon, y de ellos han sobrado cinco, pues a la quinta jornada ya nada tenía que hacer; el breve Museo Médico-histórico se visita más que detenida, lentamente, en una mañana; y en cuatro días de estudio en la biblioteca de la Facultad se informa uno de cuanto le interesa. Ya dije antes que la documentación histórica es muy escasa en estos archivos, y por eso se acaba pronto.

Mi atención estaba solicitada por el recuerdo de Montpellier; sentía impaciencia devoradora por pisar el recinto sagrado de la célebre Escuela; y después de despedirme del bondadoso profesor Lacassagne, que tuvo la amabilidad de regalarme y dedicarme sus obras de Medicina forense, muy importantes y curiosas, salí de Lyon en plena y hermosa mañana primaveral.

El trayecto es hermoso. Obsérvase ya la abundancia de obreros españoles que contribuyen a la prosperidad agrícola del Mediodía francés; brazos emigrados que vinieron aquí atraídos por un elevado jornal, y que ahora no pueden enviar un céntimo a sus familias, porque, además del enorme encarecimiento de la vida, la baja de los francos hace que, al convertirlos en pesetas, produzcan una cantidad irrisoria.

En el camino voy dando con poblaciones conocidas: Avignon, la corte papal del cisma pontificio, con su vieja Universidad, fundada en 1303, por Bonifacio III, a la que se agregaron dos maestros de Medicina en 1448; Esta escuela médica, reconocida definitivamente por el Papa Julio II, fué desgraciadísima, pues las guerras de religión y las pestes que azotaron la villa desde 1518 a 1568 constituyeron dos obstáculos para su desenvolvimiento. La concurrencia de alumnos fué siempre muy escasa.

Un poco más abajo, Tarascón, la ciudad apacible de donde Alfonso Daudet sacó su *Tartarin*, el gracioso cazador de gorras al aire. Nimes, la importante urbe romana del Languedoc, con su circo, abandonado ayer y concurrísimos hoy por los devotos de la tauromaquia. Ofrécense a la vista, alternativamente, grisis olivares, que parecen transportados de las provincias andaluzas; viñedos interminables, como los de nuestras llanuras manchegas; y a medida que se acerca Montpellier, como gaya envoltura de la ciudad sabia, una sábana inmensa de esmeralda, que recuerda la primorosa huerta de mi tierra valenciana.

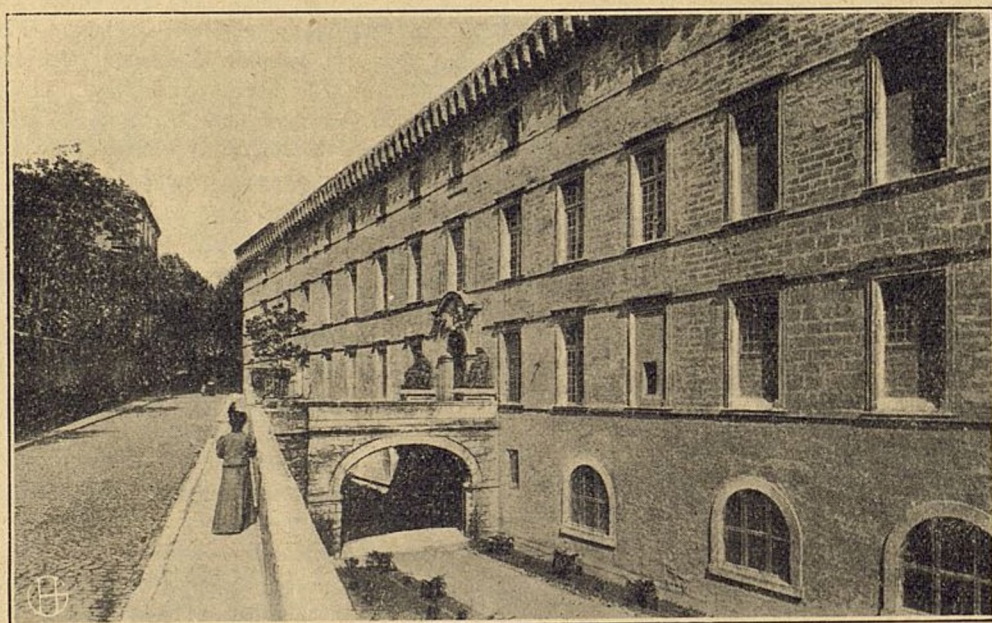
La hora de mi entrada en la población ha sido escogida: cuatro de la tarde. El sol, ese sol espléndido del claro cielo de Provenza, envuelve a la urbe, haciendo resaltar el agrado de sus edificios limpios y blanqueados; hay calma en la ciudad; sus amplias vías son más capaces de lo que el tráfico requiere.

Es tal mi curiosidad, tan inquietante y tan intenso mi

deseo de pisar pronto el local de la Escuela famosa, que apenas si empleé diez minutos en instalar mi equipaje en el hotel y lanzarme a la calle; a nadie tuvo necesidad de preguntar para orientarme. Un pequeño plano de Montpellier me decía dónde estaba la parte moderna de la población y dónde la antigua; contigua a la Catedral está la Escuela. Y me lancé por callejas estrechas y empinadas, evocadoras de lances caballerescos medievales. ¡Oh los ojos coquetones de la bella que suspira lanzando su fuego a través de la celosía, guarnecida de férreos barrotes! ¡La cautelosa salida de la dueña para

ta que una orden severísima ha terminado con tan abusivo despojo.

Una amplia escalera, que arranca del vestíbulo, da acceso al Museo Anatómico, amplio, elegante, de perfecta y cómoda instalación; el techo está adornado con retratos de profesores de la escuela. En el mismo Museo, aunque en sección aparte, hay expuesta una excelente colección de instrumental quirúrgico, perteneciente en su mayoría al último tercio del siglo XVIII y primera mitad del XIX. En el mismo piso está la Biblioteca, de la cual he de ocuparme más detenidamente.



Edificio de la Facultad de Medicina de Montpellier, con su foso y su paso a modo de puente levadizo, que le dan un carácter de fortaleza medieval.

entregar al galán, impaciente, el billete amoroso, que lee a la luz de la lamparilla de aceite, colgada ante una hornacina para alumbrar al Santo, patrón de la calle! ¡El diario desfile de los escolares, envueltos en sus hábitos, amplios y largos, recogidos por la cintura, como sayales de penitente!

Todas las calles que afluyen a la Catedral son pendientes de pronunciada rampa; la Escuela, pegada materialmente al templo, con el cual se continúa, semeja una fortaleza, sensación que se completa con la presencia de un puente de acceso, sobre un foso, que recuerda un puente levadizo, a ambos lados del cual se levantan las estatuas sedentes de Lapeyronie y Barthez, que parecen orgullosas de prestar guardia de honor a este glorioso Centro del saber.

La entrada en el edificio causa una honda emoción, por el cúmulo de recuerdos que acuden a la mente. El vestíbulo está adornado con los bustos de eminentes maestros desaparecidos; la sala de profesores ofrece una magnífica y valiosa galería de retratos; el salón de grados contiene estimables pinturas, entre ellas la que representa la lectura de la bula de Nicolás IV instituyendo la Universidad de Montpellier; y como una reliquia venerada, guarda esta Escuela la túnica doctoral que vistió Rabelais, la cual hállase muy mermada, pues raro ha sido el visitante de categoría que no haya solicitado y obtenido un trozo de la famosa vestimenta, has-

La moderna restauración del edificio, hecha a expensas de un contiguo convento de Benedictinos, resta emotividad a la mansión; sólo un viejo patio claustral, de piedras ennegrecidas por el tiempo y festoneadas de hierbas parásitas, que perteneció a los religiosos, y que hoy da entrada al anfiteatro anatómico, ofrécese en la fábrica reciente como una huella ancestral.

Detrás de la Escuela, en una amplia avenida, está el Jardín Botánico; y en torno del edificio, varios jardinillos particulares asoman su alegre frondosidad por las tapias de viejos caserones.

Los orígenes de esta gloriosa Escuela y sus primeras etapas, que durante mucho tiempo han sido envueltos en la leyenda, pueden actualmente reconstruirse sin dificultad, gracias a los textos originales hallados en remotos archivos. Hay abundancia de materiales para ello; la mayor parte de la literatura escolar de Montpellier, repetida hasta la saciedad por autores que no han hecho más que copiarse unos a otros, sin tomarse el trabajo de ahondar en sus estudios, confrontando textos, está muy diseminada; pero lo fundamental está en los Archivos departamentales y municipales; en la biblioteca de la Facultad: las *Memorias de la Sociedad Arqueológica del Herault* y en los *Anales de la Academia de Ciencias y Letras de Montpellier*. Estas son las fuentes verídicas adonde debe acudir todo investigador.

La situación geográfica de esta ciudad y su pasado po-

lítico han sido las causas principales de la instalación y gran desarrollo de su Escuela. En efecto, no hay más que examinar un mapa de Francia de comienzos de la Edad Media para comprender el porvenir que a la zona en que está emplazado Montpellier le estaba reservado. La fértil extensión comprendida entre los Pirineos, que la separaban del Reino de Aragón, y el Ródano, que señalaba la frontera con el Reino de Arlés, constituía una individualidad regional claramente determinada, que se designó en la época de la conquista romana con el nombre de *Galia Narbonensis*, perfectamente enlazada con los principales centros por medio de la vía militar conocida por el *Camino de La Moneda*. Esta privilegiada situación no cambió cuando la invasión bárbara demarcó en ella la Septimania, y subsistió también, íntegra, en el período feudal, con la denominación de Generalidad Oriental del Gobierno de Languedoc. Tales eran las ventajas terrestres que la colocaban como lugar de paso entre el Oriente y el Occidente de Europa.

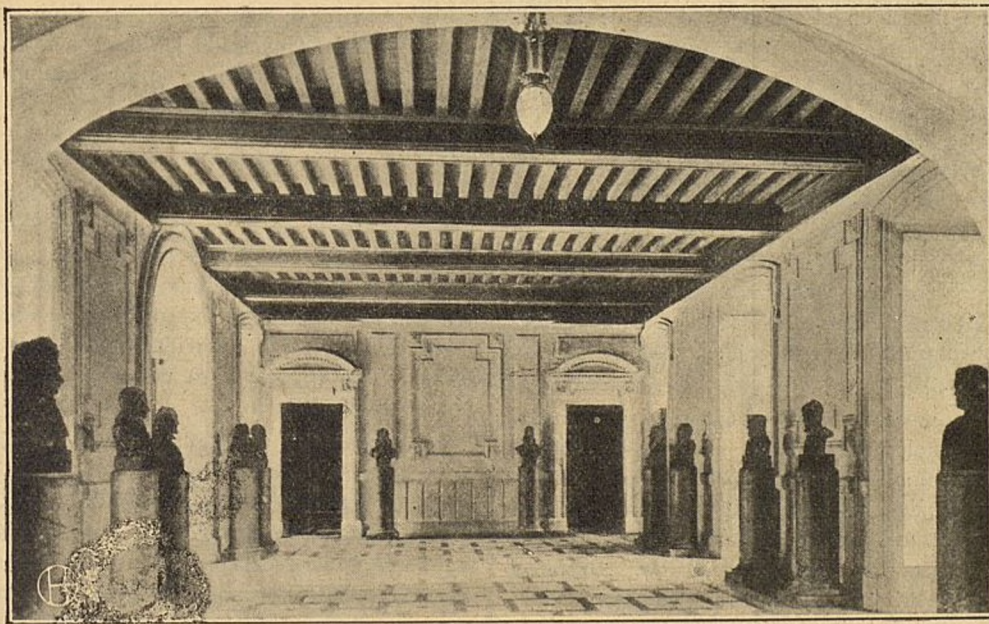
Aún era más envidiable su situación marítima, pues hasta que, en 1481, Luis XI adquirió la Provenza y Marsella, Francia no contaba con otro acceso al Golfo de Lyon que este territorio; de ahí la importancia que desde el doble aspecto comercial y estratégico tenía el único puerto existente en la antigua ciudad de Maguelone, entonces insular, mencionada ya en el siglo II de nuestra Era en el itinerario de Antonio. A ese puerto, tan próximo a Montpellier, afluía toda la navegación del Sur de Europa, el Norte de Africa y Occidente de Asia.

En esta Facultad se conserva un curioso mapa del si-

compuesto en su mayoría de traficantes de especies que traían de Oriente; la colonia se llamó por esta razón *Montaña de los Especieros*, en latín *mons piscillarius*, y de aquí arranca la etimología de Montpellier. ¿Quién hubiera pensado que un pueblecillo de origen tan vulgar había de desarrollarse en proporciones que produjeran la Escuela más sabia de su tiempo!

La joven ciudad era tributaria del Obispado de Maguelone, que ejercía sobre ella plena soberanía; pero, a partir del año 990, los obispos reserváronse solamente la parroquia Saint-Denis, cediendo sus derechos sobre la población a un gentilhombre llamado Guillem (nombre provenzal de Guillermo), en cuya familia se vinculó durante tres siglos el señorío de Montpellier.

El crecimiento comercial fué rapidísimo; el cabotaje ejercido con España y la navegación de altura hasta la parte oriental del Mediterráneo, como consecuencia de las Cruzadas, en las que los señores de la ciudad tomaron parte, hicieron de ella una población cosmopolita; acudían los comerciantes del Norte a efectuar sus transacciones; acudían los árabes, que, en su afán de conquista y de proselitismo, cayeron sobre los restos del Imperio romano, eligiendo a Montpellier como centro estratégico para sus manobras políticas y comerciales; y los judíos, arrastrados por el movimiento iniciado después de la toma de Jerusalén, instaláronse también en la ciudad. Tal incremento tomaron y tan grande llegó a ser su preponderancia, que Guillem vióse precisado a renovar la prohibición que impedía a los judíos ser elevados a la Baylia, o sea el ejercicio de la autoridad lo-



Vestíbulo de la Facultad de Medicina de Montpellier, con las estatuas de eminentes figuras científicas.

glo xv, donde se puede estudiar perfectamente esta disposición, y que reproduzco para que el lector pueda formarse cabal idea de la misma.

Arrasada la ciudad de Maguelone por Carlos Martel, en el año 737, de cuya destrucción solamente se salvó la Catedral, sus habitantes fundaron dos lugares gemelos al pie de una colina, cerca del río Ler, en la proximidad de la vía romana; la actividad comercial acreció y fusionó estos dos pueblecillos, cuyo vecindario estaba

cal. El sabio Rabino Benjamín de Tudela, en su itinerario de 1174, hace notar la extraordinaria prosperidad de Montpellier.

No sólo existían hombres de negocios en la espléndida urbe comercial. En el silencio de las sinagogas y en sus retiros particulares laboraban muchos hombres, cuyos cerebros fueron el depósito de la ciencia griega. Arabes y judíos, que habían recorrido lejanos pueblos, llegaron hasta la sabia Alejandría, recogieron las tra-

diciones hipocráticas, avalorándolas con comentarios y adiciones: así se formó el primer caudal científico de Montpellier. Por eso puede afirmarse que esta Escuela ha sido el santuario medieval de Hipócrates, a cuyo culto se entregó, prolongándolo hasta los tiempos modernos. De este esplendor hipocrático queda, como recuerdo material, el busto del padre de la Medicina, que figura en todos los sellos de la Escuela, hasta el siglo XIX, y la divisa *Olim Cous nunc Monspeliensis Hipocrates*,

Esta disposición, aunque radical, no dejó de ser justa, ya que para autorizar solamente a determinadas personas hacía falta lo principal, y era una forma oficial de acreditar competencia sobre los excluidos de esta función, y esta prueba no existía entonces. Pero, por otro lado, la orden produjo efectos deplorables en punto a moral profesional, pues estando facultado todo el mundo para enseñar, surgió una enojosa competencia entre los maestros, quienes, por todos los medios, lícitos e ilí-



Mapa del siglo XV para determinar las causas geográficas del desarrollo de la Escuela de Montpellier.

inscripción que figura en el salón de actos de la Facultad.

En esta época, la Medicina era ejercida por curanderos y charlatanes, no mereciendo apenas sus prácticos ninguna consideración social; pero, a partir de este momento, y merced a la cultura clásica que llegaron a adquirir los nuevos profesionales, fueron respetados y admirados por sus contemporáneos; y su fama fué tan grande, que gran número de extranjeros, de todas las partes del mundo conocido, acudían a Montpellier, atraídos por la sabiduría de sus maestros, bien como enfermos, para consultarles, bien como discípulos, para recibir sus lecciones.

El magisterio médico ejerciase entonces sin limitación ninguna; simples particulares, sin título ni distintivos, podían enseñar libremente, abriendo su academia privada y estipulando el precio de sus lecciones. La ausencia absoluta de toda reglamentación favorecía todas las iniciativas, hasta las más descalificadas. Surgieron grandes abusos, hasta el punto que los médicos más instruidos quejaronse al Señor, Guillem VIII, rogándole que sólo a los más sabios les estuviere permitido dar esta enseñanza. Las quejas no fueron atendidas; al contrario, Guillermo calificó esta pretensión de "odiosa, injusta e impía", y en su declaración de enero de 1181 manifiesta que: "En interés del bien público, mi propia utilidad y la de mis vasallos, no daré jamás, cualquiera que fueran las súplicas, el derecho de leer o de tener escuela de Medicina en Montpellier. Por lo cual, tanto en mi nombre, como en el de mis sucesores, doy plenos poderes para enseñar a quien lo desee, quienquiera que fuere y de donde viniere."

citos, procuraban arrebatarse los discípulos. Semejante anarquía habría excitado la lamentación de Guillem, y acaso le hubiera inducido a reglamentar restrictivamente la enseñanza. Pero ya era tarde: Guillermo había muerto, dejando como única heredera a su hija María, casada en 15 de junio de 1204 con Pedro, rey de Aragón, razón por la cual el señorío de Montpellier pasó a formar parte de la corona aragonesa. Los nuevos señores no quisieron intervenir en las discordias escolares, por no parecer inclinados en favor de ciertos profesores. La anarquía continuaba; solamente un poder desinteresado y con autoridad moral bastante podía intervenir con eficacia para normalizar la situación: este poder era la Iglesia.

La propaganda de los albigenses se extendía por el orbe cristiano; para contenerla, el Papa Honorio III envió en 1220 a los pueblos del Mediodía al Cardenal Conrad, Obispo de Porto y de Santa Rufina, que en su itinerario hizo escala en Montpellier; aunque en esta ciudad no había prendido la herejía, el prelado se detuvo en ella por ser considerado como dominio pontificio desde que en 1085 el sobrino de San Bernardo de Aniano hizo homenaje de su señorío al Papa Gregorio VII. Los altos dignatarios eclesiásticos acogieron al Cardenal con los respetos debidos a su rango, y los médicos de la ciudad aprovecharon la ocasión para elevar sus quejas al legado pontificio, referentes al abuso que cometían los clérigos practicando la enseñanza médica a pesar de las prohibiciones que los concilios de Montpellier, celebrados en 1162 y 1195 imponían a los eclesiásticos, castigando la infracción con las más severas penas canónicas. Esta sanción debía tener fuerza

# EUPNINE VERNADE

AL YODURO DE CAFEINA ESTABLE



ASMA - ENFISEMA  
OPRESIONES  
BRONQUITIS CRÓNICA  
ENFERMEDADES DEL CORAZÓN  
Y DE LOS VASOS  
ARTERIOESCLEROSIS  
HIDROPESIAS  
ANGINA DE PECHO  
INTOXICACIONES-UREMIA  
RESULTAS DE GRIPE



## DOSIS MEDIA

UNA CUCHARADA DE LAS DE CAFÉ POR LA MAÑANA  
Y POR LA TARDE, AL PRINCIPIO DE LAS COMIDAS.



MUESTRAS Y LITERATURA:  
LABORATORIO DARRASSE, 13, RUE SAINT MAURICE  
NANTERRE (SEINE)

O.V.P.

EXPECTORANTE al mismo tiempo que SEDANTE  
en todas las afecciones de los órganos respiratorios

# IPECOPAN

SANDOZ

Se puede prescribir sin receta especial de estupefacientes (R. O. núm. 792, del 20 de julio de 1929)

**EL POLVO DE DOVER EN FORMA PERFECCIONADA**

COMPRIMIDOS MALTEADOS

G O T A S

*Calma la tos irritativa*

*No ofrece peligro alguno de habituación*

*Fluidifica las secreciones bronquiales*

(por actuar la emitina como válvula de seguridad  
en caso de haber administrado dosis abusivas)

*Facilita la expectoración*

*Muy bien tolerado por los niños y adultos*

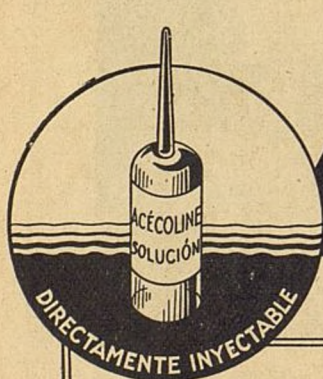
**PRODUCTOS FARMACEUTICOS SANDOZ, BASILEA (Suiza)**

OFICINA CIENTIFICA EN ESPAÑA:

Apartado núm. 1036

MADRID

Niceto Alcalá Zamora, 18



CLORURO DE ACETILCOLINA EN SOLUCIÓN ANHIDRA Y ESTABLE

# ACÉCOLINE SOLUCIÓN

LA ACÉCOLINE DILATA LAS ARTERIOLAS Y DISIPA LOS ESPASMOS VASCULARES  
CAJAS DE 6 AMPOLLAS DE 2, 5, 10 o 20 cgr.

**REBLANDECIMIENTO CEREBRAL**

*Hipertensión arterial*

**ESPASMOS RETINIANOS**

*Arteritis - Gangrenas*

**CLAUDICACIÓN INTERMITENTE**

*Síndrome de Raynaud*

**ANGINA DE PECHO**

*Cólicos de plomo*

**SUDORES DE LOS TUBERCULOSOS**

*Forma nueva*

**L. LEMATTE, DOCTOR EN FARMACIA, 52, RUE LA BRUYÈRE - PARIS-IX\***

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

ALCALÁ 9, APARTADO 310  
MADRID

CONSEJO DE CIENTO 341 Y 343  
APARTADO 698 - BARCELONA

de obligar, por encima de todas las fronteras, en toda la cristiandad, *ubique terrarum*; pero sólo la Iglesia, con apoyo de las armas espirituales, podía mantenerla.

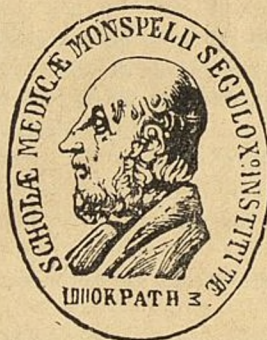
El prelado encontró muy justificadas las quejas, y ordenó "que ningún maestro ni discípulo admitiera en sus asambleas, en sus lecciones ni en los exámenes a quienes llevaran tonsura clerical, estuviere provisto de beneficio eclesiástico o hubiere recibido órdenes sagradas". Igual interdicción alcanzaba a los clérigos regulares, que debían vestir el hábito de su Orden. Esta constitución, formulada por el Cardenal Conrad en 17 de abril de 1220, reconoce la existencia oficial de un cuerpo de profesores o facultad, cuyo nombre fué por primera vez pronunciado. Los estatutos de Conrad son, por lo tanto, el acta de bautismo de la que llegará a ser célebre escuela de Montpellier; sus principales disposiciones quedaron en vigor durante cinco siglos y medio, hasta la extinción legal de este sabio centro, decretada por la Revolución en la ley de 12 de abril de 1792.

Son dignas de recordarse algunas reglas dictadas por el prudente Cardenal Conrad: "En adelante, nadie enseñe en Montpellier sin que haya sido previamente examinado y aprobado por un tribunal, compuesto por el Obispo de Maguelone y dos maestros escogidos." Así nació la reválida, grado que significaba, como hoy, la promoción oficial al ejercicio de la Medicina, y que se llamaba indistintamente *maestría*, *doctorado* o *regencia*, facultando a sus poseedores para dedicarse a la enseñanza médica. Las pruebas tenían lugar en la Catedral de San Pedro, de Maguelone.

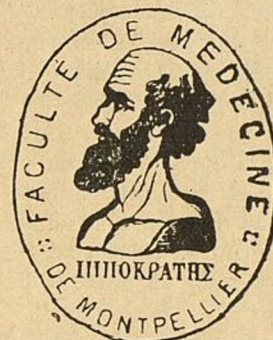
"Si surgiera alguna competencia entre algún maestro y los suyos, o con un extraño a la escuela, sus colegas y discípulos debían asistirle con su consejo y con

bido satisfacción." Y para cortar los abusos que Guilem VIII y sus sucesores no pudieron evitar, se ordena: "Que ningún maestro se capte a sabiendas al discípulo de otro, ya con ruegos, ya con dádivas, ya por cualquier otro medio."

Otro punto importante, que reconoce la preferencia de la antigüedad: "Que a los maestros más antiguos se



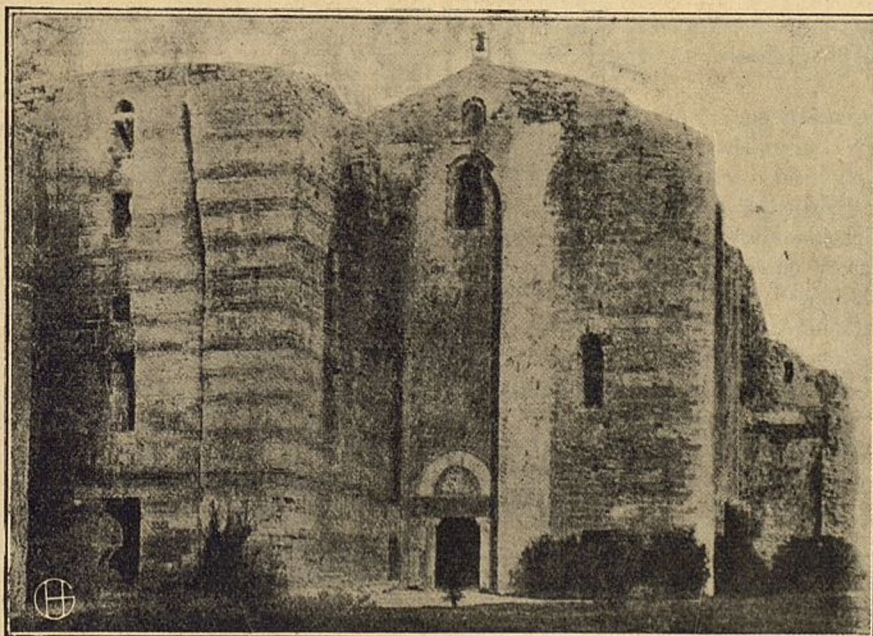
Primitivo sello de la Escuela de Montpellier.



Sello de la Facultad de Montpellier, correspondiente a la primera mitad del siglo XIX.

les rodee de consideraciones. El derecho de los procedentes es anterior al de los más modernos." Con esta disposición nace el decanato.

Por último, para mantener la debida disciplina entre profesores y alumnos establece que "el Obispo de Maguelone, asistido del decano y de dos maestros, escogidos entre los más notables, elegirá en conciencia al que haya de administrar justicia a los profesores y discípulos. Este maestro podría ser llamado canciller de la Universidad. Las decisiones del mismo serán suscepi-



Ruinas de la Catedral de Maguelón, donde nació la Escuela Médica de Montpellier.

su ayuda." Por esta disposición se reconoce el derecho de asociación a un cuerpo docente constituido, en el que sus miembros son solidarios unos de otros.

"Si un discípulo abandona a su antiguo maestro sin haberle pagado el salario, ningún otro profesor le admitirá en su escuela hasta que el anterior haya reci-

bles de apelación ante el Obispo de Maguelone y, en última instancia, ante el Tribunal de Roma".

El Papa Alejandro IV, en 1258, confirmó mediante una bula los estatutos del Cardenal Conrad.

Así se constituyó oficialmente la ilustre Escuela, merced a la intervención de un varón sabio y prudente.

Desaparecieron, por lo tanto, las nebulosidades que envolvían los orígenes de esta Facultad, y que los autores clásicos de Historia de la Medicina no se han cuidado de disipar en sus obras. Acaso esto sea debido a no haber dado con los documentos originales y necesarios para aclararlas; pero, afortunadamente, han salido a luz, dando autoridad a interesantes monografías acerca de esta escuela.

Y aquí está en su punto una reflexión de innegable interés moral y político: la Iglesia, tildada de obscurantista y retrógrada por los revolucionarios del 92, fué la que constituyó legalmente la gloriosa Escuela, mientras que la Revolución, tan progresista y amiga del saber, tuvo el triste privilegio de decretar la muerte de la Facultad famosa, que durante siglos iluminó a los pueblos con su sabiduría...

¡He ahí un disparatado contrasentido del furor sectario!

## BIBLIOGRAFIA

LA TUBERCULOSIS CRÓNICA DE LA LARINGE EN EL ADULTO, por el *Dr. Gavilán Bofill*.—Imprenta Cuesta. Valladolid.

Existen en las diferentes ramas que constituyen la especialidad otorrinolaringológica procesos patológicos en los que la acción terapéutica tiene pocos éxitos; así, en otología tenemos los procesos otoescleróticos, tan rebeldes a los tratamientos empleados; en rinología, son las afecciones de tipo océnico las que polarizan apasionadamente nuestra atención en tanteos terapéuticos, siempre renovados, y, por último, en la patología laríngea la infección tuberculosa de este órgano plantea, desde el punto de vista de pronóstico y actuación terapéutica, una serie de problemas de resolución poco brillante.

Por eso, en la actuación que el especialista laringólogo tiene en la lucha antituberculosa, de tanta actualidad en los países civilizados y tan brillante y eficazmente planteada en España, el papel más eficaz es el de *evitar* las complicaciones tuberculosas de las primeras vías respiratorias y el de contribuir al ataque terapéutico de las lesiones pulmonares mediante una puesta a punto anatomofisiológica de los órganos que constituyen el primer tramo digestivo y respiratorio.

Pero además de esta labor, que es la verdaderamente eficaz y lógica, el especialista laringólogo tiene que enfrentarse con la infección tuberculosa laríngea, siempre grave y siempre sombría, ante la que precisamente, por estas tristes características, hay que reaccionar con gallardía y con apasionado interés.

Esta norma es la que sirve de brújula al completo trabajo que el *Dr. Gavilán*, con la colaboración del *Dr. Rodríguez Beceruelo*, ha publicado en este sentido, y característica principal del mismo ha sido la totalidad con que ha tratado el asunto, estudiando todas las particularidades de problema tan sujeto a hipótesis y teorías.

La exposición de las diferentes partes que constituyen el trabajo sigue en su orden y regla una norma clásica, que a nosotros, alumnos de la gloriosa e inolvidable Facultad de Medicina de Valladolid, nos parece característica de aquella escuela en la que, en nuestro

tiempo estudiantil, los métodos deductivos y experimentales de los *Simonena*, *Morales*, *Arjona*, *López García*, *Corral* y *Salvino Sierra*, se unían en el acervo intelectual, creador de nuestra cultura médica, con las normas doctrinales que una larga práctica médica y unos profundos conocimientos fisiológicos hacían del doctor *D. Antonio Alonso Cortés* un maestro inolvidable.

La obra del *Dr. Gavilán* tiene, por las características descritas y por las que se derivan de la práctica clínica personal del autor, un relieve científico que la hace de extraordinaria valía.—*Dr. S. García Vicente*.

## PERIODICOS MEDICOS

O. PORGES.—*Tratamiento dietético de las enfermedades de las vías biliares.*

El autor se plantea estos tres problemas:

1.º ¿Hay alimentos dotados de acción colagoga intensa? ¿Deben tenerse en cuenta tales alimentos en el tratamiento de los diversos casos concretos que observamos?

2.º ¿El tratamiento dietético de las molestias gastrointestinales es capaz de disminuir o eliminar los dolores cólicos?, y

3.º ¿Qué podemos esperar del tratamiento dietético de la enfermedad primitiva causante del trastorno de las vías biliares?

Desde luego, afirma el autor que todo alimento excita la secreción biliar, por lo que en muchas ocasiones es necesario implantar una dieta, incluso severa, cosa que muchos pacientes hacen instintivamente. Pero como esto no puede sostenerse, hay que recurrir a eliminar los más intensamente colagogos, y entre ellos, en primer término, las grasas mal emulsionadas. Siendo misión de la bilis emulsionar grasas para hacerlas más fácilmente atacables por los fermentos pancreáticos, cuanto más grasas deficientemente emulsionadas se dan, mayores cantidades de bilis se segregan. Al ocurrir esto se movilizan los cálculos biliares, si existen, y aparecen los cólicos. En cambio, se permitirán las grasas bien emulsionadas. Algunos médicos dan aceite de oliva por carecer de colessterina, pero hoy día se sabe que esta substancia tiene poca influencia en la producción de cálculos biliares. Al dar grasas emulsionadas debemos suministrar con ellas hidrocarbonados en abundancia en forma de pan o de patata. La yema de huevo es fuertemente colagoga, especialmente cuando el huevo se da crudo o pasado por agua, razón por la que deben prohibirse; en cambio, se toleran bien los huevos duros, cuya yema llega al intestino en pequeñas porciones y muy reparada. Si hay un cálculo que obstruye las vías biliares y aparece ictericia, conviene dar colagogos que arrastren la piedra; entonces es el momento de las curas de aceite de oliva. También pueden darse entonces yemas de huevo.

Hay que cuidar de dar una alimentación que se soporte bien por estómago e intestino, eliminando especies, alimentos muy salados o ácidos y comidas y bebidas demasiado frías o calientes en exceso. Se evitarán las comidas copiosas y la ingestión de grandes cantidades de líquidos. Si hay estreñimiento se darán alimentos pobres en celulosa, pero excitantes del peristaltismo

como zumos de frutas, lactosa, etc., y recurriremos a ciertos medicamentos, de preferencia, aceite de parafina.

Por último, dice el autor que los trastornos de las vías biliares nunca son primarios, sino consecutivos a una enfermedad del aparato digestivo. La infección biliar no es directa; los gérmenes se absorben por la mucosa y pasan al hígado por vía circulatoria. Al eliminarse de éste infectan las vías biliares. Por lo tanto, habrá que buscar y tratar la enfermedad primitiva: catarro intestinal, tifitis, etc. Es la única forma de poder curar radicalmente la enfermedad. (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 1935, núm. 40.)—F. G. D.

J. M. GONZÁLEZ GALVÁN.—*Tratamiento de las infecciones biliares por el colato de plata.*

En el tratamiento de estas afecciones ha quedado la urotropina, las sales de plata y ciertas anilinas; modernamente, el colato de plata está conquistando fama por el resultado que proporciona.

El poder bacteriotrópico de las sales de plata está sobradamente probado, tanto experimental como clínicamente. El conseguir la química el colato de plata incorpora nuevas ventajas, pues aparte del ácido colálico, le da poder de difusibilidad y estabilidad notables, con lo que se facilita su manejo.

Experimentalmente, muestra alto poder bactericida el colato de plata y gran difusibilidad, lo que amplía su campo terapéutico a otros procesos infectivos generales, sin menoscabo de los mecanismos de defensa del organismo.

No se conocen los efectos coloidoclasicos secundarios, tan propicios con los preparados de plata coloidal, los que son evitados, sin duda, por su acción electiva sobre hígado, a cuya permeabilidad se debe dicho "shock" humoral, además de la estructura molecular de esta sal estable.

Bajo las titulaciones a que se maneja es perfectamente tolerado, sin que se conozcan casos tóxicos o fenómenos secundarios (albuminuria, erupciones, nefritis, vómitos, estomatitis, etc.) ni tampoco idiosincrasia medicamentosa.

Su indicación en patología hepática abarca toda la extensión de sus procesos infectivos: colecistitis, angiolitiasis, colangitis, así como casos febriles o subfebriles, con sensibilidad de borde hepático, orinas pigmentadas, en las que es un esbozo la localización biliar, pues están confusamente englobadas en el amplio capítulo de las febrículas.

La técnica de manejo es la práctica diaria de inyecciones intravenosas, pudiéndose, en relación con la intensidad infectiva, duplicar la dosis o espaciarlas algunos días. A la vez se hará necesario mantener todas las indicaciones de rigor: reposo, hielo o calor, dieta, analgésicos y demás cuidados generales.

Téngase muy presente que este proceder, como todos los esterilizantes hepáticos, exige permeabilidad de las vías biliares o la creencia de que el obstáculo sea vencido fácilmente con antiespasmódicos o desagüe médico.

Podemos valorar el colato de plata en inyección intravenosa como específico de las sepsis biliares de gran mérito, de gran acción, de fácil manejo y exento de contratiempos.

El autor presenta ocho historias clínicas resumidas

de 21 casos de su estadística tratados con el colato de plata (no indica dosis) con excelente resultado. (*Revista Clínica de Bilbao*, agosto 1935, año X, núm. 8, página 536.)—M. A. C.

SILLEVAERTS.—*El mareo en el viaje por vía aérea.*

Lo mismo que existe el mareo para los que viajan por mar y tierra, también lo hay para los que viajan por el aire, si bien en los otros medios el viajero se ve obligado a permanecer en el estacionamiento del mismo, en éste puede desplazarse por la elevación en caso de borrascas o tormentas.

La mayor parte de atribución del mareo en avión se debe a las zambullidas y vaivenes; así también es factor importante la atmósfera de la cabina, a causa de la poca ventilación existente. Contra esto hay las tomas de oxígeno en cantidades proporcionales. Igualmente, cuando la calefacción es de enfriamiento por aire, puede haber escape de gases. Hay que tener cuidado con las influencias de orden psíquico, no ver las bolsas de los asientos, retirar los mareados, etc., por la contagiosidad psíquica de éste.

La sintomatología, nos dice el autor, se revela en tres formas: cefálica, con zumbido de oídos, salivación, náuseas somnolencia; gástrica, con vómitos, más penosos, hallándose el estómago vacío; mixta, su nombre lo indica.

La primera cede con el aterrizaje, y la segunda puede persistir; el mareo se suele presentar a la hora, ya que casi todo el mundo soporta viajes de treinta a cuarenta minutos.

Expone primero un tratamiento preventivo a base de corregir las deficiencias de la ventilación y la calefacción; asimismo, dice, el pasajero debe acostarse con la cabeza ligeramente colgada hacia atrás. Se volará sólo una hora y media o dos después de una comida poco copiosa.

No es mala costumbre el uso de faja ceñida, y también se recomienda la inyección de atropina por vía subcutánea—0,001 gramo—, si bien algunos autores la creen demasiado alta a dicha dosis.—(*Journal de Praticiens*, 22 junio 1935.)—J. H.

G. GOTTSEGEN.—*Acción de los diuréticos sobre la reserva alcalina de la sangre.*

Al estudiar la acción de cada diurético por separado sobre la reserva alcalina de la sangre, encuentra que todos ellos (mercuriales, eufilina y dihidrocolato sódico) producen un aumento de la reserva alcalina, que es mayor en los diuréticos mercuriales y menor para los ácidos biliares. El aumento de la reserva alcalina, producido por los diuréticos mercuriales, no varía cuando se asocian con ácidos biliares.

La administración previa de cloruro amónico no hace desaparecer el efecto de los diuréticos sobre la reserva alcalina, lo cual sólo se consigue continuando la administración de cloruro amónico después de inyectar el diurético. El aumento de la acción diurética de los compuestos mercuriales que produce el cloruro amónico no depende sólo de la acidosis que producen, sino de una serie de modificaciones que produce en la composición del plasma (enriquecimiento en iones Cl, substitución del ion Na, etc.). (*W. Kl. W.*, 36-1.116-1935.)—M. B.

J. PÉREZ Y PÉREZ.—*Contribución al estudio del hemograma de Houghton.*

Con el perfeccionamiento de los medios de investigación hematológica ha aparecido gran número de relaciones entre los diversos componentes de los elementos sanguíneos, estableciéndose estas relaciones por los "índices" y "hemogramas".

Uno de ellos es el hemograma de Houghton, y el llamado por el mismo autor "índice poli-linfo-monocitario".

El "nuevo hemograma sintético" de Houghton precisa: recuento leucocitario, número de eosinófilos, número de neutrófilos, número de linfocitos, índice de Bonsdorf y velocidad de sedimentación. Pero para formar el hemograma prescinde de los dos primeros, a más de que los reduce a tres factores, ya que con los tres primeros forma el "índice poli-linfo-monocitario, o P-L-M.

Para Medlar y Pesquera, lo que más nos aproxima en la tuberculosis pulmonar al conocimiento del estado anatomopatológico es la reacción leucocitaria. En ésta, los linfocitos representan la defensa del organismo frente a neutrófilos y monocitos. Datos con los que fijaremos tal reacción; así,  $P + M - 2L =$  "índice poli-linfomonocitario", cuyo resultado será positivo o negativo; los de resultado negativo son casos de buen pronóstico, y los de resultado positivo de mal pronóstico, siendo éste tanto peor cuanto más positivo es el número.

Otro de los elementos del hemograma es el índice de Bonsdorf, o sea el número total de núcleos que se obtiene contando 100 neutrófilos, según técnica de Arnehl. Este índice es normal alrededor de 275; hállanse cifras bajas en las tuberculosis activas, indicando que este índice señala alteraciones patológicas antes que la velocidad de sedimentación, y vuelve también a lo normal más rápidamente.

El otro factor es la velocidad de sedimentación de los hematíes (V. S. H.); seguimos la técnica de Westergreen, con lectura a la primera hora.

Obtenidos los datos, veamos la forma de hallar el hemograma. A la cifra que expresa la V. S. H. sumamos algebraicamente la que señala el resultado del índice P-L-M; este número, positivo o negativo, lo restamos del número que representa el índice de Bornsdorf; así obtenemos otro número, que es el hemograma de Houghton. Para este autor oscila entre cero y 300, siendo lo que mejor indica el estado actual del enfermo, pues cuanto más alto, mejor pronóstico tiene el enfermo (por bajo de 100, mal pronóstico, y por encima de este número, buen pronóstico), mejorando a medida que más se eleva. Como el hemograma lo ha utilizado para vigilar la terapéutica de la tuberculosis pulmonar por sales de oro, sostiene que los que tengan índice por debajo de 100 no se debe tratar, pues en ellos es contraproducente.

Después de tener en cuenta los estudios de Puente Veloso y Calvello, hemos realizado este estudio en tuberculosis pulmonar, llegando a las siguientes conclusiones:

El llamado por Houghton "nuevo hemograma sintético" es un buen medio de diagnóstico y pronóstico de la tuberculosis, no sólo en sus localizaciones pulmonares, sino también en las extrapulmonares.

El hemograma puede dar cifras negativas, siendo en este caso su pronóstico, en breve plazo, fatal.

Creemos que en el hemograma existe una zona normal entre 520 y 275 aproximadamente, y que las cifras por encima de éstas dejan de ser normales, aunque teniendo buen pronóstico.

El hemograma es un buen elemento como control de la crisoterapia. Las investigaciones definitivas deben hacerse pasado algún tiempo de finalizada la cura.

El llamado también por Houghton "índice P-L-M", aunque expresa alteraciones patológicas, es muy inconstante en sus resultados, no creyendo pueda dársele demasiado valor.

Las cifras negativas de este índice son de buen pronóstico. Las positivas son normales hasta 20, y de aquí en adelante de mal pronóstico. (*Revista Española de Tuberculosis*. Madrid, agosto-septiembre 1935. Año VII, números 48-49, pág. 550.)—M. A. C.

FOLLMANN.—*Balanitis específica sifilítica.*

Da cuenta el autor de un enfermo que presenta una balanitis extendida al glande y a la cara mucosa del prepucio, que comenzó diez días antes. En la ingle izquierda, una adenopatía indolora, aparecida hace solamente algunos días. Ninguna otra manifestación cutánea ni mucosa. Los últimos coitos se remontaban a tres y seis semanas. No se observa ningún chancro ni trazas de infalación uretral. Tanto el glande como el prepucio dejan fluir una serosidad clara y abundante, que se renueva constantemente. En esta serosidad se encuentran abundantes treponemas y algunos otros gérmenes, pero no bacilos fusiformes ni otros espirilos. La serología es positiva, y el examen histológico muestra un infiltrado perivascular linfoplasmocitaria y una reacción fibrosa moderada. Opina el autor que esta balanitis representa una lesión inicial muy importante de conocer. (*Der Woch.* Tomo 99, núm. 48.)—T. B.

KNIPPING.—*Las distintas clases de edema de pulmón y su tratamiento.*

Hace un detenido estudio de la patogenia de cada una de las clases de edema de pulmón, y señala la dificultad de hacer el diagnóstico diferencial en la práctica, donde se encuentran más frecuentemente edemas agudos o subagudos, que exigen una pronta terapéutica. Siempre está indicado fortalecer el ventrículo izquierdo. Para ello, inyecta al mismo tiempo 0,3 miligramos de estrofantina y 0,48 de eufilina; esta inyección puede repetirse varios días, en los que aconseja, además, el empleo de alcanfor y cardiazol a grandes dosis, e intravenoso, si es necesario. Sangrías de 300 a 400 centímetros cúbicos están indicadas en todos los casos (salvo los de anemia muy intensa), y surten efectos muy favorables. Puede reforzarse su acción de descarga de la circulación menor por medio de éxtasis ligeros de las extremidades o de cataplasmas de mostaza. En caso de que existan como complicaciones derrames de pleura o de pericardio, que aumentan considerablemente la disnea, es conveniente evacuarlos, así como drenar los edemas periféricos, que, por ser muy intensos, reduzcan la capacidad de los vasos de las extremidades, cuando no se pueden aplicar inyecciones de salvarsán por estar lesionado el riñón. También es necesario evacuar la ascitis y combatir el meteorismo, ya que generalmente se trata de enfermos de avanzada edad, en los que la respiración es principalmente

diafragmática. Indicaciones especiales son las grandes sangrías, hasta de 800 centímetros cúbicos, en casos de enfermos pletóricos con gran presión venosa. Los sedantes, en casos de enfermos muy excitados, en los que las contracciones musculares aumentan las necesidades de oxígeno.

Menciona la beneficiosa acción de las inyecciones intravenosas de soluciones hipertónicas de glucosa, que se ha obtenido en edemas de pulmón provocados con inyecciones de adrenalina. En los casos de edema subagudo, es conveniente reducir la ingestión de líquidos y hacer algún día de cura de Carel. Provocar un aumento de eliminación de agua. En los enfermos circulatorios, en los que existe el peligro de un edema de pulmón, es necesario dar una dieta conveniente y evitar tanto que sea excesiva como deficiente; ha de contener poco cloruro sódico. Es conveniente administrar cloruro de calcio. En los edemas pulmonares de origen nervioso deben emplearse todos los medios calmantes. La terapéutica del edema inflamatorio presenta todavía mayores dificultades. Los efectos de la sangría y de las inhalaciones de oxígeno son muy escasos. Las posturas con la cabeza colgando no facilitan tampoco la evacuación del exudado que llena los alvéolos pulmonares. Cabe únicamente la posibilidad de colocar el organismo en posiciones muy forzadas, que permitan al exudado fluir directamente en los bronquios y tráquea, lo cual tiene, a su vez, la ventaja de aumentar el depósito de sangre en las extremidades, y el inconveniente de aumentar la presión en el cerebro.—(*Therapie der Gegenwart*, septiembre y octubre 1935.)—M. B.

F. D. GÓMEZ y J. L. VILLAR DEL VALLE.—*El suero salino hipertónico en los trastornos digestivos de los tuberculosos pulmonares.*

Los brillantes resultados obtenidos con las soluciones salinas hipertónicas en el tratamiento de ciertos trastornos postoperatorios son muy conocidos. No así su empleo para combatir sistemáticamente la anorexia y los vómitos de origen diverso. (J. Bertrand.)

La ineficacia frecuente en el tratamiento de la anorexia de muchos fímicos nos ha llevado a ensayar esta terapéutica. Inyectamos 29 fímicas elegidas, entre las que fracasaron diversos tratamientos, incluso insulina.

El suero salino hipertónico lo hemos utilizado a la concentración del 10 por 100, y en inyecciones intravenosas diarias de 10 cc. cada una, llegando en algunas enfermas a 60 inyecciones, y en otras interrumpiendo el tratamiento por la acción esclerosante venosa de las inyecciones.

En siete fímicas se presentaron molestias, al parecer relacionadas con las inyecciones salinas: deposiciones diarreicas, dolores abdominales (dos), ardor de estómago (una). Sólo en dos de estas enfermas hubo aumento de peso y del apetito. En estas cuatro enfermas se comprobaron lesiones de tuberculosis intestinal.

En 17, de las 29 tratadas (58,6 por 100), hubo aumento de apetito; en 12 (41,4 por 100), ninguna mejoría.

Determinadas enfermas acusaron la acción beneficiosa inmediatamente de iniciada la serie; otras empezaron a comer mejor después de haber recibido 10 o más inyecciones, y otras, que en el principio de la cura ma-

nifestaron aumento de apetito, en el transcurso de la misma volvieron a la anorexia anterior.

En las 17 fímicas que declaraban comer con más apetito, cinco no mostraron aumento de peso; 10 aumentaron, y dos disminuyeron.

Dos casos con trastornos dispépsicos y vómitos mejoraron, y desaparecieron los vómitos desde las primeras inyecciones. (*Revista de Tuberculosis del Uruguay*, Montevideo, 1935, tomo IV, núm. 6, pág. 523.)—M. A. C.

DR. MARIE CLAVEL.—*La acción galactógena de los extractos placentarios.*

En algunas nodrizas que presentan una cantidad de leche insuficiente para alimentar a sus hijos, ha estudiado el autor de este trabajo la acción de un extracto hidroalcohólico de placenta desalbuminizado y delipoideo. El estudio lo ha realizado desde un punto de vista galactógeno.

Ha empleado 10 centímetros cúbicos diarios por vía oral, después de varios ensayos, que han venido a probar ser ésta la dosis óptima. Las curas han sido de ocho días y cuatro de reposo intermedios.

Nos dice más adelante que en un gran número de casos, la cantidad de secreción láctea ha aumentado a las veinticuatro, a veces cuarenta y ocho horas de haber dado comienzo este tratamiento.

Esto permite que algunas madres puedan substituir el biberón de sus hijos por la tetada. Igualmente, la calidad de la leche se hace mejor. El análisis de la misma prueba una mayor riqueza de la misma en lactosa, manteca y residuos secos. Las enfermas experimentan también una sensación de euforia, y en los niños se nota un aumento de peso muy ostensible.—(*Paris Médical*, 14 septiembre 1935.)—J. H.

A. SOLÉ.—*La leche de mujer en el tratamiento de las hemorragias.*

Si en un objetivo se mezcla una gota de sangre fresca con otra de leche de mujer y se observa todo al microscopio, se aprecia que la sangre se coagula al cabo de uno y medio a dos minutos. Si se mezcla la gota de sangre con otra de suero fisiológico, la coagulación de la sangre tarda de cinco a diez minutos en presentarse. La leche de los primeros días después del parto no goza de propiedades tan activas; pero de los catorce a los treinta días de aquél ha llegado a su máximo de poder coagulante, poder que se mantiene inalterable durante toda la lactancia. Durante las enfermedades febriles infecciosas de la mujer-nodrizas es frecuente que desaparezcan estas propiedades coagulantes, pero al restablecerse la salud se adquieren de nuevo. Apenas existen diferencias individuales en este concepto, pues el poder coagulante de la leche es común e igual en todas las mujeres; pero la leche de otras especies animales—vaca, cabra y yegua—carece de estas cualidades. La leche de mujer, además de acelerar la coagulación de la sangre humana, acelera también la del cobayo, conejo y perro.

El principio activo que acelera la coagulación se encuentra adherido a las finísimas gotas de grasa, y al centrifuguar la leche queda en la parte separada. Este principio se altera con facilidad en contacto del aire, y la leche de mujer pierde esta propiedad a los pocos mi-

nutos de ordeñada. Por lo tanto, hay que utilizar leche fresca si queremos obtener efectos coagulantes. Esto puede comprobarse fácilmente mediante el examen microscópico de la gota de sangre mezclada a la de leche. Los efectos son puramente tópicos, es decir, que la leche estimula la coagulación de la sangre puesta en contacto inmediato con ella; pero la administración de leche por vía oral o por vía parenteral carece de acción sobre las diversas hemorragias internas.

El médico puede utilizar esta acción estimulante de la aparición del coágulo en casos de hemorragias externas de hemofílicos, debidas a heridas accidentales o regladas, en las extracciones de dientes, intervenciones médicas en fosas nasales, etc. Para ello se impregnan compresas de gasa estéril o gasa yodofórmica en leche recientemente ordeñada, y se aplican directamente sobre la herida sangrante. La compresa se deja, cuando menos, veinticuatro horas, mejor cuarenta y ocho, y luego se quita con precauciones para evitar nuevas hemorragias. El poder activo de la leche fresca en aplicaciones locales supera al del clauden y otros estípticos. (*Klin. Woch.*, 1935, núm. 38. Ap. en *Wiener Klin. Woch.*, 1935, núm. 44.)—F. G. D.

GASTÓN DANIEL.—*La curioterapia de las fístulas.*

“Creemos que es inútil—nos dice el Prof. Daniel—hacer aún hincapié sobre los inconvenientes de las intervenciones quirúrgicas en los trayectos fistulosos y, sobre todo, sobre sus recidivas frecuentes, máxime que se trata en la mayoría de los casos de sujetos caquéticos y tuberculosos.”

Como caso de usar este medio—dice—deben ser las fístulas traumáticas, accidentales y operatorias, también las inflamatorias, rectovaginales, véscicovaginales y vesiculares.

Hace una descripción muy detallada de la técnica a seguir en cada uno de los diversos casos, y dice los leves y escasos accidentes que se producen.

Pone también de manifiesto los resultados buenos que a veces se obtienen en algunos trayectos fistulosos, si bien sólo en enfermos tuberculosos, y siempre que la infección no sea profunda. (*Revue de Actinologie et de Physiothérapie*, núm. 4, julio-agosto, 1935.)—J. H.

F. GAINES y D. MUSSEY.—*Trastornos menstruales asociados con disminución del metabolismo basal no dependiente de mixedema.*

Trata estas enfermas, sometidas a cuidadosa vigilancia, con extractos secos de tiroides, y para el mejor estudio de los favorables resultados obtenidos las divide en tres grupos.

En el primer grupo incluye 50 enfermas que presentaban amenorrea de larga fecha, y cuya edad oscilaba entre veintiuno y treinta años. La medicación tiroidea produjo, además de la elevación del metabolismo basal, una menstruación regular en un 58 por 100, ligera mejoría en 14 por 100, y no ejerció ningún efecto en el 28 por 100 restante.

El segundo grupo está formado por nueve enfermas de unos treinta años de edad, que presentaban oligomenorrea, de las que se regularizó la menstruación en un 33 por 100, mejoró en un 22 por 100 y permaneció in-

variable en el resto. En seis de ellas mejoró considerablemente el estado general con la administración de extractos tiroideos.

De las 50 enfermas con hemorragias del tercer grupo, no actuó la medicación tiroidea en 26 por 100, produjo una mejoría en 20 por 100, y la desaparición de este síntoma en 53 por 100.

El autor señala la importancia de la terapéutica tiroidea en estos casos, dado la inseguridad del efecto de otros tratamientos, y la mejoría constante que con ella ha observado en el estado general.

Duda todavía si la acción del tiroides es directa sobre el ovario. (*The J. of the Am. Med. Assoc.*, 105-558-1935.)—M. B.

LINHART.—*La esterilización del cagut.*

Recientemente se ha propuesto un nuevo método de esterilización del cagut. Consiste en impregnarlo con una disolución de plata ionizada. Este metal no modifica las propiedades de material de sutura del cagut, y por su acción oligodinámica confiere a este preparado un poder de esterilización no alcanzado con ningún otro método. El cagut, impregnado con cultivos de coli, de paratífus A y B, de estreptococos y de estafilococos, queda absolutamente estéril.

El autor ha querido confirmar estas observaciones, y para ello emprendió una serie de estudios, de los que obtiene las siguientes conclusiones: mediante la impregnación argéntica del cagut se consigue destruir en absoluto, no sólo los gérmenes que pueden hallarse en la materia bruta del cagut (infección primaria del mismo), sino también todos aquellos que de un modo accidental puedan ponerse en su contacto durante las maniobras operatorias (infección secundaria).

En los tejidos no produce acción irritante alguna, y no perturba en lo más mínimo el proceso cicatricial. Por todo ello, puede utilizarse con absoluta garantía la asepsia y sin temor alguno de irritación de tejidos vivos, cualquiera que sea la forma y cantidad en que se utilice.

Las experiencias clínicas han confirmado por completo las esperanzas que los hechos de laboratorio hicieron concebir respecto a las ventajas de este preparado.

Unicamente hay que cuidar de no emplear al mismo tiempo yodo, pues este metaloide impide que se desarrollen los efectos oligodinámicos de la plata coloidal. La consistencia, flexibilidad y poder de reabsorción por los tejidos del cagut esterilizado con plata son análogos a los del cagut ordinario. (*Münchener Med. Woch.*, 1935, núm. 43.)—F. G. D.

ULRICH.—*Un tratamiento del hipo.*

Ulrich aconseja en éste una maniobra, ya usada por Platón, pero si bien éste aconsejaba hacer gárgaras con agua o bien en casos de gran rebeldía provocar un estímulo de la mucosa nasal, el autor ha hallado un buen efecto anestesiando dicha mucosa nasal mediante una solución de cocaína al 10 por 100.

La acción de este procedimiento se explicará por un estímulo inhibitor originado en la mucosa nasal.—(*Rassegna Clinica Terapica*, mayo, 31, 1935.)—H.

## SECCION PROFESIONAL

## PROGRAMA PROFESIONAL

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

SUMARIO.—SECCIÓN PROFESIONAL: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Actualidad médica madrileña: La reconstrucción del Hospital de La Latina, por el Dr. Alvarez-Sierra.—«'ost-straperlada», por Angel F. Domínguez.—Las enormidades del Escalafón de categorías, por J. Bermúdez Pintos.—Brevisimo comentario a la puesta en marcha de la ley de Coordinación Sanitaria, por Santiago Fernández de Velasco.—Nuestra ley redentora, por Sisinio Crespo.—A propósito de una suscripción: Mi fracaso, por A. Lozano Borroy.—Algo acerca de los médicos de la Lucha Antituberculosa, por el Dr. Tomás de Benito Landa.—Colegio Oficial de Médicos, de Madrid.—A todos los médicos que desempeñan plazas en los Dispensarios Antituberculosos que no sean Centrales o del Estado.—Casa de Salud de Santa Cristina, Escuela Oficial de Matronas.—Curso en el Instituto Antituberculoso Municipal.—Distinción a un redactor de EL SIGLO MEDICO.—Primer Congreso Español Pro-Médico (continuación).—Sección oficial.—Gaceta de la Salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Tertulia.

## BOLETIN DE LA SEMANA

## CON PLUMA AJENA.

Reproducimos la notable crónica publicada por el diario *A B C* el viernes 29 de los corrientes, debida a la admirable pluma del gran cronista Manuel Bueno.

## UN CONGRESO MEDICO

## COMENTARIOS A UN ÉXITO

“De cuando en cuando, el azar o la previsión de algún hombre ilustre hacen que tenga lugar en España uno de esos acontecimientos que, por lo honorosos, parece como si nos compensasen de un lustro de incoherencias, absurdos y ridículos. Nuestro nombre suena con ese motivo fuera de aquí como solía en mejores tiempos, quizás de la misma dramática inquietud que los presentes, pero de una dignidad civil que todos hemos comprometido más o menos con nuestros fanatismos banderizos, nuestras oquedades verbales y nuestras querellas fraticidas, que puede que no sean en el fondo sino resabios de una mentalidad africana difícil de adaptarse a una normal de civilización en la que estén excluidas la violencia y la pólvora.

El Congreso Internacional de Historia de la Medicina ha reunido en Madrid a hombres prestigiosos que al ponerse en contacto con los nuestros habrán advertido la ardiente curiosidad con que se sigue desde aquí la evolución cultural del mundo y la poderosa contribución que aportan nuestros médicos a una ciencia que, si no nos ha hecho más felices con sus progresos, nos ha dado más medios que oponer a las inclemencias de la naturaleza. De todas las profesiones ninguna supera en nobleza y en desinterés a la del hombre que estudia sin tregua por aliviar el sufrimiento de sus semejantes. Hay en el médico menos diligente y escrupuloso una suma de filantropía que en vano buscaríamos en otra clase técnica cualquiera, pues una gran parte de sus cuidados van hacia seres imposibilitados de remunerarlos. Desde

su punto de vista la abnegación médica es tan constante, que ya los mismos que la prodigan la consideran como un deber.

Clausurado el Congreso, sus miembros españoles más conspicuos han querido expresar su gratitud y su estimación al Dr. D. Francisco Javier Cortezo por el entusiasmo inteligente con que ha secundado las felices iniciativas de los maestros, que estuvieron a la cabeza de ese brillante certamen de talentos. Javier Cortezo ha heredado del eminente clínico que fué su padre, mi venerado amigo D. Carlos María, un espíritu curioso e insaciable en la conquista de las ideas, un corazón abierto a todo lo noble y una pasión por su carrera que pocos igualan. Sólo con seguir la tradición paternal de aquel hombre esclarecido y bondadoso puede prescindir el actual director de EL SIGLO MEDICO de asesoramientos, que serían, en su caso, superfluos, pues en la intimidad de D. Carlos ha podido aprender Javier los más altos ejemplos que recoge el discípulo del maestro que rige sus obligaciones con inflexibles principios de austeridad.

Ha habido en ese Congreso una particularidad simpática, digna de alabanza; dos clínicos eminentes, el profesor David Giordano y el cirujano Sr. Goyanes, pronunciaron sus discursos en latín, la lengua de los humanistas que se comunicaron los espíritus selectos en las épocas en que los otros idiomas que ahora consideramos vivos estaban en formación, y esa proyección espiritual de lo pretérito sobre lo presente dentro de la ciencia nos ha causado una impresión inolvidable.”

## ANIVERSARIO

El jueves 28 se cumplió el primer año de la muerte de aquel gran patriota e ilustre profesor que fué don Florestán Aguilar, vizconde de Casa Aguilar. Durante el año transcurrido han sido muchas las ocasiones en que la justicia obligó a hombres de todas las ideologías al recuerdo de los grandes mereci-

mientos de este ciudadano ejemplar, que consagró su vida, con celo insuperable, al servicio de su país y de su profesión, máximos amores, a los que rendía en todo momento tributo de mística devoción.

Según transcurra el tiempo y caigan tronchadas las malas hierbas de las pasiones de todo género que brotaron en torno de su labor excelsa, quedará ésta como monumento imperecedero que sirva de ejemplo a las generaciones futuras.

Cuanto nos honramos con la amistad del profesor Aguilar sentimos en estos momentos, aún más agudo, el duelo de su pérdida, y nos complace este justo tributo recordatorio, que rendimos ante sus familiares con cordialidad emocionada.

### Consultas

Aumenta en tal forma el número de consultas con las que nos distingue la simpatía de nuestros lectores, que muchas semanas nos es imposible atenderlas con la puntualidad que deseáramos. Por eso queremos decir hoy, desde estas líneas, a cuantos nos escriben, que todas sus observaciones encuentran eco en nuestra voluntad y a todos atenderemos, y nos preocupa solucionar, o por lo menos intentarlo, cuantos problemas se están presentando en verdadera avalancha por causa de una legislación que siempre tuvo de nosotros la más cerrada oposición.

Nadie podrá creer que nos sorprenda cuanto ocurre. Todo ello era de esperar. En modo significado el problema de los titulares se encuentra en una situación pavorosa, porque la famosa ley del Sr. Pérez Mateos ha venido a ser, como ya dijimos en otras ocasiones, una espolada a la guerra contra los titulares.

¡Triste y desdichada ley! Siempre dijimos que de toda ella no se obtendría más que un fruto, y es el de situar el problema en terreno tal, que no admite más solución que aquella que pudo dársele y no se le dió.

Trabajemos todos por que este momento llegue y en el próximo Parlamento tengamos gente lealmente decidida a resolver el problema como únicamente puede hacerse: dando al médico rural, como inspector municipal de Sanidad y médico de asistencia pública domiciliaria, el sueldo del Estado que justamente debe percibir y dando a los Municipios la libertad que en modo alguno puede negarse a sus ciudadanos, en cuanto a la asistencia médica se refiere. Con esta fórmula será únicamente posible la paz, y cuantos arbitrios complicados se pongan en plan para sortear esta solución fracasarán del modo ruidoso que en la actualidad están fracasando los establecidos por la ley de Coordinación.

DECIO CARLÁN.

### Actualidad médica madrileña

## La reconstrucción del Hospital de La Latina

Con motivo de las fiestas del centenario de doña Beatriz Galindo, "La Latina", se ha recordado por la Prensa que, al derribarse el edificio del histórico y notable hospital que ella fundó en la calle de Toledo, esquina a la Plaza de la Cebada, el Ayuntamiento de Madrid, que fué su último patrono, quedó en la obligación de reconstruirle, volviendo a colocar su artística portada, que ahora se conserva en el Museo Arqueológico.

Alvarez Villamil, que no en balde es médico, y médico madrileño, estimulado por el Dr. Verdes Montenegro y demás médicos que son gestores municipales, ha mandado desenterrar el expediente de este asunto, así como el proyecto técnico de la construcción del nuevo hospital.

Para los médicos de la generación moderna este problema no interesará grandemente, porque ya encontraron derribado por la barbarie concejil el Hospital de la Latina; pero los que hemos conocido su funcionamiento sabemos que era la institución benéfica de más rancio abolengo, y a la que tenían su máxima devoción todas las clases sociales, acudiendo a sus consultas (las primeras consultas públicas que hubo en España) centenares de enfermos, aun en aquellos tiempos en que rara era la familia que no tenía su médico fijo de cabecera.

En el año de 1502 la popular y manolesca calle que actualmente se llama de Toledo era la calle de la Mancebía. Se trataba de un camino casi despoblado, que luego había de regarse con sangre de nuestros bravos antepasados. Cerraba la muralla por el promedio de la simpática calle un portillo que se abría en el extremo del arrabal, nombrado Puerta Real.

Estaba en este sitio la ermita de San Millán, y frente por frente a la calle de la Encomienda, en la manzana que daba vuelta a las tierras de la encomienda de Moratalaz (Plaza de la Cebada) alzábase cierto venerable establecimiento, que no era ni más ni menos que el Hospital de Nuestra Señora de la Concepción, vulgarmente conocido por La Latina.

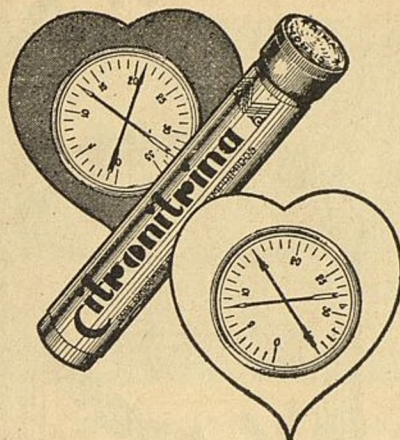
Las molduras, estatuas y escudos de armas, como igualmente el pasamano de la escalera, de piedra blanca, con calados y hojarasca, trabajado con arreglo a la escuela ojival, eran obra del arquitecto moro maese Hazán, único que supo dejar las últimas manifestaciones del estilo.

Unos historiadores han dicho que este Hospital se fundó en 1507, otros en 1505; los que aceptan la primera fecha toman como base la inscripción que dentro de la capilla decía lo siguiente: "Este Hospital es de la Concepción de la Madre de Dios, que fundaron Francisco Ramírez y Beatriz Galindo, su mujer, año 1507."

Sin embargo, las dos fechas son erróneas. La de 1507 se puso equivocadamente al cumplirse los dos siglos de la muerte de los fundadores. La fecha exacta es la de 1.º de junio de 1502, acudiendo al acto inaugural el fundador, D. Francisco Ramírez Madrid, capitán general de Artillería, y doña Beatriz Galindo, maestra de Isabel la Católica, y con la que se casó en segundas nupcias. Esta doña Beatriz estaba tan versada en el conocimiento del latín o lengua del Lacio, que recibió el so-

*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 nitrito sódico y la hipoviscosa del citrato.

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

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

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

**VERGÉS & OLIVERES**  
Laboratorio Quimioterápico del Ebro  
TORTOSA

MUESTRAS GRATIS A LOS SEÑORES MÉDICOS



# LINITUL

Compresas de tul engrasado y esterilizado a 120°

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

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

PÍDANOS MUESTRAS Y LITERATURA

LABORATORIO QUIMIOTERÁPICO DEL EBRO  
**VERGÉS & OLIVERES - Tortosa**

# "Geve"

es la mejor marca  
de



## Aceite de Hígado de Bacalao

— Porque se obtiene siempre de hígados frescos y seleccionados entre los bacalaoes que ofrecen mejores condiciones de nutrición.

— Porque para extraerle se emplea simplemente la presión suave.

— Porque su absoluta pureza y la perfecta técnica que se sigue para su obtención, le hace suave al paladar, fácilmente digerible y de gran riqueza nutritiva.

Muestras gratis a  
los señores médicos

**VERGÉS & OLIVERES**  
Laboratorio Quimioterápico del Ebro  
TORTOSA

# “Nestogeno”



Producto Nestlé elaborado en La Penilla (Santander).

Leche desecada de composición especial.

Se elabora bajo tres fórmulas:

entero con 21'5% de grasa  
 semi-descremado con 12 % de grasa  
 descremado con 0'8% de grasa

La mejor leche para la crianza del niño.

Pídanse muestras y folletos a Sociedad Nestlé A. E. P. A.

Calle de Luchana, 29 - MADRID



FABRICACION NACIONAL



FORMA COMERCIAL

●  
COMPRIMIDOS: 0,01 gr. de Tebaicin. - Frasco de 20 comprimidos.

AMPOLLAS: Solución esterilizada al 2% (1 c. c. contiene 0,02 de Tebaicin).

Caja de 3 ampollas de 1,1 c. c.  
 » » 6 » » 1,1 c. c.  
 » » 12 » » 1,1 c. c.

Agentes exclusivos para España:  
 Hijos de Honorio Riesgo, S. A.  
 Calle Mayor, 7. - Apartado 12077. - MADRID

# TEBAICIN

## PODEROSO CALMANTE

### ANALGÉSICO - ANTIESPASMÓDICO - ENÉRGICO

Contiene la totalidad de los alcaloides del Opio en forma de cloruros solubles y puros, en la misma proporción que se encuentran en el Opio, pero con la ventaja de tener siempre una composición constante



# MONOTION

Tiosulfato sódico anhidro obtenido por procedimiento original ♦ Empleo por vía intramuscular o intravenosa

DOSIS: 1.ª 0,05 - 2.ª 0,15 - 3.ª 0,30 - 4.ª 0,45 - 5.ª 0,60 gramos.

Ayuntamiento de Madrid

brenombre de "La Latina", extensivo a su casa misericordiosa y, después, al distrito.

Es interesante la historia de este Hospital, porque por él desfilaron médicos muy famosos y se realizaron operaciones quirúrgicas, sobre todo, de oftalmología. En su farmacia tenían un botamen de gran mérito artístico, y para ella se trajeron expresamente las más raras hierbas de las expediciones americanas.

Bajo el patronato de los condes de Bornos instaláronse 12 camas para sacerdotes o personas prócedes venidas a menos, y otras tantas para seglares, a quienes cuidaban varias dueñas de la caridad. Los fundadores crearon por su cuenta otras tantas camas. Es interesante observar cómo en aquella época se preocupaban por esas familias de la clase media que, sin ser pobres de solemnidad, no tienen recursos para atender una dolencia un poco larga.

Gobernaba la institución un rector, y estaba además dotada con un capellán, un médico, un cirujano, un practicante, un boticario y un mayordomo, todos los cuales tenían cuarto en La Latina. El cargo de rector le desempeñó mucho tiempo el ilustre escritor Jerónimo Quintana.

Entre los médicos famosos que tuvieron cargo en esta madrileña clínica hemos podido recoger los nombres de Suñol y Méndez Alvaro.

Cuando se derribó en los primeros años de este siglo eran sus médicos de sala D. Julián Pascual Ortega, don Fernando Cabello y D. Julio López Ocaña. Este último, notable oculista. Como practicante, y después como médico de guardia, D. Ramón Prieto Pulpeiro, profesor actualmente de la Beneficencia municipal de Madrid y clínico de gran clientela y popularidad en los barrios bajos.

Como decimos al principio, este Hospital poseía cuantiosas rentas, y nuestro Ayuntamiento quedó en la obligación de reedificarle, siguiendo las cláusulas fundacionales. Se habló también de unirle al Hospital Municipal. Nada se ha hecho.

Ya que por desgracia no nos encontramos sobrados de instituciones de asistencia pública, estamos en la obligación de reedificar esta santa casa, tan de los madrileños, que, para colmo de casticismo, estuvo instalada en pleno barrio de tradición y de leyenda.

DR. J. ALVAREZ-SIERRA.

### Proposición y amenaza

## «POST-STRAPERLADA»

Nos llama poderosamente la atención que aún exista quien se atreva a decir: "Unos reglamentos que adolecen de una constante imposición arbitraria sobre los derechos y Hacienda municipales, en contraposición con reiterados e inexplicables privilegios para las clases sanitarias", cual se escriben en esa proposición de ley presentada a las Cortes, y que el compañero Dr. Folch ha tenido la feliz idea de publicar en EL SIGLO MÉDICO.

Dice de imposiciones arbitrarias, como si los sanitarios fuéramos ni hubiéramos sido jamás mangoneadores, caciques o "straperlistas", y olvidándose (flaca memoria) de las imposiciones, no solamente arbitrarias,



Una vez más es de actualidad la simpática figura del conserje del Colegio de Médicos de Madrid. El cordial Baldomero ha organizado, con acierto y costancia dignas de aplauso, el museo de los médicos artistas.

sino burdas, sañudas, como de costumbre hemos sufrido y sufrimos los sanitarios titulares. Así lo confirman esos casos denunciados por el Dr. Albiñana en el Parlamento, citando el caso de un médico titular a quien se obligaba a tocar el armonium o el órgano en la iglesia los domingos. Como asimismo atestigua esto la confección de las listas de Beneficencia, ahora, como antes, incluyendo ARBITRARIARISIMAMENTE vecinos a granel, al propio tiempo que haciendo ostentación de esa imposición.

Continúa esa proposición de ley propugnando la asistencia benéfica a los individuos de la Guardia civil. ¿Pero es que son pobres de solemnidad? Y no siendo pobres de solemnidad no tienen derecho a la asistencia médica gratuita por su parte. Y si los de la ciudad la tienen, ¿por qué no han de tenerla los que se hallen en los pueblos? Pero no a costa del médico titular, sino de quien se compromete a prestar las atenciones debidas a la fuerza que solicita.

Cítase el caso de Irún, y nosotros preguntamos: ¿A cuánto asciende el presupuesto? ¿Qué paga tiene el secretario? ¿Cuánto se invierte en festejos y similares? Las cifras que responden a estas interrogaciones colóquense al lado de esas 18.000 pesetas.

Vamos con el articulado. Con las debidas reservas, por si explota algún artículo.

Artículo 1.º Dice: "Quede en suspenso la ley." DEBE DECIR: "En tanto no se les antoje a los secretarios aconsejar el pago de los titulares, éstos tendrán que chincharse y no cobrar. El sanitario que reclame sus sueldos adeudados no podrá cobrar ni cobrará, aunque al secretario se le llegue a antojar (lo cual ya es difícil, acaso, acaso imposible; ¡la avaricia humanosecretarial no se sabe si tiene límites!). Con la aprobación de este artículo huelga la discusión de los restantes. Todo quedaría supeditado a que los secretarios se hallaren en plan de antojo.

Artículo 2.º Dice: "No están obligados los Ayuntamientos a pagar la iguala médica de los carabineros." DEBE DECIR: "El médico titular, a las órdenes del cacique de turno, por intermedio del secretario, hará lo que éstos le manden, cual es visitar y asistir a las familias de los carabineros, sin que por ello pueda reclamar ni percibir cantidad alguna. Estará incluido en

lo que se les antoje darle por titular, y esto, repetimos, si así lo entiende el antojo del secretario. No podrá tenerse en cuenta el que los carabineros, como fuerza armada, tienen derecho a asistencia médica, que el Estado les proporciona donde tiene médicos militares, que son médicos al servicio del Estado, con ascensos, quinquenios y paga decorosa. Esto no queremos tenga que ver con los médicos titulares y, o se aprueba como lo pedimos, o no votamos para vosotros."

Artículo 3.º Dice: "Inclusión de la Guardia civil en la Beneficencia." DEBE DECIR: "Repetimos y sostenemos en toda su integridad lo que en el artículo anterior dejamos apuntado (y dispuestos a disparar)."

Artículo 4.º Dice: "Quedan derogadas", etc., etc. DEBE DECIR: "Como hay que quitar todo lo que nos estorba, no nos basta con aprobar esta proposición, de mayor trascendencia que ninguna otra jamás discutida, sino que también exigimos la muerte fulminante de toda disposición que defienda o independice a los sanitarios titulares. Y que no se nos venga con que si la Sanidad nacional en sus modernas exigencias, ni con que si en Ginebra hay compromisos internacionales en Sanidad, ni con que la salud de los ciudadanos es economía y es capital. Todo esto no pasan de ser monsergas, de las que no hace caso alguno el secretario de Aldeapocha de la Quimera."

\* \* \*

La equivocación que sufrimos los sanitarios es tremenda, sin duda, producto de una equivocación sin límites, como fruto de una campaña de incultos... doctores, que han defendido, aprobado y promulgado esa ley de Coordinación Sanitaria. ¿Qué pueden representar en la historia patria y en el mundo intelectual los doctores Pérez Mateos, Estadella, Bermejillo, Bardají, Palanca, Albiñana, Ossorio, Ruiz Heras y tantos otros, al lado de uno cualquiera de los "amos del cotarro": asesores, técnicos, suprafuncionarios, señores *dones* secretarios?

Yo, convencido de esta indiscutible superioridad, contrastada en aulas, exámenes y oposiciones, me rindo a la evidencia y reconozco las superrazones que tienen los señores *dones* para oponerse a que los sanitarios tengamos tantas y tantas bicocas. Y no háy derecho a un trato tan manifestamente desigual y arbitrario. Decimos los sanitarios que recogen y recogen los secretarios; ¿pero qué van a hacer, si se lo entregan? ¿Conocéis mosca alguna que, próxima al azúcar, no tome? Los pobrecitos secretarios, nuestras víctimas sin nosotros saberlo, tienen derecho a un poco de respiro y, para ello, que no tengan esa odiosa preferencia nuestros sueldos. Los que llevamos unos años sin cobrar hemos podido habituarnos, y ya habituados, seguir sin cobrar. Pero ellos, los pobretucos, sin estar habituados..., y es tan tremendo habituarse... a sabiendas.

Señores sanitarios de Puebla de Sancho Pérez: no tienen ustedes, como yo y como ninguno de los sanitarios, motivos para esa actitud de reclamar y reclamar, con lo cómodo y tranquilo que es... dejar que los años pasen sin... cobrar la titular. Vuelvan ustedes de su acuerdo, reconozcan lo justificado de las propuestas humanosecretariales y devuelvan esos sueldos que reclaman. Si ha cobrado el secretario, para que re-cobre, y si no ha cobrado el último mes, para que perciba su

suelo, que debe ser y estar antes que el de ustedes; ¡pues no faltaba más! Obren con prudencia, antes que el COCO llegue, haga BU y nos trague; esta prudencia les evitará caer en este miedo, que en mí ha hecho presa desde que he leído las siguientes proféticas y retumbantes palabras: "... Cuando llegue el día de actuar obraremos todos en justa reciprocidad." Y... justo sin enterarse. ¡Qué horror... cuando actúen! A ver, una careta de gases..., un avión..., un obús..., un arsenal de moderno armamento. Venga todo eso, que las precauciones todas nos parecen pocas ante el caos advertido en esa amenaza que avecina cumplirse, y ¡ay si se cumple! Moleculizados, atomizados todos: sanitarios, diputados, todos..., todos. ¡Huy, qué miedo!

Decíamos en nuestro artículo "Sueño intrascendental" que los gestos quedaban para Municipios morosos, pero, ¡caray!, no esperábamos gestos de esta envergadura. Esto no es gesto, es una mueca. Ante frases tan tremendas como esa de "cuando llegue el día", tiembla el más "pintao", y nosotros estamos persuadidos de que nada pintamos.

Habréis observado, lectores compañeros y amigos, que lo que comenzó siendo tratado con seriedad finaliza con... palmas de tango... Os explicaré: al recibo de EL SIGLO MÉDICO leí el artículo del Dr. Folch, y enterado de la proposición comencé acto seguido a escribir estas cuartillas. Momentos después de haber comenzado, leo los párrafos tónicos, optimistas del Dr. Ruiz Heras, y difundido el optimismo por mi organismo, quedó en comedia lo que al principio era tragedia.

Pregunta nuestro compañero el Dr. Folch qué pasaría si esa proposición se aprobase, y por mi parte responderé que debería ser bautizada con el sobrenombre de "poststraperlada".

ANGEL F. DOMÍNGUEZ.

## Las enormidades del Escalafón de categorías PARA NUESTRO COMITÉ

La incongruencia que siempre va resultando de las causas beneficiosas para la clase de las leyes sanitarias, con la reducción de las ventajas de sus Reglamentos, la antítesis entre el alborozo de júbilo al promulgarse las primeras con la verdadera decepción al adaptarlas con los segundos, llega al sumum de esa desilusión el reciente Reglamento de categorías, que, segando en flor la esperanza, tan legítima y tan innata, de ver premiado el trabajo, excluye la posibilidad para el ascenso, única aspiración propuesta por el tiempo de sacrificios realizados.

La conquista, en aquellos tiempos, de las acertadas normas del año 30, para la provisión de vacantes, dictadas por el paladín defensor Dr. Palanca, que si no lo fuera acreditadísimo, lo justificó plenamente con su acertada adición a la base 23 de la ley Municipal, computaba méritos a los años de servicios en la categoría que fuese. Posteriormente, el Reglamento de 7 de marzo de 1933, catalogaba también como méritos los tres primeros quinquenios, sin distinción de la plaza servida.

El Escalafón de categorías, cuyas normas se han publicado recientemente, en contraposición, y dando sólo

preferencia a la máxima servida, cierra herméticamente el paso a todo anhelo de mejora o ascenso, residencia a uno, cuando no en la misma plaza, indefectiblemente en la misma categoría, y coloca al Escalafón general de antigüedad en un lugar tan secundario, que casi no tiene justificación su existencia. ¿Qué resultados quedarán del concurso de traslado dentro de la categoría, para que sean provistas por el turno de antigüedad en el Escalafón de categorías?

Sin peroratas, concretemos casos prácticos vividos ya, y veamos.

*Primer caso.*—Médico con diez, veinte, treinta o más años de servicios, en una titular de categoría inferior, al querer mejorarla, ¿qué esperará obtener de bueno y que esté en consonancia con su antigüedad en dichos servicios?

*Segundo caso.*—Médico que, por apremiantes necesidades, su destino fué emigrar de la región, y después de años siente la irresistible inclinación de reintegrarse a ella, cuando en ella no hay apenas plaza de su categoría (como ocurre en Galicia, que todas son de primera y segunda categoría, lo contrario precisamente a las demás regiones de España, que abundan sobremanera las categorías inferiores), ¿qué le espera si aguarda al concurso de antigüedad del Escalafón general?

*Tercer caso.*—Médico con plaza de categoría superior, con muchos años de servicios en ella, pero, por circunstancias de la vida, por el deseo de retirarse de actividades de pueblos grandes, ¿qué tacita de plata le tocará como premio a su encanecimiento en la profesión, si tiene que estar a las resultas del concurso de categorías? Será lo inaceptable, y por ello no podrá pensar siquiera en desempeñar categoría inferior.

*Cuarto caso.*—Médico que ejerció muchos años de titular, pero que en la actualidad está en expectación de destino. ("Los que no desempeñen plaza en propiedad—párrafo segundo de la base sexta—, figurarán al final del Escalafón de la quinta categoría...") Sin comentarios.

*Quinto caso.*—Médico joven, ingresado en el Cuerpo hace cuatro años, que por no ser afortunado en padrinazgos, quizá por no resolverse en el Negociado correspondiente sus alzas, no ocupa hoy plaza. ¿Es justo que su única opción sea la que nadie quiso, de la última categoría, cuando tiene mejor número, por su inclusión primero en el Escalafón general de antigüedad?

En síntesis: es preferente la categoría, se antepone el que lleva un solo día de servicios en ella al que se desgastó años y años en categoría distinta (siquiera sea de inferior clase), y en medio de tantas anomalías, es sencillamente lamentable que nuestro Comité, tan activo defensor de nuestras legítimas causas, no enjuiciase debidamente las sugerencias que a su tiempo solicitó de las Juntas de Distrito, y éstas le han hecho, por lo menos algunas, abogando por la primacía del Escalafón de antigüedad, o, por lo menos, que se hubiese computado años de servicios.

Con esto otro es, sin duda, la confirmación de lo que parecía nos íbamos desligando del epíteto aquel: "Abandonad toda esperanza, vosotros que entráis."

J. BERMÚDEZ PINTOS.

Santiago, noviembre 1935.

## Brevísimo comentario a la puesta en marcha de la Ley de Coordinación Sanitaria

No creo que ninguna clase social de España haya tardado tanto en conseguir una tan pequeña parte de sus mejoras sociales como la médica. En efecto, ya en el año 1904 (a pesar de que por aquellos tiempos salían de las Facultades 20, 30 ó 40 médicos anuales, según las Facultades, y, por lo tanto, se desconocía al médico parado), se luchaba por conseguir la independencia de los titulares en los pueblos, por cuanto, hoy como ayer, imperaba el caciquismo en sus variados y múltiples aspectos, en contra del médico rural, valiéndose para sus innobles designios, ayer como hoy, y esto es lo más lamentable y doloroso, de médicos desaprensivos que, bajo pretexto más o menos justificado, encontraban y siguen encontrando.

Ahora bien: ¿la clase médica se puede dar por satisfecha de haber conseguido la ley de Coordinación Sanitaria después de treinta años de lucha?

Prescindiendo de que la indicada ley está llamada a vivir muy cortos meses, no nos puede satisfacer, por la sencilla razón de que, con 4.000 pesetas, no se vencen los obstáculos que existen en los pueblos rurales (caciquismo, política, *niñas casaderas*, etc., etc.), que a la más insignificante causa nos enfrentan con un muy querido e ilustre *compañero*, que para pagar su *altruista* comportamiento le ofrecían (y ofrecerán), daban (y darán), las igualas, a la vez que el casero, por orden del *amo* del pueblo, al titular le despojaba (y despojarán) de la casa en que vivía, el carnicero no le fiaba, el tendero no le vendía, etc., etc.

Por otro lado, como se ha tardado (y se tardará en lo sucesivo) tanto en cubrir las vacantes de titulares, resulta que todas están (y estarán) ocupadas, siendo muy difícil que nuestros *compañeros*, los *interinos* (llamémoslos así) se sacrifiquen en aras del *compañerismo*, dejando el campo libre al nombrado en el partido médico que le cupo en suerte.

Por lo que resulta que, para que la citada ley tuviera efectividad, se necesitaría que la dotación mínima de las titulares fuera de 5.000 pesetas, único medio de que en cada partido se colocasen doble número de médicos (titulares y libres), ya que el *compañerismo* realmente no es, por desgracia, la mayor virtud de la clase médica.

¿Que esto no puede ser, al menos por el momento? Pues que sin contemplaciones impongan los Colegios Médicos las sanciones pertinentes a conseguir el respeto al *compañero*.

¿Que este proceder tampoco es factible, por ser libre el ejercicio de la Medicina? Pues disolver Asociaciones y Colegios, por inútiles y onerosos. Pero no se pierda de vista que tal y como se han colocado las fichas, la ley de Coordinación Sanitaria será un semillero de discordias de médicos entre sí, y de médicos y pueblos, que en más de un partido se dará el caso de Cantalejo. Vaticinio que, sin ser profeta, se puede hacer (y aceptar), por cuanto ya se oyen voces y se respira un ambiente cargado de electricidad, presagio de que la tormenta se avecina.

SANTIAGO FERNÁNDEZ DE VELASCO.

## Nuestra ley redentora

Hace mucho tiempo habíamos previsto lo que hoy sucede, y no por ya esperado es menos doloroso. Es el caso, que ya teníamos anunciado, que tenía que suceder, al que tenía que llegar un día en el que los médicos con dificultad iban a poder moverse, porque les tenía que suceder lo que nos sucedió a nosotros con el pueblo de Villaconejos, que nos escribieron y nos decían: "La titular corresponde a usted, pero el pueblo tiene contratadas las igualas." Nosotros pensamos, y eso que la necesidad nos apremiaba, porque no tardando nos teníamos que quedar sin partido, que, puesto que tarde o temprano, teníamos que dejar, si aceptábamos la titular, era preferible no presentarnos por allí. Pues bien: si entonces sucedió, ahora que en virtud de *nuestra ley Redentora* hemos llevado tanto tiempo sin ver anunciada una titular, ¿qué sucederá? No haré comentarios. Mas copiaré parte de una carta que he leído:

"En la actualidad hay dos médicos. Uno lleva ya muchos años; el otro es joven y hará unos dos años que ejerce su profesión. Los dos en muy buena posición. Siempre ha habido por lo menos dos médicos. Como ya van para *dos años* que murió el titular, había muchas familias que no estaban igualadas. Hoy muchas de esas familias, ante la tardanza, han buscado médico, pero aún creo hay algunas que están sin igualar esperando la provisión."

Bien claro y terminante está que, si no hubiera habido tan gran maremágnum en nuestra *Redentora ley*, no se hubiera dado éste, y como éste otros muchísimos casos que desconocemos, pero que a buen seguro se están dando. ¿Que la gente todavía tiene alguna consideración al titular? También está claro. Mas la necesidad les obligó, y no tuvieron más remedio que aislar al titular, y ahora pregunto yo: "¿Es justo, merece la pena el dejar un partido, por malo que sea, por una titular, por buena que sea?" Este es el menos malo de los casos. Si la titular se adquiere por concurso, y el que haga la oposición, si es joven y rico, podrá apropiarse del refrán árabe de "Si quieres ver pasar el cadáver de tu enemigo, siéntate en tu puerta". Mas si es de mediana condición, o en el transcurso de los años se ve lleno de hijos, ¿qué le toca hacer?

Cada palabra que arranca mi pluma es una nueva que produce en mi ánimo un gesto de indignación el ver cómo se nos trata. ¡Y pensar que muchos de esos que se llaman nuestros *redentores*, que se dicen llamarse tales y que van de Asamblea en Asamblea y de Congreso en Congreso, y van continuamente, y ellos—¡siempre ellos!—, han de figurar—claro que yo les tengo colocados en el orden de los loritos, que se aprenden un disco, y a cualquiera hora le sueltan, y si no, a las pruebas me remito!—. ¿Cuántas Asambleas y Congresos se han celebrado, contando con la magna de Medina del Campo? Varias. ¿Cómo estamos? Igual que siempre. Y no creáis, lectores, que tan pronto vamos a salir del atolladero, y a demostrarlo tiendo copiando algo de la ley Municipal, artículo 162: "Ninguna plaza de funcionario municipal podrá estar provista interinamente por más de seis meses." Ya hay margen, ¿eh? "Las interinidades de cualquier clase que hayan de cubrirse en los Ayuntamientos lo serán por funcionarios que figu-

ren en los Escalafones y se encuentren en expectación de destino, mientras los hubiere." Artículo que está de conformidad con el párrafo segundo del artículo séptimo del Reglamento del Cuerpo de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria: "A fin de que no quede interrumpido el servicio, la Subsecretaría de Sanidad nombrará un *interino*, teniendo derecho preferente para desempeñar la interinidad los médicos que pertenezcan al Cuerpo y, dentro de ellos, el más antiguo en el Escalafón", etc. No copio más. ¿Para qué? Así es que, desde hoy, todas las vacantes estarán servidas por interinos, y éstos, en su perfectísimo derecho, porque es legal, procurarán contratar las igualas, y claro está que esa vacante es una menos para un titular. ¡Bendita ley *Redentora*, en qué lío nos has metido! Y es el caso que compañero ha habido que antes cobraba bien y hoy no, y que a este paso todos los Ayuntamientos van a hacerse morosos. Pues bien: para cosa tan seria como esta se han anunciado un buen número de plazas vacantes de titulares, a proveer por concurso o por oposición. No queremos poner el calificativo que pudiera ponerse al hecho de que, después de las correspondientes molestias y gastos, un médico obtiene una plaza, que tendrá que renunciar, porque esa plaza le permitirá el *lujo* de morir de hambre. Y puesto en ese dilema, le será más provechoso otear una vacante de igualatorio, apropiársela, y con ella la titular, sea como sea, legal o ilegal; el caso será no morir de necesidad. Para conseguir esto no le hace falta pagar, y más pagar cantidades, como ya de antaño venían pagando los titulares, que hasta ahora no nos han servido para nada. Empezamos a pagar cuando ingresamos en el Cuerpo de Médicos Titulares. ¿A que pagamos unas cuantas pesetas? ¿Por qué y cómo se disolvió dicho Cuerpo? No lo sé. Después nos hicieron pedir certificaciones a los Ayuntamientos de nuestro ingreso y de nuestro cese, certificaciones que hubo que pagar y reintegrar, mas certificación de nacimiento reintegrada y legalizada, para con todo ello formar un hermoso Escalafón, que había de ser el juez que fallase en nuestras continuas contiendas. ¡Cuánto loor al Escalafón, paso cumbre para el pase al Estado! Yo bien creo que en la política médica todavía habrá individuos que algún día se llamarán los padres de tan hermosa obra. ¡Qué ingratos, qué pronto le han abandonado! Hoy no llena sus conveniencias, y le dejan margen a una ley redentora que llena en grado sumo sus deseos. Y para esto, y para que no podamos solicitar nunca una vacante titular, nos viene otra obligación, para que volvamos a gastarnos más y más, para ver si se hace un Escalafón injusto que no nos sacará nunca de nuestra angustiada situación.

¡Albricias a nuestros *redentores*! ¡Cuánto mejor sería que imitasen la obra noble, generosa y viril del presidente del Colegio de Avila, al que desde aquí le felicito y le suplico no cese en su buena obra, reuniendo a todos, como él ha reunido! Ni Seguro de Enfermedad se implantaría sin nuestro pláceme. Las Diputaciones y los Ayuntamientos tendrían que hacernos justicia, y los Gobiernos reconocerán nuestros derechos, que son alguno más que los de la Cenicienta. Obrando así es como conseguiríamos ver llegar, mejor dicho, haríamos que surgiera nuestra ley redentora, que buena falta nos hace.

SISINIO CRESPO.

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARIS

PREMIO ORFILA  
1872



PREMIO DESPORTES  
1904

# DIGITALINE NATIVELLE

## CRISTALIZADA

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

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

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

Draeger.

Antiateromatoso.  
Hipotensor.  
Desclorurante.  
Diurético.  
Modificador  
de la endoarteria  
Modificador  
mineralo-tejidualar.

MxA  
13.14

MnA  
7.0

GOTAS : en dosis de 10 a 25.  
COMPRIMIDOS : dos a 5 por día.  
AMPOLLAS : 5 cc. intravenosas cada dos días.

# Silicyl

Medicación  
de **BASE** y de **RÉGIMEN**  
**Estados Arterioesclerosos**  
y **Carencias Silíceas**

Agente : PLANS-SINTAS Hijos, 136, Provenza, Barcelona. — Laboratorios CAMUSET, 18, rue Ernest Rousselle, Paris.

# PYRÉTHANE

## GOTAS

25 a 50 por dosis - 300 por día (agua bicarbonatada)  
AMPOLLAS A : 2 cc. Antitérmicas.  
AMPOLLAS B : 5 cc. Antineurálgicas.  
1 a 2 al día  
con o sin medicación intercalar por las gotas

**Poderoso Antineurálgico**

# 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.

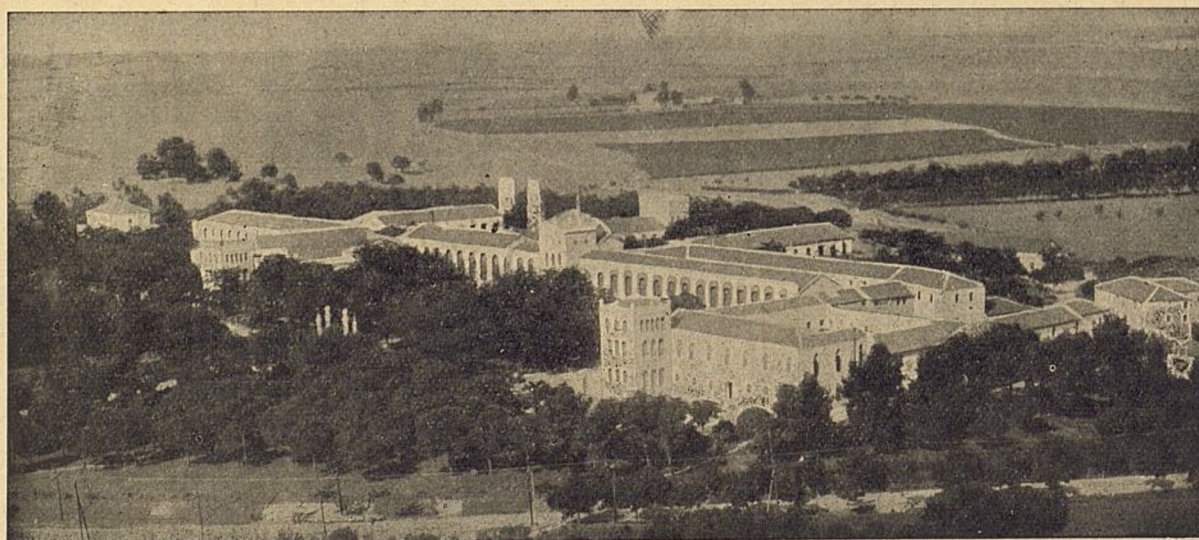
Fenilquinolín carbonato sódico . . . . .	7,50	gramos.
Ortooxibenzoato de sosa. . . . .	12,50	—
Benzoato de litina. . . . .	1,20	—
Vehículo apropiado, c. s. para 120 c. c.		

### DOSIS:

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

## LABORATORIOS KOBER

SARRIA (Lugo)



## 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

## A propósito de una suscripción

## MI FRACASO

Bien conozco por experiencia la frialdad gélida de los médicos, quizá ocasionada por el contacto casi continuo con la muerte y la miseria, al que se ven obligados, porque en su profesión son éstos con frecuencia factores contra los que luchan en vano.

Indudable y tristemente, el corazón del médico se curte en propia defensa, ya que quizás de otro modo este valle de lágrimas sería para él inconllevable.

Pero, no obstante, declaro que nunca había pensado que cuando un hermano pedía para otro el apoyo, más que material—que de dinero pocos hay sobrados—, moral, los demás habían de negarle sus frases de aliento y su modesta aportación, haciéndose cómodamente el sordo a sus sentimentales llamadas.

Me refiero concretamente a la suscripción que en EL SIGLO MÉDICO abrí en favor de la esposa de un compañero desafortunado, la cual, para atender a las más perentorias necesidades de su hogar, hubo de llegar a vender su más amado mueble, una máquina de coser, que ella tenía en gran estima, y en la que trabajaba arreglando la ropa para su anciano esposo, médico parado hacía varios meses.

Casualmente me enteré de esta desgraciada situación, y en uno de mis artículos sobre "El proletariado intelectual español", lancé la idea de comprar entre los médicos una máquina de coser a la dignísima esposa que compartía con nuestro compañero horas de amarga penuria. Sus hermanos de profesión entregaríamos gustosos a nuestra desconocida amiga aquel obsequio, para demostrarle nuestro cariño, nuestra admiración y nuestra fraternal ayuda. Puen bien: al cabo de varios meses de abierta la inscripción, he de declarar tristemente mi fracaso. Solamente se han logrado reunir poco más de 100 pesetas, cantidad a todas luces insuficiente para lograr nuestro propósito.

En la lista de cooperadores, tan sólo hemos visto los nombres de unos pocos médicos, pobres indudablemente, conocedores por experiencia propia de la precaria vida del médico rural.

Con profunda tristeza declaramos que esos nombres que nosotros hemos leído reiteradamente en la Prensa profesional como asiduos concurrentes a banquetes, Congresos y homenajes, no han acudido a nuestra suscripción, porque indudablemente su diapasón no ha podido vibrar al unísono de los lamentos de sus humildes compañeros.

He fracasado rotundamente. Mi humilde pluma llora, desengañada, y se ve más humilde que nunca, pues que no supo llegar al corazón de quienes debieron verse obligados a ayudar al desvalido compañero.

Amigo Cortezo: gracias por la acogida que en su revista me ha prestado usted siempre, siendo quizás el único entre los triunfadores que ha sabido comprender a los desheredados. Con ello sólo hace continuar la labor emprendida por el llorado "Abuelo". Gracias una vez más.

Lean todos, mientras tanto, algunas palabras copiadas de las cartas de la señora X. X.:

"No estábamos enterados de esa suscripción abierta por usted, porque tuvimos que dejar nuestra querida revista. ¡No puede suponer las vicisitudes que hemos pasado! Salió la máquina, una cama, media docena de sillas tapizadas y, por último, el reloj de oro de mi marido, que perteneció a su padre."

Yo recuerdo con pena el artículo que publicó Alvarez-Sierra hace un par de semanas. ¡Qué optimista! Nos habla de las vacantes, y dice que son el consuelo de los médicos pobres, que ven en ellas un medio de vida, y de los compañeros más afortunados residentes en las capitales, que ven en los anuncios una seguridad de que, si un día la fortuna no les fuera propicia en los grandes centros, volviendo los ojos hacia las aldeas, encontrarán en ellas el sosiego y el alimento precisos para su subsistencia.

## SECCIÓN DE CONSULTAS Y SERVICIOS ANEJOS

Esta Sección deseosa de complacer a todos los suscriptores de nuestra revista, además de los servicios que ya fueron anunciados en números anteriores, los ha ampliado con los de traducciones de francés y alemán al castellano, así como los de investigación y bibliografía sobre cualquier materia médica, etc.

La correspondencia deberá dirigirse a D. MANUEL BLAZQUEZ, encargado de esta Sección.

Las consultas deben venir acompañadas de su importe (dos pesetas) e igualmente los demás asuntos que se nos encomienden.

Léale esas líneas precedentes a la inteligente señora que menciona, y se convencerán ustedes de que existen en España, ahora más que nunca, médicos sin trabajo, que esperan un mes y otro inútilmente, lo cual es doblemente lamentable en casos como el comentado, en que se trata de un compañero en las puertas de la ancianidad.

Son muchos años para la lucha, y es muy poco o ninguno el apoyo que encuentra en sus hermanos, que ven, impertérritos, cómo un hombre se hunde, y hasta—¡verídico!—, los hay que se alegran de su muerte, viendo en ella uno menos a disputarse el mísero botín.

¿Qué hacer con las pesetas reunidas en la suscripción?

La señora en cuyo beneficio fué abierta, me ha indicado:

"Así es que, si les parece, pueden girarme esas benditas pesetas, y quiera Dios que la suerte nos proteja y algún día podamos nosotros acudir en auxilio de otros compañeros desgraciados."

En su poder está ya ese dinero. El director de EL SIGLO MÉDICO lo ha girado a esta señora, con quien no nos une otro lazo que el de la noble amistad que fué creándose por la correspondencia cruzada entre nosotros.

Sépanlo así todos aquellos compañeros que contribuyeron a aliviar la triste situación de una familia.

"Si le dan a mi marido una titular, nos volveremos a suscribir a EL SIGLO MÉDICO, pues nos falta algo en casa faltando esa revista." (1).

Yo, señora, lo deseo con toda mi alma, para evitar

(1) La Dirección de EL SIGLO MÉDICO ha dado orden de que se sirva gratuitamente la revista.—L. R.

que tenga usted que volver a insertar en vano aquel anuncio de:

"Señora educada e instruída, con conocimientos de francés, ofrécese cuidar e instruir niños, ama de gobierno o cargo análogo."

Y, desde luego, desgraciadamente, no espere nunca el apoyo de nadie que no haya pasado por las vicisitudes conque la vida les ha obsequiado a ustedes.

A. LOZANO BORROY.

Palamós (Gerona), noviembre 1935.

Para el Sr. Subsecretario de Sanidad

### Algo acerca de los médicos de la Lucha Antituberculosa

Por Orden ministerial aparecida en la *Gaceta* del 15 de este mes, han sido repuestos en sus cargos, nominativamente, algunos médicos pertenecientes al extinguido Real Patronato de la Lucha Antituberculosa: aquellos que ganaron el recurso contencioso-administrativo interpuesto contra las Ordenes de cesantía que al advenimiento de este régimen fueron promulgadas, en virtud de haber aparecido sus nombres en la *Gaceta* como miembros del legítimo Cuerpo de Médicos de la Lucha Antituberculosa de España. Mi enhorabuena a todos. Pero enhorabuena sólo por el hecho de haber ganado y conseguido una reposición tan legítima y que tan afanosa como estérilmente ha sido obstaculizada y discutida por algunos. Nada más que por esto, pues temo que, de no hacer la necesaria salvedad, se molestaran conmigo, y con razón, los compañeros tan *equitativamente* repuestos en sus cargos. Pero, en fin, ellos no necesitan valedores de sus derechos, que sabrán defenderlos como hasta aquí lo han hecho. A los que voy a defender, a los que quiero defender es a unos cuantos médicos de provincias y de Madrid, que tienen tanto derecho o más que los compañeros repuestos a pertenecer al Cuerpo de Médicos de Lucha Antituberculosa del Estado, y no lo pueden conseguir. Más derecho, porque algunos pertenecen de hecho al Cuerpo que yo llamo legítimo, al del Real Patronato, que no fué disuelto como tal Cuerpo, sino agregado a la Dirección de Sanidad, y ellos no han sido declarados cesantes, y, por lo tanto, sus nombramientos tienen toda la fuerza que les da la vigencia de las Reales órdenes de 7 de enero y 18 de marzo de 1931, hasta la promulgación del Decreto de 29 de agosto, que las deroga. Tienen otros tanto derecho, moralmente por lo menos, porque no pudieron obtener el nombramiento oportunamente, en virtud de la desaparición del Real Patronato, aun cuando estaban dentro de las condiciones que exigían las bases de constitución del Cuerpo legítimo. Si, pues, legalmente unos, y moralmente otros, existen todavía una docena de médicos que tienen perfectísimo derecho a formar parte de dicho Cuerpo, y se les niega, es notorio, señor subsecretario de Sanidad, que se comete con ellos una injusticia, un atropello, una deslealtad, una falta de ética profesional.

Es una mala táctica la que se ha seguido y sigue practicándose en este enojoso pleito desde el advenimiento de la República. Y mientras no se rectifique completamente, en el sentido de no dejar ningún derecho lesionado y ningún prestigio profesional postergado, subsis-

tirá el resquemor, la lógica y legítima defensa de los injustamente eliminados y, acaso el deseo de venganza, imponiendo a los culpables la inhumana, pero muchas veces necesaria ley del Talió, si llegan a tener fuerza bastante para ello. ¡Y quien sabe! ¡El mundo da tantas vueltas!... ¿Se creía el 14 de abril de 1931, ni en sueños siquiera, que pudieran llegar a dirigir los destinos de la Sanidad nacional los hombres públicos que hoy tan dignamente están al frente de ella? ¿Sería un disparate pensar, pues, en la posible restauración del extinguido Real Patronato de la Lucha Antituberculosa? Y aquellos médicos que tan sañuda, tan rencorosa y tan obcecadamente persiguen a los *compañeros* de aquella procedencia, ¿no piensan en la natural represalia, merecidísima, si llegara ese momento?

Es lamentable, señor subsecretario de Sanidad, que se haga más caso de algunos, científicamente indocumentados e improvisados fisiólogos, que de aquellos otros que laboraron prestigiosos y abnegadamente en la Lucha Antituberculosa de España. Y es más que lamentable también, señor subsecretario, que se conteste con el silencio (mejor, con el desprecio) administrativo a dignos compañeros que reiteradamente están ejercitando un perfecto derecho, amparado por las leyes, solicitando su reposición en la Lucha Antituberculosa a la que legalmente pertenecieron, siguen perteneciendo, si bien sea sólo en la letra de las disposiciones oficiales, y llegarán a pertenecer, pese a quien pese y moleste a quien moleste.

Actualmente hay presentadas en la Dirección de Sanidad unas cuantas instancias, con motivo de la promulgación del Decreto del 29 de agosto último, pertenecientes a unos cuantos fisiólogos de provincias, que esperan de V. E. le sean contestadas, corriendo mejor suerte que las infinitas presentadas en otras ocasiones.

Porque me honro con su amistad y presumo conocer sus sentimientos de rectitud y justicia, y me constan los esfuerzos, preocupaciones y buenos deseos que ha puesto en solucionar lo mejor posible este enojoso asunto, me permito rogar a V. E. dicte, si lo estima oportuno, una Orden aclaratoria del Decreto de 29 de agosto último, en el sentido de que "podrán pertenecer al Cuerpo de Médicos de Lucha Antituberculosa del Estado aquellos a los que les comprendieran las Reales órdenes de 7 de enero y 18 de marzo de 1931, de constitución del todavía legítimo Cuerpo de Médicos de Lucha Antituberculosa de España".

Con ello repararía V. E. una enorme injusticia, que probablemente subsiste porque le es desconocida.

DR. TOMÁS DE BENITO LANDA,

Fundador del Primer Dispensario de Preservación y Asistencia Social contra la tuberculosis, establecido en Madrid.

### Colegio Oficial de Médicos de Madrid

#### JUNTA GREMIAL

Se pone en conocimiento de los señores colegiados que las listas de clasificación general de médicos de Madrid para el año 1936 estarán expuestas en el local de este Colegio (Esparteros, número 9), desde el día 21 de noviembre al 7 de diciembre próximo. Los contribuyentes que tengan que formular alguna reclamación contra la categoría asignada deberán hacerlo por escrito rein-

tegrado con póliza de 1,50 pesetas, y dirigido al síndico del gremio, dentro del plazo antes señalado.

Oportunamente se citará ante la segunda Junta gremial sólo a quienes hayan presentado su reclamación en debida forma, a fin de que puedan ampliar sus alegaciones verbalmente, si lo estiman oportuno.

### A todos los médicos que desempeñan plazas en los Dispensarios Antituberculosos que no sean Centrales o del Estado

Con motivo de la publicación en la *Gaceta*, en el mes de septiembre próximo pasado, del Reglamento de organización de la "Lucha Antituberculosa" se crea una situación especial a los médicos fisiólogos y especialistas que desempeñan en la actualidad plazas de esta naturaleza en los Dispensarios que funcionan independientemente del Estado o subvencionados por el mismo. Además, en adelante será necesario, para poder opositar las vacantes de los Dispensarios Centrales, poseer el título de médico fisiólogo, el cual sólo será otorgado previos ciertos estudios y un examen de aptitud final.

Y como es indudable que los médicos que venimos actuando hace tiempo de una manera activa y entusiasta en la lucha antituberculosa, aunque los Centros en que prestamos nuestros servicios no dependan directamente del Estado, poseemos ciertos derechos, que, no siendo de una manera injusta, no pueden sernos arrebatados, es por lo que *nos dirigimos desde estas acogedoras columnas a todos los médicos, tanto fisiólogos como especialistas, que se encuentren en este caso, para pedirles nos envíen con toda urgencia, pues no hay tiempo que perder, su adhesión, con el fin de convocar en Madrid una reunión o Asamblea, en la que se adopten los acuerdos y conclusiones pertinentes que defiendan aquellos derechos y gestionar su aprobación de la Superioridad.*

*Tomás Martín, J. Galán, E. Sierra y D. Herrero.*

NOTA.—Las adhesiones deben dirigirse al Director del Dispensario Antituberculoso.—AVILA.

### Casa de Salud de Santa Cristina, Escuela Oficial de Matronas

#### Curso de Obstetricia para médicos

Se abre una matrícula para este curso, que será dado por el personal médico de la Casa, bajo la dirección del profesor Sr. Varela Radio.

El curso, que comenzará el día 15 de diciembre próximo, durará cuatro semanas, y comprenderá:

- 1.º Curso sistemático de diagnóstico y operaciones obstétricas en el maniquí.
- 2.º Prácticas de palpación y tacto de embarazadas y parturientes.
- 3.º Asistencia a los partos normales y patológicos que ocurran en la clínica, distribuyéndose para ello los alumnos que lo deseen en turnos que harán guardias de veinticuatro horas.
- 4.º Lecciones clínicas de Obstetricia y Ginecología, con participación de los cursillistas en las operaciones.
- 5.º Lecciones teóricas sobre asuntos de la especiali-

dad, que se elegirán de acuerdo con los incritos y según sus necesidades y deseos.

Número máximo de inscripciones, 20.

Derecho de matrícula, 250 pesetas.

Para más detalles, y para hacer las inscripciones, dirigirse a la: Administración de la Casa de Maternidad de Santa Cristina. Calle de O'Donnell, número 55.—MADRID."

### Curso en el Instituto Antituberculoso Municipal

En el Instituto Antituberculoso Municipal de Madrid ha dado comienzo, bajo la dirección del Dr. Alvaro Gracia, y con la colaboración de todos los profesores de aquel Centro un Curso de Especialización Antituberculosa para enfermeras tituladas.

Los estudios durarán tres meses, con disciplina docente muy rigurosa en cuanto a asistencia y actuación personal de las alumnas, y al final del curso se expedirán diplomas de aptitud, pero solamente a las que los hayan merecido por designación unánime del Profesorado del Instituto. La matrícula ha sido de 61 alumnas, las que asisten por grupos a las clases teóricoprácticas.

### Distinción a un redactor de EL SIGLO MÉDICO

La "Ophthalmological Society of the Kingdom" ("Sociedad Oftalmológica del Reino Unido"), en el Consejo celebrado el día 8 de noviembre actual, eligió miembro de la misma a nuestro redactor el Dr. D. Manuel Marín Amat, profesor de Oftalmología de la Beneficencia provincial de Madrid.

Esta señalada distinción es tanto más preciada cuanto que es limitadísimo el número de miembros extranjeros de esta Sociedad de Oftalmología.

Hace dos años, y precisamente en este mismo mes, la Sociedad Belga de Oftalmología elegía a dos miembros extranjeros: al profesor Teulière, de Burdeos, y al doctor Marín Amat, de Madrid.

Estos éxitos científicos internacionales del Dr. Marín Amat los hacemos nuestros, por ser persona a quien en esta Casa se le profesa fraternal cariño, y cuya labor, desarrollada en EL SIGLO MÉDICO desde hace muchos años, es bien conocida de nuestros lectores.

Reciba el Dr. Marín Amat nuestra más efusiva y cordial felicitación.

### Primer Congreso Español Pro-Médico

Zaragoza, 6-11 octubre 1935

#### Conclusiones definitivas y acuerdos del Congreso

(Continuación.)

8.º Los estudios de licenciatura deberían dividirse en cuatro períodos:

I. Período preparatorio: un año (prueba de conjunto al final):

II. Período básico o preclínico: tres años. Tres pruebas por grupos: grupo A (grupo anatómico), grupo B (grupo fisiológico) y grupo C (grupo de Patología general, Anatomía patológica y Microbiología). Para presentarse a las pruebas de cada grupo necesita

el alumno estar en posesión del certificado de asistencia a cada una de las materias que integran el grupo.

III. Período clínico: tres años. Dos pruebas por grupos: Grupo D (Clínica médica, Pediatría y Sifilografía) y grupo E (Clínica quirúrgica). Las especialidades deben ser objeto de certificado de asistencia y aptitud para el profesor.

IV. Período exclusivamente práctico. Deberá cumplirse una vez cursadas todas las materias del período de licenciatura, y supondrá la permanencia de un mínimo de seis meses en una clínica médica y de otros seis en una clínica quirúrgica.

9.º La formación cultural y educativa de los alumnos corresponde a organizaciones para escolares que deberá organizar la Universidad.

10. Proponer las siguientes modificaciones en los planes de materias:

a) Período preparatorio: añadir a la Biología, Física y Química las Matemáticas aplicadas a la Biología y la asistencia a un curso de "Introducción a la Filosofía".

b) Período básico: la Fisiología, a la que hay que dar la máxima extensión, debe dividirse en tres materias: Bioquímica, Fisiología general y Fisiología especial, dando a ésta la mayor amplitud. Al margen de los estudios fisiológicos habrá un curso breve de Psicología médica, que será explicada por el catedrático de Psiquiatría.

La Anatomía debe modificar completamente su contenido; debe limitarse a los conocimientos necesarios al estudio de la Fisiología y a los de la Clínica. Debe constar de tres partes: 1.ª, estudio del cadáver; 2.ª, estudio del vivo sano por todos los medios de exploración (antes no se iniciaban hasta cursar la Propedéutica clínica); 3.ª, estudios anatomoradiológicos normales.

Debe segregarse la Embriología y Teratología de la Anatomía, y ofrecerla a los alumnos en forma de curso corto.

Debe crearse la Física médica. Deben estudiarse la Bacteriología y Parasitología en este período.

Debe desaparecer la Patología general actual para dividirla en Fisiopatología y Medicina experimental y Semiología clínica.

Debe desaparecer la clásica Terapéutica y arte de recitar y ser sustituida por la Farmacología (Farmacología experimental y Toxicología). La Terapéutica aplicada será estudiada en las diferentes disciplinas clínicas.

11. Hay que limitar el número de alumnos, supeditándolo a las posibilidades pedagógicas de cada Facultad, ya que con la actual escasez de medios no podría darse la enseñanza dignamente ni a la mitad de los que hoy forman el censo escolar. El Ministerio de Instrucción pública fijará anualmente el número de alumnos que deba admitir cada Facultad, teniendo en cuenta, al mismo tiempo que las capacidades pedagógicas de cada Facultad, el informe que el Consejo técnico de Sanidad Nacional le deberá remitir en relación con el número de médicos precisos para las necesidades nacionales.

12. Los alumnos no deben concurrir al Hospital hasta que cursen materias clínicas.

13. Proponer las siguientes modificaciones en el período clínico:

La Patología y la Clínica médica deben tener mayor extensión que todas las otras materias clínicas.

Las Especialidades deben ser estudiadas en cursos cortos, y sólo debe enseñarse a los futuros médicos lo que luego tendrán que resolver con carácter de urgencia, o aquellos problemas más elementales que les permitan encontrar sus relaciones con otras enfermedades generales. Esto no es obstáculo para que se procure crear en cada Facultad todas especialidades que tengan un valor de realidad, dotándolas debidamente.

Los profesores de especialidades deben dedicarse a los cursos superiores y a la formación de los especialistas con función tan importante como la de profesar los cursos elementales del período de licenciatura.

Debe crearse en todas las Universidades españolas la Psiquiatría como especialidad obligatoria. La Neurología, unida o no a la Psiquiatría, será asimismo cursada como enseñanza especial en un curso breve.

Tal vez fuera preferible que la enseñanza de la Pediatría se circunscribiera a la de la Higiene y Patología del lactante y enfermedades de la segunda infancia, que, a nuestro juicio, es la verdadera especialidad infantil.

14. Las especialidades que vayan creándose a medida que lo dicte la realidad pueden ser escogidas, en número de dos, por los alumnos que estén finalizando el período clínico. El haberlas cursado no supone ninguna garantía de especialización. Es simplemente una función orientadora que ejerce la Facultad para los futuros médicos que quieran luego especializarse.

La Terapéutica quirúrgica debería dejar de ser especialidad obligatoria.

15. En materia de métodos de enseñanza:

a) Precisa fijar un mínimo de tiempo de trabajo diario en la Universidad para el alumno, el cual no debe ser inferior a seis horas.

b) Las sesiones docentes deben ser de tres horas diarias para cada materia. Las lecciones teóricas deben restringirse, dando la mayor importancia a la observación directa de los hechos y a su comentario.

El programa de trabajo a realizar durante el curso no debe confundirse con el cuestionario de pruebas de capacidad.

c) El profesor tiene los siguientes deberes: 1.º Organizar un servicio clínico de modo que los alumnos presencien el mayor número posible de demostraciones clínicas o experimentales. 2.º Organizar la labor de los alumnos de manera que puedan realizar y repetir personalmente el mayor número posible de trabajos prácticos.

Para estos dos fines es necesario procurar una estrecha colaboración de los ayudantes de cátedra, cuya categoría docente urge crear y cuyo número no debe ser inferior a tres por materia, aumentando en proporción al número de alumnos.

16. Los exámenes, en su forma actual, deben ser reemplazados por pruebas independientes de subjetividad del profesor y del alumno y eficaces para definir la verdadera aptitud, las cualidades intelectuales y caracterológicas y la cultura realmente incorporada a la personalidad.

17. El período práctico debe implantarse como obligatorio, recabando una legislación que habilite todos los servicios clínicos de la población donde radique la Facultad de Medicina, para que se practique en ellos esta enseñanza clínica.

# LABORATORIO FARMACEUTICO

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

DIRECTOR D. BERNARDO MORALES

**BURJASOT VALENCIA**  
(ESPAÑA)

### Jarabe Bebé

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

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

### Tetradinamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

### Septicemiol

(INYECTABLE)

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

### Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

### Mutasán

(INYECTABLE)

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

AL PEDIR MUESTRAS INDÍQUESE ESTA REVISTA Y ESTACIÓN DEL FERROCARRIL



## SANATORIO NEUROPATICO

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

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

Plaza de la Independencia, 8 • MADRID • Teléfono 11380

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

¡PIDANSE REGLAMENTOS A LA ADMINISTRACION

## AGUAS MINERALES NATURALES

DE

# CARABAÑA

« LA FAVORITA »

**PURGANTES ~ DEPURATIVAS ~ ANTIBILIOSAS ~ ANTIHERPETICAS**

PROPIETARIOS: HIJOS DE R. J. CHAVARRI

== MADRID ==

Ayuntamiento de Madrid

# Jugo de carne Valentine's

El mejor alimento para convalecientes el  
**JUGO VALENTINE'S**



El mejor jugo de carne el  
**VALENTINE'S**

Los médicos lo emplean en los Hospitales, en sus clínicas particulares y aun en sí mismos cuando ven que el organismo necesita reponerse. Esto demuestra la fe que tienen en el poder vital de dicho preparado, pues aumenta las fuerzas decaídas cuando los órganos digestivos se han debilitado. Es el mejor alimento.

DR. JULIAN CALLEJA, presidente de la Real Academia de Medicina de Madrid (España): "Tengo una gran satisfacción en informarles que considero el JUGO VALENTINE'S como un poder de gran superioridad para vigorizar el sistema nervioso, por lo cual yo mismo lo empleo en mí y lo prescribo a mis enfermos."

JOHN TANNER M. D. LL. D., médico decano en el dispensario general Farringdon, para enfermedades de mujeres y niños, Londres (Inglaterra): "En los casos de flujos y hemorragias de todas clases, fiebres, formas graves de neumonía y extenuación extremada, cuando el estómago se niega a retener otras preparaciones ordinarias, es cuando el JUGO VALENTINE'S obra como una verdadera maravilla. No puedo hablar en términos más altos de este preparado, puesto que he podido apreciar sus inmensas ventajas en el tratamiento de los más serios y delicados casos que están bajo mi cuidado."

De venta en farmacias y droguerías en Europa y América  
**VALENTINE'S MEAT-JUICE Co.**  
RICHMOND, VIRGINIA, U. S. A.

Los señores médicos pueden pedir folletos conteniendo testimonios clínicos

Agentes generales para España y sus colonias  
**E. DURAN, S. en C.**  
Calle de Tetuán, 9 y 11. — MADRID

## LABORATORIOS CAMPOS FILLOL VALENCIA

### LACTOBULGARINA El mejor desinfectante intestinal

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

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día

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

### LACTOBULGARINA

# Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

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

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

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

**FORMAS FARMACÉUTICAS :**

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

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

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

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

Concesionarios Generales para la Exportación:

Laboratoires

ANDRE GUERBET & Co. 10  
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.

La actual organización de los alumnos internos debe desaparecer en el período de estudios sistemáticos y trasladarla a la época en que se han superado todas las pruebas de los grupos.

Podría optarse al cargo de alumno interno mediante oposición entre todos los alumnos que van a empezar el año práctico, y el cargo, que duraría tres años, debería ser remunerado.

18. El alumno debe someterse a las pruebas de aptitud profesional (exclusivamente clínicas) al finalizar el año práctico.

19. Deben establecerse los estudios de perfeccionamiento para los médicos alejados de la Universidad. Estos estudios deben tener dos aspectos:

a) "Conferencias periódicas" en centros de comarcas por los docentes de la Universidad o jefes de servicios hospitalarios sobre temas médicos prefijados de interés profesional o social.

b) "Cursos prácticos intensivos" realizados una vez al año en todos los servicios clínicos de la población en donde radique la Universidad y a los que asistan los médicos por pequeños grupos. En estos cursos deben hacerse demostraciones sobre métodos exploratorios o terapéuticos nuevos. A estos cursos asistirá todos los años una cuarta parte de la población médica y su duración será de ocho a diez días.

Un Comité para el perfeccionamiento del médico determinará todos los años los temas de las conferencias y de los cursos prácticos, los docentes que deban enseñarlas y cuidará de toda la organización.

Debe procurarse que estos cursos hospitalarios de perfeccionamiento sean obligatorios, lo cual sólo puede establecerse cuando le sean abonados al médico los gastos de desplazamiento y de hospedaje.

20. Los que hoy son estudios de doctorado deben convertirse en estudios de alta cultura médica o de especialización en Institutos de Medicina Experimental o de Postgraduados.

21. Los estudios superiores de Medicina deben tener una tendencia menos pragmática y más científica que los del grado preferente. Deben ser ocasión para revisión con mayor profundidad, con carácter menos completo, aunque sí sistemático, de los capítulos esenciales de las Ciencias básicas.

22. La autonomía universitaria debe ser inmediatamente otorgada para que, frente al examen del Estado, las Universidades puedan organizarse como más convenga al cumplimiento de sus fines docentes y administrativos bajo un régimen de Patronato.

23. Como ejemplo para la organización del ingreso en la Facultad, distribución de trabajos, escolaridad, pruebas de examen, etc., deben aprovecharse las normas generales hoy en vigor en el plan de estudios de la Universidad de Barcelona, que el Congreso estima como modelo digno de ser implantado en todas las demás Facultades de Medicina de la Nación.

24. La colación de títulos profesionales incumbe solamente al Estado, pudiendo para ello formar los Tribunales para los correspondientes exámenes de forma automática con profesores y profesionales de gran prestigio. La reglamentación de estos exámenes partirá en todo caso de la iniciativa de la Universidad.

25. La especialización en Medicina aparece como inevitable dados los progresos de la ciencia y de la prác-

tica médica por contribuir a aquéllos y ser beneficiosa para los cuidados de los enfermos.

26. La especialización nunca debe significar la sustitución de los conocimientos generales de la Medicina por el perfeccionamiento de una rama de la misma, sino que esa perfección restringida que da la especialización debe ir sobreañadida al saber amplio, cuanto más amplio mejor, de los elementos básicos de la profesión.

27. Por especialista debe entenderse al médico que se ha perfeccionado en el estudio de una rama particular del arte de curar, la ejecuta totalmente, es decir, en su aspecto tanto médico como quirúrgico, y la ejerce exclusivamente, salvo caso de necesidad.

28. Las ramas particulares a que se refiere la base anterior se denominan "especialidades", cuyo número y clasificación se detallarán al redactar el reglamento correspondiente, tendiendo a evitarse en éste una excesiva atomización.

29. En armonía con las bases precedentes se creará el título de especialista.

30. Este título, como profesional que es, corresponde otorgarlo al Estado, según se señala en la conclusión 24 de este tema.

31. La enseñanza podrá hacerse, indistintamente, libre y en los organismos universitarios del Estado, y en ambos casos, para optar al título de especialista será imprescindible asistir asiduamente, durante un mínimo de dos a tres años, según la especialidad, al lado de personas o a clínicas de reconocido prestigio, presentando un certificado con expresión del tiempo empleado en la formación de la especialidad y el juicio del o de los maestros al lado de los cuales se ha permanecido, así como redactar una Memoria original sobre tema libre de la especialidad objeto de la preparación.

32. El candidato a especialista deberá asimismo justificar el ejercicio profesional como médico general por un período no inferior a dos años.

33. De la presentación y práctica de los requisitos que anteceden estarán exentos aquellos especialistas que al implantarse estas normas lleven cinco años de ejercicio exclusivo de la especialidad, libremente o en cargo oficial u oficioso. Los que ya tengan la calificación de especialista conferida por el Estado, Provincia o Municipio, o en virtud de oposición o estudios especiales, entrarán automáticamente en posesión del correspondiente título.

34. La reglamentación y control del ejercicio profesional de los especialistas será efectuada por los Colegios de Médicos.

35. Serán bases fundamentales de esta reglamentación:

a) La prohibición absoluta de llamarse especialista y de aspirar a cargos especiales u oficiosos de alguna especialidad al que no posea el título aludido.

b) La prohibición de titularse especialista en dos ramas que no sean afines, salvo casos muy especiales en que no exista en la localidad otro especialista en la rama simultaneada.

c) El mantenimiento del libre ejercicio profesional de la Medicina en su totalidad o en cualquiera de sus ramas para todo médico, esté o no en posesión y ejercicio del título de especialista.

36. La selección del profesorado se regulará por las siguientes normas:

a) Selección por concurso cerrado o abierto de méritos y, en casos excepcionales, por elección directa, del profesorado titular de las cátedras, de los Institutos de investigación y de los Seminarios.

b) Selección por concurso cerrado o abierto de méritos del profesorado agregado y encargado de cursos.

c) Elección directa, a instancia o no del interesado, del profesorado libre.

d) Selección por concurso-oposición, relegando ésta a pruebas exclusivamente prácticas y dando preferencia a los méritos, de todo el profesorado auxiliar.

e) Nombramiento condicionado a cierto número de años y revisable de todo el profesorado oficial y para-oficial.

f) Nombramiento de todo el personal docente a propuesta del Claustro de la Facultad, por el Claustro de Universidad, si ésta es autónoma, y por el ministro, si carece de autonomía.

g) Nombramiento libre por la Universidad, a propuesta de la Facultad, y con el refrendo del ministro, si ésta no es autónoma, de los profesores extraordinarios.

h) Remuneración de los profesores oficiales con largueza, para que dediquen el mayor tiempo a las funciones docentes y de investigación.

i) Establecer el "full time" en aquellas disciplinas de tipo básico y al margen de toda aplicación profesional y conceder emolumentos triplicados a los titulares de estas cátedras.

j) Instalar progresivamente los Institutos de investigación y los Seminarios pedagógicos y crear cursos de finalidad profesional.

k) Fomentar la investigación por medio de becas a alumnos y profesores y crear premios-estímulos para aquellos que hubieran aumentado el acervo científico con aportaciones originales.

37. La selección profesional de los estudiantes de Medicina debe empezarse, con el fin de irrogarles el mínimo perjuicio, en el momento de su ingreso en la Universidad.

38. La severidad de la selección debe hallarse en razón directa de la plétora profesional observada.

(Continuará.)

## SECCION OFICIAL

"GACETA" DEL DÍA 15 DE NOVIEMBRE:

*Ministerio de Trabajo, Justicia y Sanidad.*—Ilmo. señor: En ejecución de la Orden de este Departamento, fecha 7 de septiembre último, por la que se dispone el cumplimiento de la sentencia dictada por el Tribunal Supremo de Justicia en el recurso contencioso-administrativo interpuesto por D. Alfonso Cerveró Lacort y otros,

Este Ministerio ha tenido a bien disponer:

1.º Quedan repuestos en los cargos que anteriormente desempeñaban en los Dispensarios antituberculosos de Madrid los señores que a continuación se indican:

*Dispensario de Buenavista.*—D. Alfonso Cerveró Lacort, médico de consulta; D. Julián Ortiz de Lanzagorta y Vega, médico de consulta; D. Angel Navarro Blasco, médico de consulta; D. Cristóbal Giménez Encinas, médico de consulta.

*Dispensario de la Universidad.*—D. Jesús de Barto-

lomé Relimpio, médico de consulta; D. Julián Alonso Sañudo, médico de consulta; D. José Gómez Domingo, médico de consulta; D. Jaime Nonell Camps, médico de consulta de niños; D. Manuel Arce Esquivál, profesor de Radiología; D. José María Espinosa Pérez, médico destinado a los servicios de Cirugía.

*Dispensario de Hospital.*—D. Francisco Fuente Juanete, médico de consulta; D. Felipe García Triviño, médico de consulta; D. Antonio Martín Calderín, médico de consulta; D. Ramón Dombrasas Jaén, médico de consulta; D. Trinidad Espinosa Pérez, médico de consulta; D. José María Llopis Recio, médico de consulta.

2.º En tanto puedan ocupar los expresados señores, en forma reglamentaria, plazas de la plantilla actual que vacaren o las que en lo sucesivo se creen, disfrutarán, cada uno de los médicos que se reponen, una gratificación de 2.000 pesetas anuales, con cargo a los fondos extrapresupuestarios asignados a la Lucha Antituberculosa, de esa Subsecretaría.

Lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos.\* Madrid, 12 de noviembre de 1935.—*Federico Salmón.*—Señor subsecretario de Sanidad y Beneficencia.

## GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 705,2; ídem mínima, 696,7; temperatura máxima, 11,8º; ídem mínima, 3,4º; vientos dominantes, O.

La semana última se caracterizó por numerosas faringitis y laringitis con afonía. Estos procesos no han sido graves, pero sí tenaces, de tal modo que aún no se encuentran restablecidos la mayoría de los enfermos.

En los niños también se presentaron estos procesos que decimos; algunas bronquitis en los de pecho y la consabida "epidemia" de quemaduras por caída al brasero, de todos los inviernos.

## CRONICAS

Permuta plaza primera categoría en Moreda (Asturias). 22.000 habitantes, a 30 kilómetros de Oviedo. Carretera y ferrocarril. Dirigirse a J. Tejerina. Moreda.

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

**Sodiódine.**—Acompañamos con el presente número prospecto de la Casa Cortial anunciando este producto.

Se advierte a los compañeros que piensen solicitar la vacante de San Antonio (Balears), que hace más de dos años existe un interino que cumple a satisfacción y que tiene contratadas las igualas por tiempo indefinido. (31080).

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

## BARDANOL

Compuesta de extracto de raíces de LAPPAMAJOR L. y Estaño coloidal.

Laboratorio Gamir, San Fernando, 34. - Valencia.

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

# ORIGINALIDAD TERAPEUTICA

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

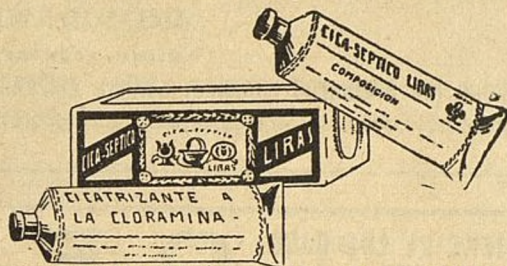
**NUTRIR:** Extracto de cereales y leguminosas, maltosado, vitamínico, de alto coeficiente nutritivo y fácil digestión. Diferente sabor y aroma en cada frasco.

**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.**

## 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.

## 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

**¡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

## 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

# BARACHOL

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

**LABORATORIOS FAUS — VILLAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)**

## 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! Pedido en Panaderías y establecimientos de régimen.

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

PARA LAS ENFERMEDADES NERVIOSAS

## ELIXIR POLIBROMURADO AMARGÓS

**BROMURANTINE** (Nombre registrado)  
**Calma, regulariza y fortifica los nervios**

Contiene los bromuros potásico, sódico, estróncico y amónico asociados con sustancias tónico amargas

**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 BAÑERITA

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

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

*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.

## 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.

<b>MEDICINA          CIRUGIA          HIGIENE          LEGISLACIÓN SANITARIA</b>	}	<b>4 TOMOS          1.600 páginas</b>
--	---	---

**PRECIO: 35 pesetas.**

La obra completa a nuestros suscriptores, 28 ptas.

¿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**

**Correspondencia administrativa**

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

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

D. Leopoldo F. Delgado, pagado fin diciembre de 1935.  
 D. Miguel Escamilla, ídem íd.  
 D. Simón García, ídem íd.  
 D. José García Martínez, ídem julio 1936.

*(Continúa en la página siguiente.)*

## TERTULIA MEDICA

to o accidental y no por un hecho necesario.

Recordemos que en las primeras líneas nos hacíamos la pregunta: "¿Por qué morimos?" Tratemos de resolver esta delicada pregunta.

Aunque nuestra interrogación se cifre a saber por qué morimos, cómo la muerte, según decíamos, es "el cese de la vida", buscar por qué morimos es lo mismo que indagar por qué se termina la vida.

Parece sencillo casi siempre el saber por qué muere un individuo; en cuanto a su causa primaria, muchas veces hasta nos las dan conocidas, y cuando no el conocerlas no suele ser difícil.

Pero lo que queremos conocer es la "causa final", los últimos acontecimientos de nuestra vida orgánica. Y esto ya no es tan sencillo.

Según de la escuela que sea partidario, así sabrá uno interpretar esta pregunta: bien porque tenga tanta fe y prestigio en su maestro que todo le parezca de tal verosimilitud, que ni lo ponga en duda, o también porque sólo cultive esta escuela con sus teorías sin atenderse para nada a las de los demás, y por desconocer éstas no las siga.

El que generalmente el discípulo siga las creencias del maestro y no la de los contrario, es debido a dos causas principalmente: 1.º El valor que para el discípulo representa su maestro, y 2.º el que éste le sugiere las ideas a su forma, ya que el arte de enseñar,

### Jarabe Bebé.-Tetradinamo.-Septicemiol.-Purgantil (Jarabe de Frutas) (Véase anuncio, página XVI.)

como decía Amiel, consiste en saber sugerir.

Y así veremos ahora cómo cada uno sabe interpretar las causas finales de la muerte de una manera distinta. En tanto que unos aseguran que es el corazón el último que deja de funcionar, otros opinan que la cuestión está en el cerebro, otros que en la respiración, etcétera.

No han sido pocas las teorías que se han dado para interpretar la última causa de la muerte.

1.º Y así Ribbert, en su libro "La muerte por debilidad senil", opina que la muerte es debida a la atrofia de las células ganglionales.

2.º Los hay que creen que la muerte obedece a un "shock" anafiláctico; problema obscuro el que tratan de resolver sólo con teoría.

3.º Desde que Lavoisier y los suyos indicaron la necesidad de oxígeno en todos los animales, no sólo por el hecho de unirse a la hemoglobina formando la exihemoglobina, elemento imprescindible, sino también por el sistema energético que forma con las materias oxidables, según demostró Caracciolo después, se habla de la muerte

por falta de oxígeno; al fin y al cabo sería una muerte por asfixia.

4.º Ya tiene pocos prosélitos la teoría que defendía que la muerte obedecía a la parálisis respiratoria.

5.º Otros, como Nothnagel, que aseguran que la muerte siempre es debida al corazón, haciendo responsable



### FORMULA POR 20 GRAMOS

Thocol... 23 cent.

Codelna... 1 —

Arrhenal. 2 —

Precio al público 4,95 ptas.

a este órgano de la pérdida de la vida.

6.º Para Mühlmann, la causa de la muerte debe existir en la medula oblongada.

7.º Müller, que cree que la muerte, es decir, "el aniquilamiento de la vida orgánica", como él la llama, consiste en la supresión de los centros vitales.

La muerte se produce cuando falta la inervación vital, y lo que produce la abolición de la inervación vital es el insuficiente riego sanguíneo de los centros vegetativos de la base cerebral, dice el profesor Müller.

"La sección de las grandes arterias del cuello, que se practica en la manzana de los hebreos, hace caer inmediatamente al individuo como tocado por un rayo, y produce la muerte en pocos segundos."

"La compresión total y lateral de las carótidas, que se produce por el ahorcamiento, provoca inmediatamente la pérdida de la conciencia, y a pesar de que el corazón sigue latiendo, el individuo muere en pocos segundos."

Estos son ejemplos que el profesor Müller pone como demostración de que la muerte se produce al faltar la irrigación de los centros cerebrales.

Analicemos estas teorías con su proselitismo respectivo.

Nada diremos de la teoría que patrocinó Ribbert.

En cuanto a la segunda teoría ana-

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

filáctica, no hacemos poco con mencionarla, pues si la de Ribbert no cuenta con partidarios, al menos se sospechó, con fundamento, que pudiera tener algo de verdad, lo que no sucede con ésta,

que todo lo que se ha intentado decir cabe dentro de la suposición, pero no en el interior de la realidad.

Las teorías tercera y cuarta van tan paralelas, que podemos criticar su valor desde el mismo punto de vista: una muerte por falta de oxígeno sería una muerte por asfixia, lo mismo que una muerte por parálisis respiratoria.

Podemos decir que esta fué la creencia que predominó entre los antiguos como causa que ponía final a la vida. Antiguamente se creía con firmeza que la muerte se debía a una parálisis respiratoria.

Es cierto que una neumonía, una gangrena pulmonar o una tuberculosis de pulmón pueden llegar a producir la muerte; pero se llega al éxito letal no dependiendo de la lesión pulmonar en sí, sino de la influencia de las toxinas bacterianas sobre los centros encefálicos y por reducción del campo de la hematosis.

Es decir, que no es debido a la falta de pulmón lo que produce el fatal desenlace, sino el desprendimiento de toxinas lo que llega a intoxicar al organismo (muerte por toxicidad).

También si el campo pulmonar es reducido, la falta de oxígeno en la sangre (anoxiemia) llega a producir la muerte.

Pero si se evita el desprendimiento de bacterias al medio interno, o si se asegura la hematosis por otra vía, podríamos, incluso, vivir sin pulmón.

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

El que viva el feto en el claustro materno sin respirar es una prueba de que la función respiratoria no es indispensable para la vida; igualmente en el adulto, si nos aseguran la llegada de oxígeno a la sangre por otra vía, el pulmón no sería imprescindible.

#### Teoría de Nothnagel.

Esta sí merece que se haga pensando sus comentarios.

Ya hemos mencionado antes en varias ocasiones que para Nothnagel el final de la vida reside en el corazón, según asegura en su célebre trabajo "La muerte".

Afirma que "el hombre siempre muere por su corazón", y agrega: "En tanto que el corazón se contrae por débiles y difíciles que sean sus contracciones, el individuo vive. Solamente después del último latido cardíaco termina la vida irremediamente."

Esta teoría realmente tiene un valor extraordinario, pues dispone de pruebas que demuestra claramente su veracidad, como hay hechos que vienen a refutarla de una manera absoluta.

Entre los hechos que apoyan tal teo-

ría están, entre otros: Hoffmann ha visto perros recién sacrificados en que el corazón seguía contrayéndose hasta seis horas después de haberles dado muerte.

Drozyinski tuvo ocasión de observar al operar a un paralítico, que se le murió en la mesa de operaciones, que a pesar de hacer cuarenta minutos que el individuo había muerto, sin embargo, su corazón seguía funcionando, y que luego se quedó limitado a una fibrilación auricular.

Es decir, que estos hechos vienen a apoyar la idea de que, efectivamente, hubiera "una vida propiamente cardíaca"; que la única manifestación de vida en tales experimentos lo constituyera la leve contracción cardíaca, y como se comprende, si esto era el único al cesar la vida, no habría nadie que discutiera que no había sido también lo último.

Que el hombre muere muchas veces por su corazón, no cabe duda que es verdad, aunque conviene distinguir el sujeto que muere por su corazón como causa propia del que muere por su corazón como causa secundaria. Como "causa propia" son aquellas que quitan la vida al sujeto dependiendo solamente del corazón, como sucede en las cardiopatías propiamente dichas. Pero en la mayoría de los casos en que el corazón se entrega por una causa anterior, ya no podemos ser tan absolutos respecto a la veracidad de la teoría de Nothnagelt.

Es decir, que si interpretamos de una manera absoluta la sentencia de Nothnagelt de que la causa de la muerte está "siempre" en el corazón, es tanto como certificar a todo el mundo muerto por parálisis cardíaca, y esto es absurdo.

Müller, con su teoría, combate a Nothnagelt, y no sólo asegura que el corazón no es el causante, sino que llega a dudar que en el mismo colapso la muerte se produzca por parálisis cardíaca.

Después de todo lo dicho, fácilmente nos será admitir que en la práctica lo que dice Nothnagelt, sin que sea de una manera absoluta verdad, se le acerca mucho; es decir, que el sujeto

## STROPHANTIUM PALLARES

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

al que se le encuentra sin latidos "cardíacos", si no es un muerto, le falta poco; pero la mayor barrera que se opone a la teoría de Nothnagelt es precisamente el que sujetos con parálisis cardíaca puedan después volver a la vida. Si el corazón ha estado parado (cosa posible como ya dejamos dicho), y la parálisis del centro circulatorio

significa muerte, el sujeto en tales condiciones ha sido un cadáver; luego lo que podíamos decir que hacemos al devolver al corazón de un sujeto de estos sus contracciones, en realidad es "resucitarlo", y veamos que tal palabra, en un sentido etimológico no existe. Resucitar es "devolver la vida a una cosa muerta", y esto no puede ser, ¿pues cómo

## ANTIPHLOGISTINE

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

no vamos a poder devolver la vida a una cosa muerta, si sabemos que lo que caracteriza la muerte precisamente es su falta de vitalidad para siempre?

Además, después de haber hablado del síncope con el concepto que a nosotros nos merece, tampoco hemos de aceptar la teoría de Nothnagelt de una manera rotunda, como él pretende, porque chocan unas cosas con otras: o no existe el síncope (ya que al existir éste hay parálisis), o si existe con los datos que le caracterizan hemos de aceptar que parálisis de corazón no es sinónimo de muerte.

En los reconocidos casos en que la muerte es debida a parálisis cardíaca.

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

ES SU OBRA **INMUNIDAD**  
SOBRE HIGIENE  
(CON UN FOLLETO DEL Dr. MARAÑÓN)  
20 pesetas ejemplar libre de gastos. Pedidos al  
APARTADO 121.-MADRID

¿qué causa es la que produce tal parálisis? Es al neumogástrico al que se le ha señalado como culpable.

Para algunos sería debida a la degeneración de este nervio, ya que Muhlmann ha podido comprobar que en una gran porción de muerte por parálisis cardíaca existe la presencia de una intensa granulación grasienta en el núcleo visceral del vago con algunas placas de Marchí.

Pero Müller, con la mayoría, no sigue tal criterio. Y esto lo explican, no como una forma degenerativa, sino irritativa, fundándose en que han podido comprobar cómo se produce una parálisis cardíaca mediante una intensa excitación del núcleo visceral del vago y cómo no obtiene el mismo resultado mediante una degeneración progresiva del mismo.

### Teoría de Muhlmann.

Para Muhlmann la causa de la muerte debe existir en la medula oblongada, pero sin que él, al emitir tal suposición, trate de poner al descubierto hechos demostrativos que justifiquen su parecer.

Sin embargo, se puede decir que esta teoría casi no había nacido cuando la mató Popelski al demostrar que se extirpaba toda la medula, y como se practicara correctamente la respiración artificial, el animal no moría.

Muhlmann hace comentarios contra la teoría cardíaca, a la que tampoco concede un valor absoluto; tal vez esté con Nothnagelt en que el corazón sea uno de los personajes que interpretan el último acto de la comedia de la vida; en lo que no está conforme es en que se considere al corazón como el causante de todo, y le cabe la posibilidad de que sean otras las causas ocasionales. Esto es lo que da a entender las afirmaciones escritas en su trabajo "Contribución al problema de la muerte", al escribir: "La debilidad cardíaca, que muchas veces se considera como la última causa de la muerte, no lo es en realidad. Que la vida se apaga cuando el corazón deja de funcionar, es natural, pero todavía no sabemos con seguridad si la causa de la paralización cardíaca reside en el mismo corazón o fuera de él."

### Teoría de Müller.

Para Müller la muerte se produce cuando cesan las funciones de los centros vitales.

Dice que, como partes de nuestro organismo, hasta miembros enteros pueden ser separados del resto y, sin embargo, no morir el sujeto.

Y si, como si un miembro gangrenado se deja, las toxinas de la putrefacción pueden provocar una septicemia, produciendo la muerte, que según él se produce por la intoxicación de los centros vitales.

"La acumulación de toxinas en el organismo producirá la parálisis de los centros vegetativos y, consecutivamente, la muerte." (Müller.)

"Cesa la respiración—agrega—y, sin embargo, los ventrículos y, sobre todo, las aurículas siguen fibrilando; luego descontentado, pues, que el cese de la respiración sea la causa última."

La vida del hombre debe estar regulada de tal modo, que todos sus órganos marchen de una manera armó-

## S A R N A

Cúrase con SULFURETO CABALLERO

nica, y esto no se puede llevar a efecto más que bajo la influencia reguladora de los centros vitales; y siendo así, se comprenderá fácilmente cómo, tan pronto cese la noble actuación del sistema nervioso, terminará esta coordinación. La supresión de los centros vitales aniquila la unidad del conjunto celular.

(Concluirá.)

pitación o enturbiamiento, pudiendo solicitar el médico clínico o el jefe del laboratorio que se hagan otras.

Base sexta. *Intrusismo y charlatanismo.*—Prohíbe los tratamientos por correspondencia y aquellos anuncios que, con fines de propaganda, ofrecen lo que honradamente no se puede hacer; se opone a que estudiantes, practicantes, etc., lleven a cabo tratamiento alguno si no es bajo la inmediata vigilancia y responsabilidad de un médico; que se expendan sin receta productos destinados al uso por los propios enfermos.

Base séptima. *Organización técnica y administrativa de los servicios oficiales antivenéreos.*—En substitución del Comité se crea una Junta Central Antivenérea, compuesta del ministro de la Gobernación, presidente honorario; el director general de Sanidad, presidente efectivo; los tres inspectores generales, siendo el de Sanidad Interior vicepresidente de la Junta y presidente de la Comisión permanente de la misma. Vocales: un académico de la Nacional, el catedrático de Dermatología de Madrid, el inspector provincial de Sanidad, un médico de San Juan de Dios, uno de la Beneficencia municipal y uno de Sanidad militar, ambos especializados; los directores de los dispensarios de Madrid y dos médicos libres especializados.

Esta Junta tiene carácter ejecutivo en todo el país, sin perjuicio de que en las provincias dependan los servicios directamente de la Comisión permanente de

cio de profilaxis pública de las enfermedades venéreas sifilíticas tendrían lugar en Madrid, ante los Tribunales que se designen y con sujeción al Reglamento y programas que se redactasen por la Dirección general de Sanidad, en vista de las dificultades con que tropezaban para hacerlas numerosas Juntas provinciales de Sanidad.

Nueva Real orden del Ministerio de la Gobernación del 11 de Junio de 1927 aprobó el Reglamento y programa para las oposiciones a médicos clínicos y bacteriólogos para la vigilancia higiénica de la prostitución, y otra de 8 de Enero de 1929 dispuso que las Diputaciones provinciales y Ayuntamientos de capitales de provincia y de pueblos mayores de 20.000 habitantes que no tuvieran organizados y en función sus dispensarios antivenéreos subvencionaran los que sostenían las Juntas provinciales o municipales de Sanidad.

La Real orden del 27 de Mayo de 1930 es la disposición más importante de las que se han dictado en este sentido, pues aunque en la actualidad se trate de substituir la reglamentación por el abolicionismo, la mayor parte de las disposiciones siguen siendo provechosas y están y habrán de seguir en vigor. Contiene diez bases, que resumimos así:

Base primera. *Tratamiento obligatorio.* — Toda persona afecta de una enfermedad venérea en período de contagio está obligada a hacerse tratar por un médico, ya privadamente, ya en establecimiento

público. Cuando el enfermo cambie de médico, el que se haga cargo de aquél debe prevenir en el plazo de cuarenta y ocho horas al médico precedente que se ha encargado de continuar el tratamiento; de lo contrario, el médico primero vendrá obligado a dar cuenta a las autoridades sanitarias de que el enfermo en cuestión abandonó el tratamiento, y estas autoridades pueden decretar hasta la hospitalización forzosa del enfermo descuidado o rebelde. El médico debe prevenir al enfermo de esta obligación antes de comenzar a tratarle. Los padres o tutores de un menor enfermo tienen obligación de procurarle el tratamiento conveniente.

Base segunda. *Reconocimiento obligatorio condicional.*—Toda persona que por negligencia, desidia, incultura, debilidad mental o mala intención manifiesta no cumpla lo dispuesto en la base primera podrá ser obligada a un reconocimiento por un médico de la Lucha Oficial Antivenérea, e incluso a la hospitalización forzosa. Si el caso lo requiere, se le podrá obligar a un reconocimiento periódico.

Base tercera. *Investigación de las fuentes de contagio.*—Esta investigación y la esterilización de esos focos será misión primordial de la lucha antivenérea. Para facilitarla se propone la creación de un Cuerpo de enfermeras visitadoras, dependiente de la Escuela Nacional de Sanidad, las cuales, además de su título de enfermeras, habrán hecho un cursillo especializado en un dispensario antivenéreo.

Base cuarta. *Deberes de los médicos en general.*—Al comenzar el tratamiento dará al enfermo una hoja o cartilla (editada por la Junta Central Antivenérea y repartida con difusión), que explique de una manera clara y concisa los peligros de las enfermedades específicas y las sanciones por abandonar el tratamiento sin causa justificada en período contagioso. El médico deberá informarse en lo posible de las fuentes de contagio y transmitir las noticias a las autoridades sanitarias.

Base quinta. *Organización del servicio técnico de la lucha oficial.*—a) Se irá rápidamente a la máxima unificación de los métodos terapéuticos y serológicos utilizados en los dispensarios, obedeciendo los médicos las disposiciones de la Junta Central Antivenérea.

b) Los médicos del servicio pasarán consulta de hombres y mujeres a las horas más adecuadas para las clases menesterosas.

c) Estarán obligados a emplear los preparados salvársánicos en la sífilis primaria y secundaria, y en todas las ocasiones en que haya lesiones abiertas en sitios de peligro.

d) En los dispensarios oficiales se facilitará la especialización de los médicos y estudiantes.

e) La dirección de cada dispensario recaerá precisamente en un médico clínico ingresado por oposición.

f) En los análisis de los sueros se harán obligatoriamente una reacción de hemolisis y dos de preci-

# Indicaciones del FORCEPS y técnica operatoria del mismo

Por el Dr. A. PONS

4 PESETAS EJEMPLAR

PEDIDOS AL APARTADO 121. MADRID

# ALMORRANAS



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

- D. Quintín Rúa, ídem diciembre 1935.
- D. Melacio González, ídem íd.
- D. Casto González, ídem íd.
- D. Gonzalo Fernández Huidobro, ídem íd.
- D. Miguel Verde, ídem íd.
- D. Ricardo Padrón, ídem junio 1936.
- D. José Tagarro, ídem octubre 1935.
- D. Miguel José de Bustos, ídem diciembre 1935.
- D. José Pérez, ídem 1936.
- D. Eudaldo Martínez de Bourio, ídem íd.
- D. Bonifacio López Rivero, ídem ídem 1935.
- D. Jesús Jiménez, ídem octubre 1935.
- D. E. Antequera, ídem diciembre 1935.
- D. Miguel Zubizarreta, ídem íd.
- D. Fernando M. Danizla, ídem julio 1936.
- D. Emilio Pedrero, ídem octubre 1935.
- D. Pedro Guzmán, ídem junio 1935.
- D. Emilio Alonso Martín, ídem diciembre 1935.
- D. Anastasio Escudero, ídem íd.
- D. Julio Olanar, ídem íd.
- D. Ladislao Ortega Bravo, ídem ídem.
- D. Lorenzo López Buera, ídem íd.
- D. Ricardo Pelayo, ídem íd.
- D. Angel Méndez, ídem abril 1936.
- D. C. González, ídem diciembre 1935.
- D. Felipe Velasco, ídem íd.
- D. Fidel Gallo, ídem íd.
- D. Alejandro B. Melo, ídem abril 1936.
- D. Francisco Valero, ídem julio 1936.

**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**

Preparado en Farmacia-Fábrica Sábido e Laboratorio Sáiz de Carlos, Serrano, 20-MADRID

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

**Laboratorio del Dr. E. ORTEGA**  
Sucesor del DR. CALDERON  
Carretas. 14.-Madrid  
FUNDADO EN 1866

**DE LA GOTA**  
TRATAMIENTO MODERNO POR LA TERAPÉUTICA DEL ESTIMULO

Un tomo cuidadosamente editado, práctico y necesario -:- 5 PESETAS EJEMPLAR

Haga su pedido al APARTADO 121-MADRID

- D. Alejandro Uhden, ídem febrero 1936.
- D. Antonio Martiola, ídem marzo 1936.
- D. Constantino Arrans, ídem diciembre 1935.
- D. Víctor Corral, ídem íd.
- D. Angel Toriello, ídem íd.
- D. Santiago Díaz Crespo, ídem íd.
- D. José Olalla, ídem junio 1936.
- D. Macario Arranz, ídem diciembre 1935.
- D. Angel Guevara, ídem íd.
- D. Joaquín Berruete, ídem íd.
- D. Emilio López Oliva, ídem íd.
- D. Jesús Fontán, ídem íd.
- D. Modesto Marín y Pérez, ídem ídem.
- D. Agustín Forcadell, ídem junio 1936.
- D. Pedro Vidal, ídem diciembre 1935.
- D. Telesforo Valverde, ídem íd.
- D. Jesús Pardo Romero, ídem íd.
- D. Marcial Martínez, ídem íd.
- D. Félix Pardo Rojo, ídem íd.
- D. Epifanio Bárcena, ídem marzo 1936.
- D. Antonio Labayen, ídem diciembre 1935.
- D. José Ciria, ídem íd.
- D. José Parra, ídem íd.
- D. Juan D. Pérez, ídem diciembre 1935.
- D. Francisco Campos, ídem febrero 1936.
- D. Baldomero Romero, ídem diciembre 1935.
- D. Valeriano Masa, ídem íd.
- D. José García Fraga, ídem íd.
- D. Eugenio Fernández, ídem julio 1936.
- D. Joaquín García Peinado, ídem diciembre 1935.
- D. Manuel Fernández, ídem íd.
- D. Javier Dulanto, ídem íd.
- D. Gerardo Sáiz, ídem íd.

# BIFOSFOTIOCOL TOSSES Y CATARROS

Ayuntamiento de Madrid

## Cardioetil y Cardioetil Estrícnico

Inyectables a base de alcanfor natural del Laurus, Canfora y Oxido de Etilo (Eter sulfúrico puro) y el Cardioetil Estrícnico con adición de Estricnina.

Preparados que ofrecen grandes ventajas sobre el aceite alcanforado, en los colapsos cardíacos, en la hipotensión arterial, en el edema pulmonar, en las pneumonías con pulso frecuente y pequeño y en las bronconeumonías, especialmente en los ancianos.

## Tratamiento curativo del estreñimiento Petrosina

No es producto laxante ni purgante; es un hidrocarburo líquido no asimilable que obra mecánicamente como lubricante intestinal, facilitando los movimientos peristálticos.

Eficaz en todos los casos. Insustituible en los estreñimientos de las embarazadas, en los niños de poca edad y en toda persona de estómago delicado.

No es irritante y no produce hábito en tratamiento prolongado.

## Neurotónico

Elixir para vía gástrica. Inyectable para vía subcutánea.

Medicación gliceroarsenial fosforada, con nucleína y estricnina.

Es un reconstituyente eficacísimo en las neurastenias, clorosis, anemias, convalecencias y tuberculosis incipientes o pretuberculosos.

## Ciaticarina

Preparado en forma líquida con salicilatos de litina, colchicina y yoduros alcalinos.

Con estos datos, no es de dudar que en REUMATISMO, ya sea de forma articular o muscular, en la ciática y en el artritis, tiene que ser la medicación predilecta.

---

**LABORATORIO García Suárez**  
**Calle de Recoletos, 6 moderno. - MADRID**