

EL SIGLO MÉDICO

SEMANA MÉDICA ESPAÑOLA

REVISTA TECNICA Y PROFESIONAL DE LAS CIENCIAS MEDICAS

Fundada en 1 de enero de 1834

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

«Boletín de Medicina» (1834-1854) - «Gaceta Médica» (1844-1854)

«Genio Médico-Quirúrgico» - «La Correspondencia Médica»
(1865)

«Revista de Sanidad Civil» - «Revista Clínica de Madrid»

1854 * AÑO NOVENTA Y DOS * 1946

Oficinas de Redacción y Administración:

MADRID, CALLE DE LOPEZ DE HOYOS, 11 - TELEFONO 63535

Precios de suscripción:

España, América y Portugal: 50 pesetas al semestre.

Para los demás países: 100 pesetas al semestre

Número corriente: 6 pesetas (del año en curso).

Número atrasado: De año distinto, 15 pesetas.

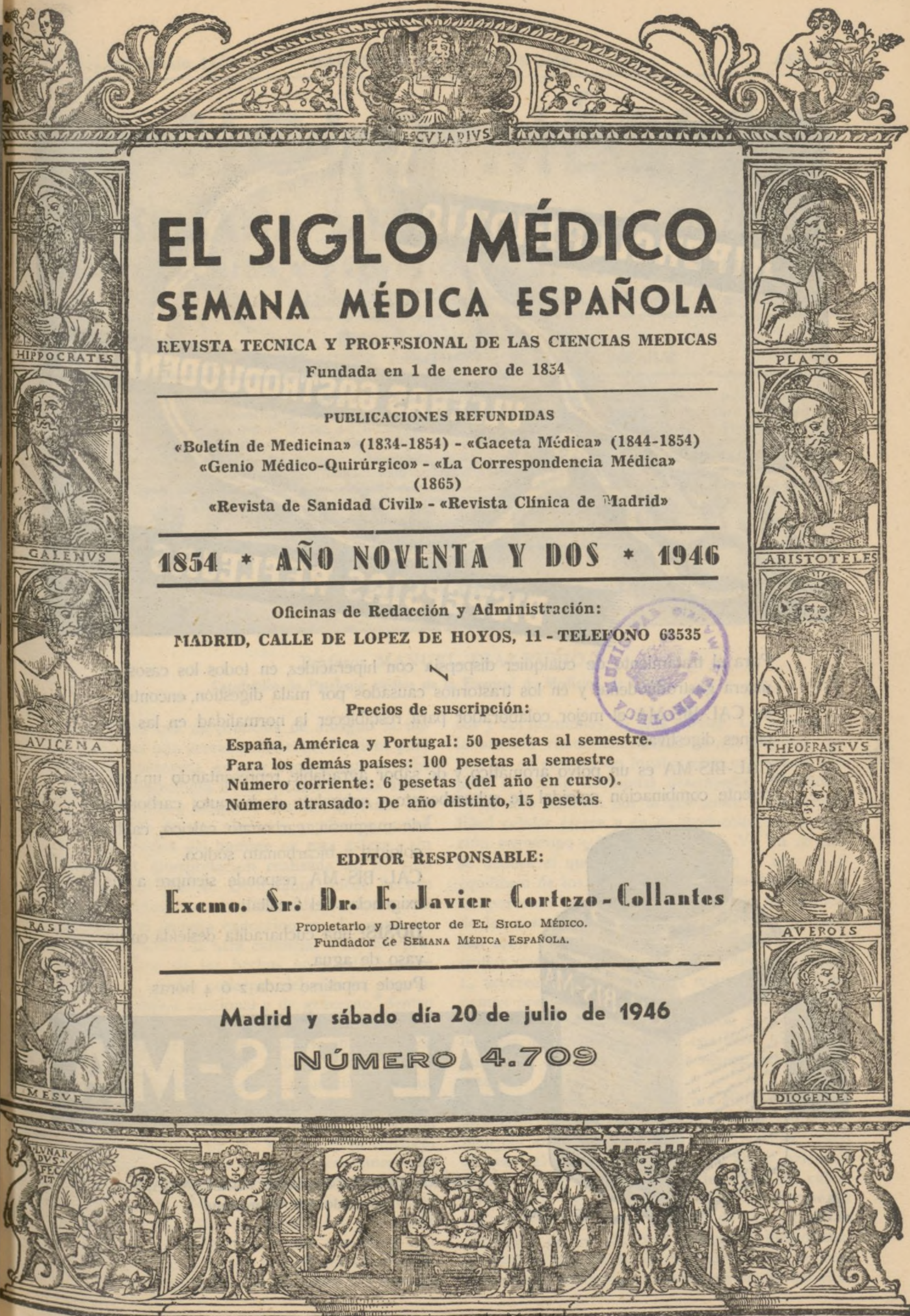
EDITOR RESPONSABLE:

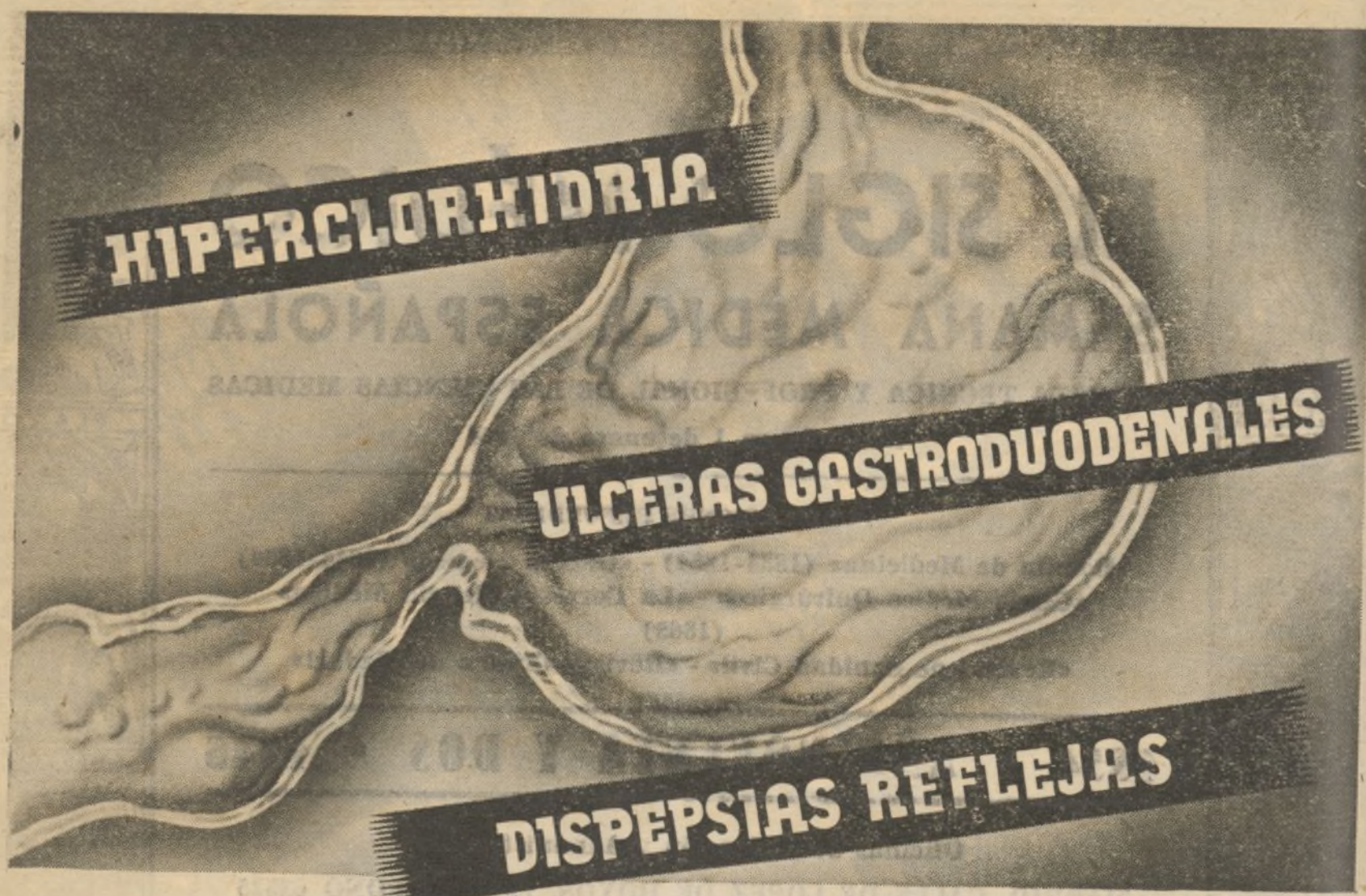
Excmo. Sr. Dr. F. Javier Cortezo-Collantes

Propietario y Director de EL SIGLO MÉDICO.
Fundador de SEMANA MÉDICA ESPAÑOLA.

Madrid y sábado día 20 de julio de 1946

NÚMERO 4.709





Para el tratamiento de cualquier dispepsia con hiperacidez, en todos los casos de úlcera gastroduodenal y en los trastornos causados por mala digestión, encontrará en CAL BIS-MA el mejor colaborador para restablecer la normalidad en las funciones digestivas.

CAL-BIS-MA es un polvo aromático y de sabor agradable, representando una excelente combinación coloidal de subcarbonato y subgalato de bismuto, carbonato de magnesio, carbonato cálcico, caolín coloidal y bicarbonato sódico.

CAL-BIS-MA responde siempre a las exigencias del facultativo.

DOSIS: una cucharadita desleída en un vaso de agua.

Puede repetirse cada 2 ó 4 horas.



CAL-BIS-MA

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

Ap. C. S. n.º 107



EL SIGLO MÉDICO

SEMANA MEDICA ESPAÑOLA

REVISTA TECNICA Y PROFESIONAL DE CIENCIAS MEDICAS

Con la colaboración científica médica nacional y divulgación de la extranjera y de especialidades.

Programa científico:

PROGRESSI SUMUS, PROGREDIMUS, PROGREDIEMUR

SUMARIO DE ESTE NUMERO.—SECCIÓN CIENTÍFICA: COLABORACIONES: Traducción endocrinovegetativa de la alimentación insuficiente, por el Prof. Manuel Díaz-Rubio. Posibilidades de la cura marítima en España, por los Dres. A. Aguirre de Cárcer y A. Valero Castejón. Estado actual del tratamiento de la blenorragia masculina, por el Dr. Francisco Martino Savino. DIVULGACIONES NACIONALES: Madrid y los grandes descubrimientos médicos, por el Dr. J. Alvarez-Sierra. DIVULGACIONES DEL EXTERIOR: Hacia una más estrecha colaboración de los científicos de la Commonwealth con los de otros países. ACADEMIAS Y SOCIEDADES CIENTÍFICAS. CONSULTORIO MÉDICO QUIRÚRGICO. BIBLIOGRAFÍAS. REGISTRO DE SUMARIOS.

COLABORACIONES

Traducción endocrinovegetativa de la alimentación insuficiente

por el

Profesor MANUEL DIAZ-RUBIO

Catedrático de Patología médica de la Facultad de Medicina de Cádiz.

A pesar de que es conocida de antiguo la importancia que una precaria alimentación tiene para el sistema endocrino, es muy poco lo que se sabe sobre la fisiopatología de tal actuación. Las situaciones de guerra y bloqueos nos han aportado datos, ante todo de tipo clínico y anatómico, sobre las consecuencias del hambre en esta esfera; sin embargo, la interpretación realizada no ha sido correcta, sino parcial. Otro tanto puede decirse respecto al traspaso a la Clínica de los datos anatómicos en el terreno endocrino en el animal sometido a ésta o a la otra carencia. Una interpretación correcta de los hechos no puede hacerse sino bajo el amplio concepto del sistema vegetativo como unidad funcional y de gobierno, dentro del cual sus elementos constituyentes, como fragmentos inseparables de un todo, se influyen recíprocamente. Así como no hablamos de endocrinopatía por afectación de una glándula, sino que consideramos la alteración que en la función de las restantes y el cambio en la postura del sistema nervioso vegetativo (S. N. V.) ello lleva consigo, y, a la inversa, todo trastorno en cualquier otro elemento del sistema acarreará modificaciones similares. Así se sabe cómo en aquella circunstancia cambian la correlación, necesidades y situación de los factores vitamínicos, y ello con tanto más motivo en cuanto que por su carácter de biocatalizadores influyen, junto con los iones, los fermen-

tos y las hormonas, la vida celular. La íntima colaboración vitamino-hormonal se nos expresa, no ya sólo en esta acción local y en la preparante que para la acción hormonal desempeñan (WACHOLDER), sino también por la que sobre la permeabilidad celular ejerce y en su traducción en la función ergotropa e histotropa del S. V. Ya de ello se deduce el que una alteración en el ingreso y equilibrio de los mencionados biocatalizadores, en el aporte de los diversos iones o en la adecuación de los restantes elementos de la dieta, repercutirán sobre el resto del sistema. No debe, pues, extrañar que una dieta carencial o insuficiente pueda acarrear un trastorno del mismo y más si tenemos presente la capacidad, por parte de las vitaminas, de gobernar la producción de hormonas, de reaccionar químicamente con ellas (STEPP) y, quizá, de servir de sustancia madre para su formación.

Se ha considerado a la pobreza alimenticia como directamente causante de alteraciones glandulares, bien por su carencia en determinados iones, como respecto al yodo en la génesis del bocio endémico y al aumento de las paratiroides en la de calcio (OBERLING), ya porque fabricando sus hormonas las distintas glándulas a partir de los productos derivados de los distintos principios inmediatos, al sufrir el ingreso de éstos la producción de hormona sería deficiente. Además, pudiendo las vita-

minas constituir la substancia de origen de ciertas hormonas y regulando su producción, su carencia determinaría el fracaso glandular.

Sin negar tales posibilidades de actuación de las dietas deficientes, no creemos, sin embargo, que sea lo fundamental, salvo si se prescinde de la carencia de ciertos metales, cual el yodo en la génesis del bocio endémico. Por un lado, extraña el que, tratándose de órganos rectores de la vida celular, no se provean a partir de los pequeños ingresos recibidos, o de los deparados por el metabolismo endógeno, del quantum preciso para la fabricación diaria de hormonas. A este respecto es llamativo el que en la pelagra típica, tal y como fué vista en Madrid en los años 1937 a 1939, tal déficit pluriendocrino se veía, aun cuando el estado de nutrición no fuera todavía malo; asimismo, y al margen de ella, coincidían situaciones de apagamiento neuroendocrino con la existencia todavía de reservas, cosa que armoniza mal con aquella hipótesis. Por otro lado, queda sin explicar, si se admite, el porqué junto a síntomas de déficit de determinadas glándulas se conserva la función de otras y aun en ocasiones mejora, como sucede en la diabetes. En un concepto biológico, y de ser las cosas así, las glándulas más vitales serían las últimas en disminuir o perder su capacidad de función ante tal contingencia dietética, cosa que no acontece. Además, es más que discutible, al menos para ciertas hormonas, su origen a partir de vitaminas; esto sólo podría considerarse como la excepción, lo que excluye su responsabilidad, al menos por dicho mecanismo, en el fracaso glandular. No obstante, el constituir ciertas glándulas depósito de elección para determinadas vitaminas y el gobierno por éstas de la excitabilidad y tono de trabajo de aquéllas, le condiciona a su vez respecto a la producción hormonal, aunque dentro de la unidad de acción del S. V. Ello podrá traducirse en inhibiciones o excitaciones, denotándose a la vez una afinidad selectiva de ciertas vitaminas respecto a determinadas glándulas; mas esto, que no es sino consecuencia de la especialización y alta personalidad del órgano de afección del S. V., no es, en modo alguno, exclusivo, dada la ordenación de éste. Ello puede explicar, en parte, pero no todo, las alteraciones neuroendocrinas originadas por la alimentación insuficiente.

Es innegable la capacidad de producir la dieta deficiente un apagamiento endocrino generalizado. Ya sabido, en virtud de la experiencia de épocas de hambre, tuvo una expresión sumamente patente en lo sucedido en los años 1927-39 en Madrid. Por entonces, con una dieta cuyas características han sido descritas con precisión por GRADE, aparte de ciertas enfermedades carenciales de marcado tipismo, se originaron cuadros endocrinos de la más alta significación. En primer lugar, los síndromes hiperfuncionales disminuye-

ron en forma notable, haciéndose sumamente raros. Esto tiene tanto más interés cuanto que las impresiones, emociones, preocupaciones y otras vibraciones anímicas se sucedían con ritmos e intensidad mucho mayores que normalmente. La disminución en frecuencia de las hipertireosis, hasta el punto de prácticamente desaparecer la enfermedad de Basedow, desde fines de 1937, es muy elocuente. En oposición a ello, eran de observación corriente los estados de déficit endocrino. Tal sucedió, ante todo, con el síndrome de la caquexia hipofisaria de Simmonds, el cual se ofreció con grados distintos de intensidad, pero con todos sus síntomas típicos—emaciación, senilidad, caída del cabello, amenorrea, hipotensión, hipocalcemia, atrofia ósea, descenso del metabolismo basal y de la A. D. E., hipersensibilidad a la insulina, etc.—, si bien en gran número de ellos las circunstancias coexistentes condicionaban ya su complicación con infecciones, ante todo tuberculosis, ya la aparición tardía de una pelagra. De igual forma, los cuadros de insuficiencia suprarrenal fueron de observación frecuente, y expresados ya en forma esbozada, ya con caracteres de un intenso Addison. Son aquí de sumo interés, y en nuestra experiencia, dos hechos: uno, el cómo una caseosis suprarrenal bilateral de marcha clínica muda puede expresarse, y en forma violenta, en ocasión de la alimentación insuficiente, conduciendo al *exitus* con hallazgos necrópsicos demostrativos de la antigüedad de la lesión, y el otro, la extraordinaria similitud clínica que entre la pelagra, cuando ésta reviste su forma pigmentaria, y el Addison puede existir, hasta el punto de hacer sumamente difícil el diagnóstico diferencial en la ausencia de síndrome neurológico. Igualmente, era dado observar con frecuencia los pequeños signos de la insuficiencia paratiroidea, aunque con rareza, formas acusadas de ella.

El deficiente desarrollo infantil, la pubertad retrasada, la menarquia tardía o ausente, la sumamente frecuente amenorrea en la mujer y la impotencia en el hombre eran síntomas que, si bien estos dos últimos acompañaban siempre a la pelagra, junto con los anteriores se ofrecían independientemente de ella con enorme constancia. Finalmente, y como signo constante, se ofrecía el descenso del M. B., aunque con tamaño de tiroides clínicamente normal. Esto tiene tanto más interés, ya que el que no se origine un aumento de volumen de la glándula, cual sucede en el bocio endémico, nos indica, o bien una incapacidad de reacción local, o bien un trastorno de la regulación, o ya el carácter compensador del descenso metabólico. Era llamativo el que, a pesar de tal descenso del M. B., en ocasiones muy acusado, no se ofrecían signos clínicos hipotiroideos, ya que ni la anemia, ni los edemas, ni las variaciones proteicas del plasma, ni la aumentada colesterinemia, entre otros síntomas, podían hacerse depender de

otra causa que de la hiponutrición, al margen de la situación tiroidea. Para nosotros tiene gran interés tal ausencia de síntomas hipotiroideos, a pesar del disminuído M. B.; ello habla en pro del carácter secundario del descenso de función tiroidea, como mecanismo de adaptación ante la situación existente.

Junto a lo anterior, es discordante el aumento de la capacidad funcional del páncreas, traducido en la Clínica por la notable mejoría de la utilización hidrocarbonada y, en consecuencia, de la diabetes, en los enfermos que sufrieron la dieta insuficiente. Es evidente que en tal aumento de la acción insulínica, el apagamiento del estado de función de las glándulas hiperglicemiantes, ya señalado, tiene un papel fundamental; pero, indiscutiblemente, ello no es todo, como veremos más adelante. Además, y frente a lo que podría esperarse, tal mejoría de la intensidad y gravedad de la diabetes se expresaba a la vez en la destrucción y eliminación de cuerpos cetónicos. En resumen, y en nuestra experiencia, la alimentación insuficiente en forma prolongada determina una notable disminución del tono de trabajo y rendimiento de las glándulas de función catabólica, frente a la conservación, de las que realizan un trabajo anabólico. Una expresión de ello lo es la tendencia a las cifras bajas de glicemia que se ofrecía aun en sujetos aparentemente normales. A nuestro juicio, queda sin comprender, si se piensa que la causa del fracaso de producción hormonal estriba en un aporte deficiente de los fragmentos o factores de construcción de hormonas, el porqué de la incapacidad de producción de las de función catabólica, mientras persiste la de las que tienen una misión anabólica. Para nosotros debe de interpretarse como consecuencia de un proceso de adaptación, regulándose el tono de trabajo en forma acomodada a las necesidades y que coloca al organismo en las condiciones más económicas posibles.

Son de gran interés los *hallazgos anatómicos* en estos casos. El tamaño glandular estaba en todos ellos disminuído, si bien a veces las variaciones fueran mínimas o nulas, ante todo en el páncreas. Las glándulas restantes ofrecían con frecuencia pesos inferiores al normal, pero sin presentar, salvo en casos extremos, alteraciones morfológicas. A veces se observó una disminución de células eosinófilas en la hipófisis, así como ciertas alteraciones en suprarrenales (ARTETA), pero sin revestir carácter específico. No obstante, en ocasiones, sobre todo en casos antiguos, podía apreciarse un cierto grado de atrofia, si bien nunca intensa. La dominante era, a pesar de todo, hallazgos normales, lo cual habla a favor de un trastorno funcional como mecanismo primero. Con tal nulidad de datos anatómicos, se observan, pues, casos de insuficiencia suprarrenal y de caquexia hipofisaria, en ocasiones intensos, no obstante su indiscutible

carácter puramente funcional. Su retrocesión absoluta y total tras la terapia dietética y vitamínica es demostrativa, así como la evolución hacia el *exitus* de otros no tratados, con carencia de lesiones en la necropsia. Tal trastorno de la función podría quedar posteriormente fijado, merced a la atrofia establecida a la larga, con resultado terapéutico entonces dudoso. La administración de preparados hipofisarios y suprarrenales tiene un efecto sólo transitorio, siendo nulo el de los de tipo gonadal y pernicioso la hormona tiroidea; ello habla en pro del carácter compensador de la hipofunción de esta última glándula.

Para el conocimiento del *mecanismo de producción de tales alteraciones*, es de interés el que, en el orden evolutivo de su aparición, precede, según nuestras observaciones, la disminución del metabolismo basal a los restantes síntomas endocrinos. Todo lo anterior hace valorar tal situación tiroidea como debida a un proceso de adaptación y no a la imposibilidad de producción de hormona, en quantum normal, por falta de material constructor. Si tal hipofunción tiroidea no tuviera un carácter regulador, sino que fuera debida a esta última razón, o a una alteración primaria de la glándula, es evidente que la reacción hiperfuncional hipofisaria sería la regla, cosa que no sucede ni clínica ni anatómicamente. La ausencia de esta reacción, así como la de una hiperplasia o hipertrofia paratiroidea, no obstante la poltreza en calcio de la dieta de Madrid, es muy llamativa, y nos habla de una incapacidad reactiva ante tal situación creada. No deja de tener interés el que, a pesar de las calcemias más bien bajas, no se observase una marcada excitabilidad neuromuscular, cosa que hay que relacionarla con el influjo directo de la dieta sobre los órganos de efeción.

Creemos que en el cuadro endocrino creado, con dominante clínico suprarrenal o del tipo de la caquexia de Simmonds, juega un papel primordial en su génesis la variación sufrida en el tono de trabajo del S. N. V. por acción directa sobre el mismo de la dieta carente. La disminuída secreción tiroxínica jugaría también aquí un papel preeminente. Consideramos oportuno recordar el que todo el órgano de efeción, y por lo tanto las glándulas endocrinas, están gobernadas en su tono por el S. N. V. y las sustancias contenidas en la sangre, entre ellas las hormonas, vitaminas e iones. Y asimismo, que los centros vegetativos son conservados en un estado funcional—tono—, además de por variaciones en la irrigación vascular y contenido de aquéllas en la sangre—aparte ciertas cualidades físicas, como temperatura, osmosis, etc.—, por influjos procedentes de la vida de relación y por otros que, caminando por las fibras vegetativas aferentes, nacen en los órganos de efeción. Es sabido cómo la tiroxina sensibiliza al órgano terminal para la acción de los diferentes factores vegetativos, especialmente los ver-

vios de este tipo, y, en consecuencia, para la simpática y la acetilcolina (DANIELOPOLU, DALE, etc.); de ahí el que su disminuída secreción acarree la de la excitabilidad y tono de trabajo, tanto de los órganos de efeción como la de los centros diencefálicos. Por ello, y para el fin que pretendemos ahora, resulta obvia la discusión de si la acción predominante de la hormona tiroidea es central o celular; tanto su hiperproducción como su formación en defecto, originará un cambio en la postura del S. V., que se extenderá desde los centros al órgano de efeción. Tal cambio en la excitabilidad y tono de este último tiene tanto más interés cuanto que, por estímulos dimanantes de la célula periférica, se mantiene la de los centros. Una disminución de secreción de tiroxina, como en la hiponutrición acusada, ha de tener, pues, una repercusión directa sobre éstos e indirecta a través del órgano de efeción. No obstante, es evidente que no es el único factor determinante del apagamiento vegetativo que sucede en la alimentación insuficiente.

Por otro lado, existe una influencia recíproca; la actividad tiroidea, como la de todo órgano de efeción, está gobernada por vía nerviosa y humoral; STOHR, REISER, y, ante todo, SUNDER PLASSMANN, han descrito la existencia de un sincitio con marcada capacidad neuroplástica, que rodea las células secretoras y en íntima relación con el retículo terminal, del que recibiría sus impulsos. Tal retículo, formado por una finísima red nerviosa, en la que terminarían, tanto las fibras simpáticas como las parasimpáticas, sin posibilidad de diferenciación de ambas dentro de él, se extendería desde la red capilar a las células secretoras. Careciendo de células ganglionares, estaría, a su vez, bajo el gobierno nervioso central, al que, a la par, sería capaz de transmitir estímulos; de ahí el que un trastorno de los centros repercutiría sobre la función tiroidea en cuanto que éstos regirían, tanto la secreción como la irrigación de órgano; su traducción clínica es sobradamente conocida. Por otro lado, existiendo un gobierno humoral, un fracaso de producción, por las razones antes dichas, del trabajo hipofisario, así como un disminuído ingreso de aquellos factores vitamínicos cuya acción mantenedora del tono de función tiroidea conocemos, acarrearán, en consecuencia, un trastorno de ésta. En este sentido, es de recordar la importancia decisiva del sistema simpático-adrenal para el estado de tono y rendimiento funcional del tiroides, y más dado el fracaso que aquél experimenta a la larga, como veremos más adelante.

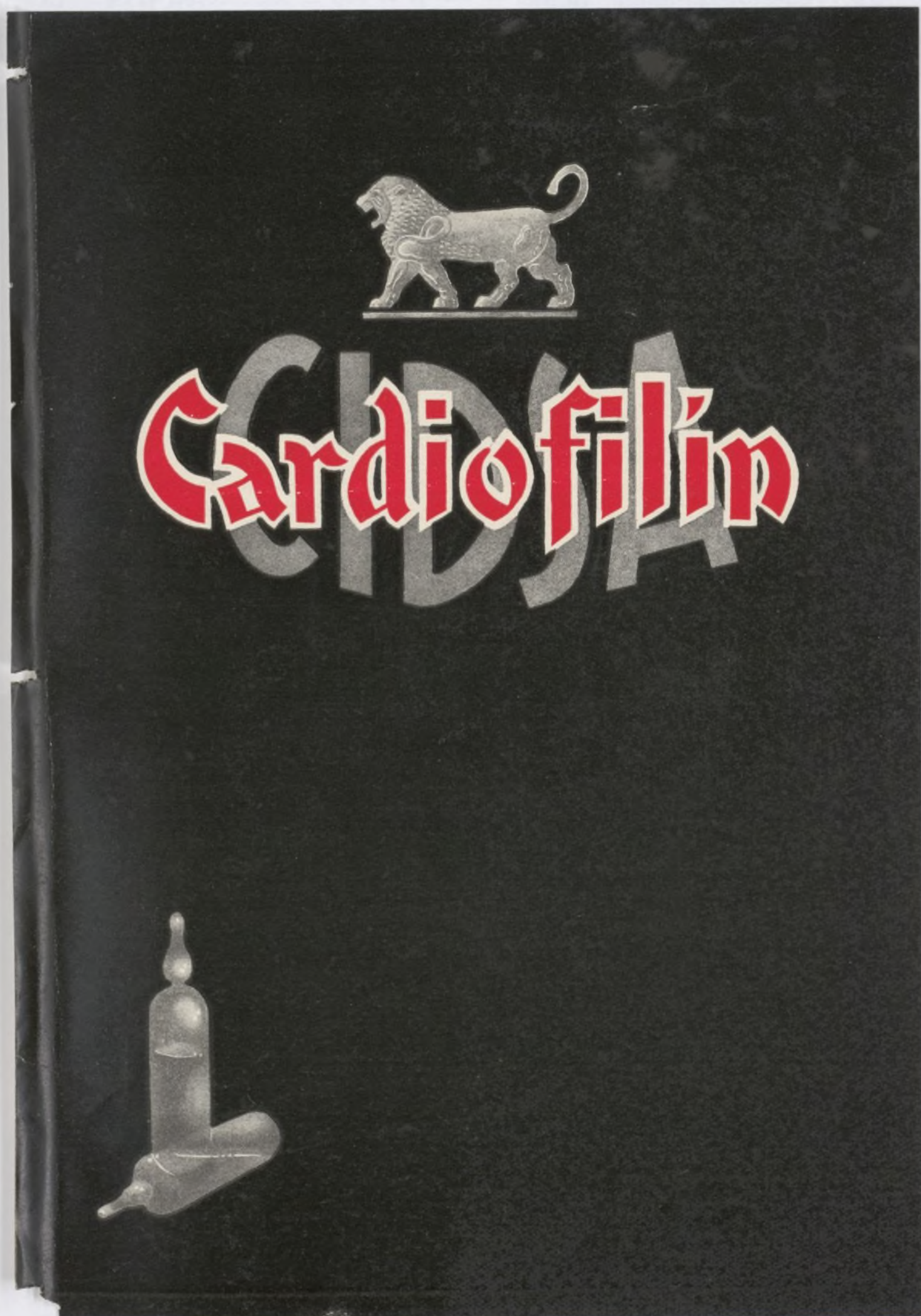
La alimentación insuficiente, y más cuando lo es en determinados factores, ejerce una acción sobre las cápsulas suprarrenales distinta según la carencia. Es llamativo el que, siendo la dieta de Madrid marcadamente carente en aneurina, no se viera ningún aumento de tamaño de suprarrenales

ni ningún caso de beri-beri. Ello estribaría en la necesidad de la presencia en la dieta del complejo B₂ para que aquélla se exprese (KOLLAK), cosa que no sucedía en la dieta de Madrid, ya que ambos factores eran carentes. Por otro lado, la experimentación nos ha enseñado la importancia y significación de los factores integrantes de dicho complejo en el estado funcional y anatómico de las suprarrenales (LASTZ, etc.). El hecho es que la dieta carencial, y así sucedió con la consumida en Madrid, es capaz de engendrar, no sólo manifestaciones de déficit funcional de éstas, con cuadros clínicos precisos, junto a la normalidad en peso y estructuras de la glándula, sino alteraciones regresivas y en los casos inveterados, atrofas. El mecanismo de producción del trastorno funcional es complejo, si bien es indudable que precede a la alteración anatómica, ofreciéndose al margen de ésta. Es evidente que ciertos factores, entonces carentes, intervienen directamente sobre ellas gobernando su excitabilidad y tono de trabajo; pero la regresión funcional de la hipófisis y la disminución del rendimiento neurovegetativo, merced a la alteración del trabajo de los centros diencefálicos, desempeñan aquí un papel importante. Por su parte, tal alteración suprarrenal, con su disminuída secreción de hormonas, ante todo de adrenalina, determinará una repercusión sobre el tono de trabajo de los centros diencefálicos y órganos de efeción, y más dada la importancia de aquélla en el trabajo adrenérgico del organismo.

Participando en el mantenimiento del tono de los órganos de efeción, glándulas o no, los diversos factores de la dieta, éstos influirán, asimismo, sobre el rendimiento de la hipófisis y centros diencefálicos, y también sobre el de las células neurosecretoras del hipotálamo y de los ganglios de la cadena simpática (GAUPP, PETERS, SHARER, etc.). El fracaso del rendimiento diencefalo-hipofisario sería la consecuencia de la acción hipotrófica directa de la dieta deficiente, sobre hipófisis y centros, de la influencia recíproca de entrambos y de los menores estímulos que parten de los órganos de efeción, entre ellos de las restantes glándulas. Tal apagamiento diencefalohipofisario repercutiría, tanto sobre éstas como sobre la restante periferia, con la aparición del síndrome de la caquexia hipofisaria y acentuando los fenómenos de déficit, posiblemente producidos ya previamente en otras glándulas. Quizá los esfuerzos por parte de la hipófisis para tratar de restablecer la función de las restantes glándulas contribuyan a su fracaso rápido e intenso. Similarmente habría que interpretar las alteraciones de la función gonadal. La supresión precoz de la función menstrual como mecanismo de ahorro, al igual que la disminución del M. B., es innegable, independientemente del alterado aporte vitamínico en su acción local; en este sentido, tiene interés la precoz aparición de amenorrea en tal con-

en la
omple-
, cosa
de am-
la ex-
ncia y
dicho
de las
que la
ida en
manifes-
trados
peso y
es re-
as. El
ncional
de a la
gen de
tonces
as go-
; pero
dismi-
merced
diencia-
e. Por
dismi-
e adre-
el tono
rganos
aqué-

ono de
los di-
n, asi-
y cen-
s célu-
s gan-
s, SHA-
céfalo-
ón hi-
ore hi-
de en-
parten
as res-
ohipo-
sobre
síndro-
do los
dos ya
esfuer-
resta-
s con-
armen-
de la
la fun-
ro, al
egable,
tamini-
e inte-
al con-



CARDIOFILIN

Teofilin - etilendiamina

VASODILATADOR CORONARIO

ESPASMOLITICO

DIURETICO

ESTIMULANTE DEL CENTRO RESPIRATORIO

PRESENTACION:

INYECTABLE: En solución isotónica para su empleo por vía intravenosa asociado al GLUCOSMON.

Caja de 5 ampollas de 10 c. c.

SUPOSITORIOS: Caja de 6 supositorios.

OTROS PREPARADOS «LEO»:

GLUCOSMON: Solución hipertónica de glucosa al 33 %.

OSMOTERAPIA.

Cajas de 3 y 6 ampollas de 10 c. c.

DIUREGAN: Diurético mercurial a base de salicil-alil-amido-orto-acetato sódico asociado a un 5 % de teofilina.

Caja de 5 ampollas de 2,2 c. c.

GEN-DIUR: Cloruro amónico purísimo en grageas gelatinizadas.

CURAS DE DESHIDRATACION Y ACIDOSIS. DIURETICO.

Frasco de 50 grageas.



COMERCIAL IBERO DANESA S.A.

LABORATORIO LEOBYL

dición dietética, no obstante el que el aporte de vitaminas liposolubles estaba por encima del del grupo vitamínico B₂. No es preciso insistir respecto a la significación que para ello tendría la alteración hipofisaria y la de las restantes glándulas, ni sobre la importancia de una alteración de los centros, dado lo antes señalado y la influencia que tienen a través de la hipófisis, y directamente sobre las gonadas. La demostración por BUSTAMANTE, SPATZ y WEISSCHEDEL de su gobierno directo por el túbulo es definitiva.

En resumen: es preciso considerar los cuadros endocrinos resultantes de la hiponutrición como debidos, no a la imposibilidad de fabricación de hormonas, en ausencia de material constructor, sino al fracaso del tono de trabajo del sistema neuroendocrino en conjunto, que sucedería simultáneamente sobre ambas partes del mismo, y, dentro del S. N. V., en todos sus tramos, desde los centros a los órganos de efeción. La única precesión correspondería al descenso del M. B. Tal disminución de tono vegetativo puede adquirir tal intensidad, que sea incompatible con la vida. A nuestro juicio, en aquella condición un fracaso global de sistema vegetativo, más o menos rápido en acontecer, pero progresivo, desempeñaría un papel de primer orden. En su apoyo está, no sólo la argumentación en contra de otras hipótesis, sino una serie de hechos clínicos y experimentales, como veremos más adelante.

* * *

Muy expresiva fué la influencia de la alimentación insuficiente en el terreno de la *patología del sistema nervioso vegetativo*. En grado más o menos intenso, en todo aquel que sufrió dicha dieta, y con intensidad y constancia en los cuadros carenciales hechos, se ofrecía una amplia sintomatología vegetativa, perfectamente estudiada en éstos por PERAITA y MÁRQUEZ, tal como trastornos de la temperatura cutánea, del trofismo, de la sudoración, salivación, regulación vasomotora, etcétera. Ellas se ofrecían mucho antes de que pudiera hablarse de carencia propiamente dicha y, por lo general, precediendo a las manifestaciones glandulares si se prescinde del disminuido M. B. En otro lugar ya insistimos cómo los síntomas digestivos, ante todo gástricos, de aparición tan precoz con aquella dieta, tenían una raíz netamente vegetativa, de fracaso de la regulación y tono funcional gástrico. Dichas alteraciones no podían atribuirse en modo alguno al fracaso del aporte vitamínico por sí y como mecanismo único actuando directamente sobre el estómago, sino en colaboración y simultáneamente con trastornos más amplios producidos por aquél. En efecto; al igual que para las hormonas, no se concibe la ausencia o presencia y acción de una vitamina sin participación de todo el S. V., en el que el cambio originado es el mecanismo que actuara a la larga.

El hecho de que tales trastornos se ofrecieran precozmente, mucho antes de manifestarse trastocada la función glandular, habla en pro, como era de esperar, de la acción directa que sobre el sistema nervioso vegetativo ejerce la alimentación insuficiente. La Clínica derivada de ésta era muy expresiva en sus síntomas de fracaso de las funciones vegetativas, los cuales iban seguidos a veces de los síndromes endocrinos descritos. En armonía con todo ello, están nuestros resultados de exploración vegetativa por medios farmacológicos. Las pruebas con atropina, pilocarpina y adrenalina denotaban una hipoexcitabilidad acusada de ambos sistemas, no sólo en la pelagra, sino también en simples situaciones de hiponutrición de fecha prolongada; tal insensibilidad a la adrenalina recuerda los resultados de DE CRINIS y TEUFEL tras la destrucción de los centros diencefálicos. Todo esto indica una notable disminución de tono, tanto simpático como parasimpático, que si, en lo que a aquélla y al caso de estos autores se refiere, hay que relacionarlos con la lesión diencefálica; en nuestros casos hace pensar, si no en una lesión, sí, al menos, en una disminución notable de su excitabilidad y capacidad de reacción.

Es muy expresivo el influjo que aquella dieta tuvo sobre los distintos cuadros de distonías vegetativas. Ya quedó señalado cómo el Basedow se hizo un padecimiento raro; ello no dependería sólo de la disminuída secreción tiroxínica, sino también del descenso que experimentó el tono neurovegetativo. En efecto; junto a la disminución del M. B. y a la de los síntomas directamente hipertiroideos—como los metabólicos—estaba la de aquellos otros dependientes de la neurodistonía vegetativa, que constituye la base disposicional de dicha enfermedad. De la misma manera fué llamativa la notable mejoría y aun desaparición absoluta de los cuadros de labilidad, inestabilidad o estigmatización vegetativa, aunque ellos hubiesen sido antes intensos. La disminución de frecuencia de este diagnóstico fué extraordinaria, y tanto para unos como para otros tipos de las mismas, en íntima relación con ello, la rareza de las llamadas neurosis de órganos. Y ello aconteció, no obstante las intensas excitaciones anímicas, que hubieran hecho esperar un aumento de tales procesos. No debe, pues, extrañar el que, dado tal apagamiento vegetativo, disminuyeran, asimismo, en frecuencia e intensidad aquellos otros procesos en cuya génesis una situación distónica es su base fundamental; verbigracia, los reumatismos focales, molestias de los ulcerosos, ciertas colopatías, enteropatías alérgicas, jaqueca y, ante todo, asma esencial.

El fracaso del gobierno vegetativo, con la consiguiente disminución de capacidad de respuesta y pérdida de la de adaptación y regulación, merced a tal condición dietética, debe de ser responsable de muchos hechos clínicos de entonces. Así

deben interpretarse las por entonces pobres respuestas blancas de la médula a las infecciones, el curso tumultuoso de éstas, con tendencia a su difusión y malignidad, la difícil reacción febril, la frecuencia de los cuadros bronconeumónicos frente a la rareza de los de tipo neumónico, etcétera. Y asimismo, la gran disminución y mejoría que experimentaron los asmáticos y afectos de otras alergosis. Esto último tiene gran interés, porque revela cómo la dieta insuficiente, no sólo amortigua la hiperexcitabilidad vegetativa de fondo, sino también las situaciones agudas de ésta: los paroxismos vegetativos. Por otro lado, deniega el posible pensamiento, dada la mejoría de la diabetes, la presentación de cuadros Addisonianos y el fracaso del sistema adrenérgico, de una conservación o menor afectación del colinérgico. La razón de ello no sería sólo la ausencia del efecto mediato de respuesta celular compensadora (DANIELOPOLU) ante el fracaso del sistema simpático-adrenal, es decir, la falta de producción de acetilcolina, que, en forma reactiva, se produce al excitar el sistema opuesto, sino mucho más amplia. En parangón con lo discutido al hablar del fracaso del sistema simpático-adrenal, la menor liberación aquí de acetilcolina a nivel de las sinapsas de las neuronas preganglionares simpáticas y parasimpáticas y postganglionares parasimpáticas, habría que buscarla en una afectación primaria del sistema nervioso vegetativo o en una alteración humoral o en ambas. El disminuido aporte con la dieta del grupo vitamínico B₂, y, en consecuencia, de colina, junto al mínimo ingreso de aneurina, con la consiguiente dificultad de acetilización de aquélla, serían, quizá, de importancia en el fracaso de tal sistema. No obstante, es posible que aquí lo fundamental no sea sino la acción hipotrófica de la dieta insuficiente, ya por ella en sí o por disminuido valor calórico y déficit de los distintos principios inmediatos, o ya por ausencia de tal o cual factor, lo que, afectando a la vez a ambos sistemas, determinaría su derrumbamiento como unidad vegetativa que son. He aquí un argumento en contra del concepto simplista de polaridad en régimen pendular, de sinergismos y antagonismos, para explicar la vida vegetativa.

En el choque alérgico, con ser fundamental la reacción antígeno-anticuerpo, no lo es, sin embargo, todo; una prueba lo es la negatividad de la reacción de Schultz-Dale en el estudio *in vitro* del intestino de paloma beribérica, y en la posibilidad, entre otros argumentos, del desencadenamiento del estado de choque por influjos psíquicos o impresiones sensoriales. Tal cambio en el S. N. es fundamental en las alergosis (HOFF), y, a nuestro juicio, y en sentido opuesto en los estados de alimentación insuficiente. Una demostración lo es el cambio que en aquéllas puede determinar un choque sobre el S. V., cual la piro-

terapia o el electroshock, así como la imposibilidad de producción de la enfermedad del suero, tras el suero antitetánico, en la paloma en estado de narcosis (VOLKMANN). Tal cambio vegetativo lo produce también la dieta insuficiente.

Es fundamental para lo anterior la relación que hay entre tiroides y enfermedades alérgicas. Al igual que la hipofunción tiroidea, puede influir favorablemente una alergosis previa; sabemos también, y sobre ello insiste GERL, cómo el asma se presenta a veces tras una hipertirocrosis, y cómo el tratamiento de éstas puede ser de gran utilidad para el de aquél cuando ambos coexisten. Ello es de tanto más interés si se considera, como se suele hacer, a la situación alérgica dependiente de un predominio vagal, y al Basedow como íntimamente ligado al del simpático. Realmente, no puede hablarse, y aquello es una prueba más de antagonismo vagosimpático, sino de gobierno conjunto y coordinado, en tarea adrenérgica o colinérgica, por lo que todo estado de hiperexcitabilidad y tono elevado se proyecta sobre todo el S. V. en todas direcciones, aunque pueda dominar en una de ellas. Por ello, no se concibe el hipotono aislado de uno de los sistemas sin existir algo similar en el opuesto, aunque no sea en igual grado; en relación con esto está el descenso de excitabilidad de ambos sistemas tras la extirpación del tiroides. Ello, aparte otros argumentos, ha hecho pensar en la importancia de la secreción tiroidea, no sólo para la acción de la adrenalina y acetilcolina, sino también para su producción, que, en lo que se refiere a la última, tendría lugar en colaboración con la corteza adrenal. GERL señala, y con ello estamos de acuerdo, cómo los casos de asma tratados sin adrenalina pierden la tendencia a los ataques más fácilmente que aquellos en los que se empleó reiteradamente, lo cual atribuye al mantenimiento de la excitación del S. N. V. merced a aquélla y a la sobreproducción consecuente de acetilcolina, como mecanismo reaccional. Por ello, se ha dicho que sin tiroxina la alergia es imposible; dada su disminuída secreción merced a la dieta deficiente y el apagamiento vegetativo originado directamente y a su través, se comprende, aparte otros motivos, la disminución experimentada, durante aquella alimentación, de las alergosis.

Sin embargo, si ciertos datos explican lo sucedido, otros no. Entre los primeros tenemos la hipofunción tiroidea y la con frecuencia elevada colesterinemia en tal situación, y sobre cuya importancia en el asma y otros estados alérgicos ha insistido JIMÉNEZ DÍAZ. Entre los segundos, el fracaso del sistema simpático-adrenal, la disminución del tono hipofisario y el trastorno gonadal y paratiroideo e ingreso deficiente de ciertas vitaminas, cual la V. C., V. D. y V. B., a las que se ha atribuído una acción antialérgica. Una aclaración no puede encontrarse sino en razón de una

CORAMINA

Estimulante de los centros respiratorio y circulatorio

Líquido: Frasco de 15 c. c.

Ampollas: Caja de 5 ampollas de 1,7 c. c.

Caja de 3 ampollas de 5,5 c. c.

CORAMINA - R

(Antes Calcio - Coramina)

Bronquitis de los ancianos.

Tos gripal, catarro congestivo.

En las pruebas deportivas y militares, aumenta el rendimiento físico y evita el agotamiento.

Tubo de 20 comprimidos.



CIBA, Sociedad Anónima de Productos Químicos

Apartado 744

Barcelona

Aprobado por la Censura Sanitaria, núm.



KALOGEN

COMPOSICION:

Clor. cálcico...	0,10	Yod. cálcico.....	0,62
Bromuro — ...	0,50	Hidrato	0,10
Agua destilada		100 c. c.	

INDICACIONES:

Remineralizante, antiescrofuloso, tetania (espasmofilia), neurosis, enfermedad de Basedow, decalcificación durante el embarazo y el período de la lactancia, caries dentaria, raquitismo, etc., etc.

PRESENTACION:

POR VIA BUCAL, frasco de 310 gramos.
POR VIA HIPODERMICA, inyectables de 2 y 5 c. c., para inyecciones subcutáneas, intramusculares o endovenosas, según prescripción facultativa.

DOSIFICACION:

NIÑOS: hasta cinco años, tres cucharaditas de las de café al día. Mayores de cinco años, dos cucharadas de las de sopa al día. ADULTOS, tres cucharadas de las de sopa al día, diluido en un poco de agua.

Laboratorio Dr. Tayá y Dr. Bofill, S. A.

Barquillo, 32.-MADRID

Comercio, 28.-BARCELONA

(Aprobado por la Censura Sanitaria, núm. 5.894.)

TOS, BRONQUITIS, CATARROS

J A R A B E

HISPANOFEDRINA

**EFEDRINA
ESPAÑOLA**



COMPOSICIÓN
EFEDRINA CLORHIDRATO • DIONINA • SULFO-
GUAYACOLATO POTÁSICO • ESCIPIENTE
AROMATIZADO DE SABOR AGRADABLE

INDICACIONES
TOS • DISNEA • BRONQUITIS • ENFISEMA
BRONQUITIS ASMÁTICA • TOS FERINA • ETC

TELEFONO 55386

APARTADO 9030

CENSURA SANITARIA N° 5427

MADRID

Fco NAVACERRADA 62



SICUNANTIGEN



Suspensiones microbianas desecadas para
reacciones serodiagnósticas de aglutina-
ción en porta-objetos

**Proceder científico, sencillo y práctico para el diagnóstico
de los procesos tíficos, salmonellosis, fiebre de Malta
y tifus exantemático**

Información. Apartado 5.039 - MADRID

disminuída excitabilidad y capacidad de respuesta del S. N. V., así como en la situación del órgano de efeción, merced a la acción directa de la dieta carencial sobre éste y los centros. Como veremos luego, no existe ningún argumento serio para hablar de una acción antialérgica de la vitamina B₁ en ninguno de sus factores; por lo demás, la relación de todas ellas con el S. N. V. es todavía muy oscura. En resumen: la sucesión de los hechos sería: dieta deficiente conduciría a disminución de la excitabilidad del S. N. V. central por su acción directa sobre los centros y a través de la disminuída actividad tiroidea; tal descenso de la excitabilidad le originaría en el tono neurovegetativo, el cual, por su parte, rebajaría la disposición alérgica. Pero junto a ello es preciso considerar la situación del órgano de efeción.

El estado de éste en el momento del estímulo, y, en último término, el de sus células, es decisivo para el resultado de la excitación del nervio (GREVING). Su excitabilidad depende de su innervación, del grado de irrigación, del contenido de la sangre en ciertas sustancias—hormonas, vitaminas, iones, etc.—, y de ciertas otras, unas conocidas—histamina, sensitinas—y otras de las que no se sabe sino que son producidas en el mismo órgano. Su significación para la Clínica de las distonías se expresa en su selectividad en ciertas alergias y en aquellas otras manifestaciones que, por dominar en determinados territorios, en cada caso condujo al concepto de neurosis de órganos. Esto se debe a la autonomía del órgano de efeción, que permite, no sólo la proyección aislada de un trastorno vegetativo universal, sino la expresión de una carencia por motivos propios. Así, el mantenimiento del tono de las células neurohormonales de Sunder-Plassmann por la hormona tiroidea encuentra un ejemplo de colaboración vitaminoendocrina en el hecho, que señala dicho autor, de la falta de respuesta a la foliculina y progesterona de ciertos infantilismos sexuales, la cual se logra si previamente se sensibiliza al órgano con hormona tireotropa y vitamina B₁. Igualmente, es de gran interés la hipersensibilidad a la acetilcolina de las ratas en hipervitaminosis B₁ frente a la disminución de sensibilidad a la misma del intestino de la paloma beribérica (E. y R. ABDERHALDEN). En opinión de STERN, residiría en esta sensibilidad a la acetilcolina el efecto vagotrope de la aneurina, ya señalado por TISLOWITZ y PINES. STERN demuestra cómo el shock anafiláctico y el beriberi serían dos estados opuestos, en lo que la función del vago atañe; la marcada hipotonía vagal típica de éste podría ser modificada, tanto por la inyección de acetilcolina como por el shock anafiláctico, con la consiguiente desaparición del cuadro beribérico. La imposibilidad de producir una reacción de Schultz-Dale positiva en el estudio *in vitro* del intestino de paloma beribérica nos demostraría, en manos de aquel autor, que, para la producción de

la reacción anafiláctica, no basta la reacción antígeno-anticuerpo cuando el intestino procede de un animal en carencia de aneurina.

Todo lo anterior revela la importancia que tiene lo acaecido en los centros y en los órganos de efeción, y permite comprender el porqué de la disminución de la excitabilidad y tono funcional neurovegetativo y de la mejoría de las distonías de uno u otro tipo en virtud de la alimentación insuficiente. Si concebimos éstas como debidas a la perturbación de la coordinación en la unidad de trabajo del sistema vegetativo, es evidente que tal disarmonía o labilidad se creará sobre la base de una hiperexcitabilidad de todo o parte del sistema. Otras veces, la característica será el cambio de respuesta, y la resultante la multiplicidad de formas clínicas; pero siempre, y aunque el cuadro se exprese por inhibiciones, éstas se deberán, al igual que los síntomas positivos, a la excitabilidad de un sector o de todo el sistema. Es decir, si bien puede aparentarse un déficit, esto no se debería sino a una inhibición como fenómeno activo y jamás a un tono de trabajo disminuído de tal o cual sector vegetativo. Esto explica lo sucedido sobre las distintas distonías vegetativas con motivo de la dieta carencial, a la par que esta experiencia confirma dicho pensamiento. Si distinguimos, con JESSERER, dentro de ellas, la situación de compensación y la de descompensación, expresada ésta por la traducción clínica acusada y, generalmente, periódica de aquéllas, podría lograrse la primera, no ya por una normalización transitoria de las segundas, espontánea o merced a la terapia, sino también por la pérdida de la excitabilidad, por alteración de los factores que la determinan. Claro es que en el caso especial que analizamos no se trataría de una genuina compensación, sino de una anulación sintomática de franco carácter patológico.

Una traducción metabólica de la alteración vegetativa la tenemos en el comportamiento de la glicemia. Su tendencia a cifras bajas, en ocasiones verdaderas hipoglicemias, junto a su variabilidad extrema—poiquiloglicemia—, datos ambos encontrados por nosotros en la pelagra, y menos acusados, pero evidentes, en situación de alimentación insuficiente, sin cuadro pelagroso, son expresión de una disminuída excitabilidad vegetativa. Es sabido cómo una lesión de determinados centros diencefálicos conduce a hipoglicemia. DAVIS, CLEVELAND e INGRAM impiden la diabetes pancreática por lesión bilateral del hipotálamo. Esta, y también la sección del esplácnico, anularían la hiperglicemia y glucosuria originadas por la excitación del ganglio cervical superior y del estrellado (DAVIS). RANSON y su escuela ven cómo la destrucción del núcleo paraventricular produce, tras un pasajero aumento de la glicemia, una hipoglicemia permanente, acompañada de un aumento de sensibilidad a la insulina y disminuída acción adrenalínica, es decir, datos similares a los por nosotros

encontrados, no sólo en la pelagra, sino en los estados de hiponutrición acentuada y antigua. El mecanismo de producción de dicha hipoglicemia es diverso; DAVIS y colaboradores ven como tal diabetes, amortiguada por la sección del hipotálamo, se intensifica notablemente tras la inyección de extracto hipofisario anterior, lo que hace pensar que en este caso la hipófisis juega un papel fundamental. Sin embargo, no siempre sería así: existen muchos motivos para afirmar, y FALTA insiste sobre ello, la existencia de centros distintos que, directamente y sin intermedio de la hipófisis, gobernarían la función de las restantes glándulas, y a su través el metabolismo de los carbohidratos; según aquél, habría en el hipotálamo un «campo de proyección central» de las glándulas endocrinas.

En la Clínica vemos hipoglicemias, por alteraciones del diencéfalo; en la encefalitis (OPPENHEIMER, LICHWITZ, CURSCHMANN, MECKINS, etc.), hemorragias meníngeas (RATHERY MARX), traumas (MACGOVERN), tras la encefalografía (DARROW) y otros tipos de alteraciones en la vecindad de aquél (GUKELBERGER). Sin embargo, al igual que una lesión del túbulo puede conducir a glucosuria (HIMSWICH y KELLER), lesiones de causa y tipo similar a las productoras de hipoglicemia, pueden originar, no ya glucosurias, sino cuadros diabéticos acusados (VEIL y STURM, VONDERRAHE, RATHERY, etc.), y aun no ofrecer el más mínimo trastorno del metabolismo de los carbohidratos, a pesar de las más graves lesiones diencefálicas (GAGEL y FORSTER, FALTA, etc.). Todo lo anterior, aunque expresivo del papel de los centros en la regulación del metabolismo, encierra, como se ve, mucha oscuridad; es preciso no olvidar, para explicarse mucho de ello, el que tales lesiones acontecen sólo sobre un sector, si bien sea muy importante, del S. V., permaneciendo respetado el resto. Ello tiene tanta más significación, dada la importancia preponderante que hay que adjudicar dentro de él al órgano de efeción, que es, al fin y al cabo, el lugar en donde se realizará la tarea metabólica. No puede, pues, compararse, ni mucho menos, lo acontecido con motivo de los agentes etiológicos señalados, con lo sucedido tras la alimentación insuficiente, ya que, como dijimos, ésta afecta a la totalidad del sistema en todos sus elementos y sectores.

Es conocido cómo todo aumento de la glicemia excita a la producción de insulina, así como su descenso la de las hormonas de acción contrainsular (TOURNADE y CHABROL, ZUNZ, POLLAK, FALTA, CORI, etc.), con lo que se advierte cómo el contenido de glucosa en sangre es el excitante de elección para el efecto regulador. Tal excitación sobre uno u otro sector tendría lugar por actuación directa sobre las glándulas y sobre los centros; de ahí la importancia que el grado de excitabilidad del mecanismo de respuesta y de regulación tendrá al exigir, para una misma resultante, intensidad de estímulos diferentes. Una disminuída excitabilidad

y torpidez en los mecanismos de respuesta precisará oscilaciones mayores de la glicemia que si su sensibilidad es normal; creemos que es así como se deben interpretar las variaciones tan acusadas de la glicemia en ayunas de nuestros enfermos. Sin embargo, tal hipoexcitabilidad sería más acusada en el mecanismo de función catabólica por las razones antes dichas.

Siendo precisos determinados biocatalizadores para la intervención del impulso nervioso en la intimidad de los procesos celulares, una carencia de aquéllos conducirá al fracaso de la acción de éste; un ejemplo lo tenemos en la diabetes (MOLLERS-TROM), y otro lo sería la situación que estudiamos. Es preciso, pues, considerar aquí la totalidad del sistema neuroendocrino, sobre el que la acción hipotrófica de la alimentación insuficiente es indudable. Distribuyéndose el S. N. V. por todo el organismo, hasta sus células aisladas, merced a las finísimas ramificaciones del retículo terminal, en el que no se distinguen ya el sistema simpático y parasimpático (STOHR, SUDER-PLASSMANN), tal fracaso del trofismo justo es que sea total, y más si se considera que tal acción se extiende desde los centros hasta el órgano de efeción. Esto último es tanto más de tener en cuenta, dado el que el gobierno vegetativo, no sólo se hace de arriba abajo, sino también de abajo arriba (HOFF). En todo, y, por tanto, en la amortiguada respuesta vegetativa, con la consiguiente mejoría de las situaciones distónicas, una disminución de las sustancias humores intercaladas entre la excitación nerviosa y el órgano de efeción, jugará un papel importante, junto con la acción hipotrófica, sobre centros y glándulas en la alimentación insuficiente.

CONCLUSIONES

- 1.^a La alimentación insuficiente, determinada por la dieta de Madrid en los años 1937-39, tuvo una traducción clínica acusada en el terreno del S. V.
- 2.^a En lo que al sistema endocrino atañe, se expresó por disminución de la función tiroidea, con el consiguiente descenso de M. B. y cuadros hipofuncionales de otras glándulas, como fué la aparición de síndromes de tipo addisoniano, el de la caquexia de Simmonds, pubertad retardada, hipofunción paratiroidea y gonadal, ésta tanto en la hembra como en el varón.
- 3.^a En oposición a lo anterior, está la rareza por entonces de los síndromes hiperfuncionales, y muy especialmente de la enfermedad de Basedow.
- 4.^a Es también de señalar la mejoría experimentada por los diabéticos, la tendencia a la hipoglicemia en los no diabéticos y la hiposensibilidad a la insulina con la poiquiloglicemia, que presentaban los individuos hipoalimentados.
- 5.^a Dentro del S. V. eran muy expresivos los trastornos que en esta esfera revelan una hipofunción y disminuída excitabilidad, expresados por los

síntomas más varios, y, dentro de ellos, por el síndrome gástrico, descrito por el autor en otro lugar, y la disminuida respuesta a la exploración por los fármacos vegetativos.

6.^a Los diversos cuadros de distonías vegetativas, generales o locales, y tanto de tipo adrenérgico como colinérgico, experimentaron una marcada mejoría y disminución de frecuencia.

7.^a Consecuencia de lo anterior, es el cambio de frecuencia de aquellos procesos en cuya base una neurodistonía vegetativa juega un papel fundamental, y la variación que en su modalidad clínica sufrieron aquellos otros en los que la postura de aquél es de importancia.

8.^a Sumamente expresiva es la extraordinaria disminución en intensidad y frecuencia experimentada por el asma bronquial y otras alergosis.

9.^a En todo lo anterior, y como primeras manifestaciones, precediendo a todas las restantes, estaba el descenso de la función tiroidea y de la excitabilidad vegetativa.

10. La causa del fracaso glandular no debe buscarse en la imposibilidad de fabricación de hormonas por falta de material constructor, sino en la agresión conjunta que la dieta insuficiente hace sobre todos los elementos y sectores del S. V.

11. El descenso del M. B. como primera manifestación debe interpretarse como fenómeno de ahorro y consecuencia de la adaptación ante la situación creada.

12. La ausencia de determinados factores de la dieta tendría, en parte, responsabilidad en el fracaso de la producción de hormonas, pero sólo como factores que gobiernan su producción e influyen en la excitabilidad del órgano a los distintos impulsos.

13. La disminuida producción de tiroxina tendría como consecuencia la de rebajar la excitabilidad de las distintas glándulas, centros y órganos de efeción ante los diversos estímulos. Tal disminución de la excitabilidad se originaría, asimismo, por acción directa sobre ellos, de la dieta deficiente en los distintos factores que entretienen aquélla. Quizá la disminución de proteicos y el bajo valor calórico de aquélla sean factores a valorar a este respecto.

14. La consecuencia de la alimentación insuficiente sería, ante todo, la disminución de la excitabilidad, tanto del sistema glandular como la del neurovegetativo en sus sectores centrales y periféricos, órganos de efeción.

15. La interrelación mutua de todos los elementos del S. V. permite la influencia recíproca de tales situaciones creadas en los distintos sectores, con el consiguiente amortiguamiento vegetativo.

16. Conservándose, no obstante, cierto grado de regulación, ello permite que las distintas funciones vegetativas no sean afectadas; por igual; así, es indudable que la función catabólica se en-



Calcioterapia activa por vía oral

**RECALCIFICADOR ROBERT
VITAMINADO (GRANULADO)**

Tres sales de cal:

Carbonato, Fosfato y
Glicerofosfato cálcico

Tres compuestos vitamínicos:

Vitaminas D, C y complejo B

LABORATORIOS ROBERT

Maldonado, 9.-MADRID

Valencia, 314.-BARCELONA



Ayuntamiento de Madrid

cuentra mucho más afectada que la que tiene una misión anabólica.

BIBLIOGRAFIA

- ABDERHALDEN.—*Pflügers. Archv.*, 245, 155. 1941.
 ABDERHALDEN (E. y R.).—*Pflügers. Archv.*, 240, 388. 1938.
 BAUER (J.).—«Innere Sekretion». Berlín, 1927.
 BUSTAMANTE, SPATZ y WEISSHATEL.—*Dtsch. Medizinische Wschr.*, 12, 289. 1942.
 CURSCHMANN.—«Endokrinen Krankheiten». Steinkopff, Dresden, 1936.
 DANIELOPOLU.—*Dtsch. Med. Wschr.*, 15-16, 214. 1944.
 — *Annales d'Endocrinologie*, 4, 1, 1943, y 4, 69, 1943.
 DARROW.—*Amer. J. Dis. Childr.*, 51, 575. 1936.
 DAVIS.—*Ann. Surg.*, 100, 654. 1934.
 DAVIS, CLEVELAND e INGRAM.—*Arch. of Neurol.*, 33, 592. 1935.
 DE CRINIS.—*Dtsch. Med. Wschr.*, 23-24, 449. 1934; y 25-26, 480. 1943.
 — *Dtsch. Med. Wschr.*, 7-8, 90. 1943.
 DIAZ RUBIO.—*Rev. Clin. Esp.*, 2, 37. 1941.
 — *Rev. Clin. Esp.*, 12, 164. 1944.
 FALTA.—*Klin. Wschr.*, 26-27, 425. 1943.
 GAGEL y FORSTER.—*Il Internat. Neurol. Kongr.*, 4, 73. (?)
 GERL.—*Wien. Klin. Wschr.*, 13-14, 161. 1944.
 GRANDE.—*Rev. de San. e Hig. Púb.*, diciembre de 1939.
 GRANDE y PERAITA.—«Avitaminosis y sistema nervioso». M. Servet. Madrid, 1941.
 GREVING.—En «Sistema nervioso vegetativo», MULLER. Labor. Barcelona, 1937.
 GUKELBERGER.—*Dtsch. Arch. f. Klin. Med.*, 188, 283. 1941.
 HOFF.—*Dtsch. Med. Wschr.*, 49, 1189. 1942.
 — *Dtsch. Med. Wschr.*, 7-8, 87. 1944.
 HIMSWITCH y KELLER.—*Amer. J. Physiol.*, 93, 658. 1920.
 JESSERER.—*Wien. Klin. Wschr.*, 33-34, 503. 1943.
 JIMENEZ DIAZ.—«El asma y otras enfermedades alérgicas». Editorial España. Madrid, 1932.
 JIMENEZ DIAZ y LORENTE.—*Rev. Clin. Esp.*, 14, 298. 1944.
 JIMENEZ DIAZ y colaboradores.—*Rev. Clin. Esp.*, 15, 97. 1944.
 LICHWITZ.—«Pathologie der Functionen und Regulationen». Leiden, 1936.
 MARAÑON.—«Enfermedades endocrinas y del metabolismo». Hachette. Buenos Aires, 1938.
 — «Estudios de Endocrinología». Espasa-Calpe. Madrid, 1940.
 MARX.—*Dtsch. Med. Wschr.*, 843. 1936.
 MACGOVERN.—*Endocrinology*, 16, 293. 1932.
 MECKINS.—*Ann. Int. Med.*, 13, 1830. 1940.
 MOLLERSTRON.—*Act. Med. Scandinav.* Suplemento núm. 147.
 MULLER.—«Sistema nervioso vegetativo». Labor. Madrid-Barcelona, 1937.
 OPENHEIMER.—*Klin. Wschr.*, 2, 202. 1936.
 PENDE.—«Endocrinología». Salvat. Barcelona, 1937.
 RANSON y MAGOUN.—*Ergeb. Physiol.*, 41, 56. 1939.
 RATHERY, DEROT y STERN.—*Bull. Soc. Med. Hôp. Paris*, 9, 7. 1931.
 STEPP, KUHNAU y SCHROEDER.—«Die Vitamine und ihre Klin. Anwend». Enke. Stuttgart, 1944.
 STEPP.—«Fisiol., Patol., Terap. y Política Sanit. Alimen.». Labor. Madrid-Barcelona, 1942.
 STERN.—*Zeitsch. f. Vitaminforsch.*, 14, 25. 1943.
 STHOR.—*Ergb. Anat.*, 33, 135. 1941.
 SUNDER PLASMANN.—*Klin. Wschr.*, 21, 469. 1942.
 — *Klin. Wschr.*, 30-31, 484. 1943.
 TINEL.—«Le système nerveux végétatif». París, 1937.
 TISLOWITZ y PINES.—*Klin. Wschr.*, 923. 1937.
 VEIL.—*Dtsch. Med. Wschr.*, 7-8, 83. 1944.
 VONDERRAHE.—*Arch. Innere Med.*, 60, 694. 1933.
 WOLF.—«Endocrinología». Salvat. Barcelona, 1943.

POSIBILIDADES DE LA CURA MARÍTIMA EN ESPAÑA

por los doctores

A. AGUIRRE DE CARCER y A. VALERO CASTEJON

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA CURA MARITIMA

Los antecedentes de la cura marítima son tan antiguos como los de la climatología misma; y si intentamos buscar éstos, tendremos que remontarnos a los tiempos más remotos.

Las primeras nociones climáticas las hallamos en las inscripciones religiosas de los asirios. Para ellos, la Medicina es la Astrología. Establecen relaciones entre el movimiento de los «astros divinos» y las estaciones del año, para después establecer la relación entre las estaciones y las enfermedades.

Este mismo concepto lo vemos en las inscripciones de los egipcios: «¡Oh Sol! Habla por tu propia lengua. ¡Oh Gran Osiris! Intercede en mi favor, librándome de todo mal.»

Mil años más tarde, la cultura helénica introduce en climatología su espíritu, a la vez práctico y filosófico. HERODOTO nos habla de los beneficios y de los peligros de la exposición al sol. HIPÓCRATES nos enseña la acción del calor y del frío, del sol y de la sombra, de la humedad y la sequía sobre el hombre en su obra *Tratado de los aires, de las aguas y de los lugares*.

Toda la talasoterapia parece estar contenida en el verso de EURÍPIDES:

El mar cura las enfermedades de los hombres.

Con el Imperio romano, las curas climáticas experimentan un auge extraordinario. CELSIO preconiza el ambiente marino. CICERÓN sigue sus consejos, y cura su enfermedad en los mares de Grecia.

En la Edad Media, a la escuela árabe corresponden los mayores avances en Climatología, distinguiéndose especialmente AVERROES y AVICENA. En el siglo XVII apasiona la idea de la influencia de los cielos sobre el alma humana. El concepto climático lo encontramos con frecuencia. CORNEILLE escribe:

«Des climats différents la nature est diverse.

La Grèce a des vertus qu'on ne voit point en Perse.»

Poco a poco, y coincidiendo con los descubrimientos de las otras ramas de la ciencia, la Climatología va perdiendo su carácter empírico para convertirse en una verdadera ciencia biológica de observación.

CONCEPTOS GENERALES

Entendemos por clima «el conjunto de condiciones geográficas y atmosféricas a las que está sometido un país», y por Climatología, desde el punto de vista médico, «el estudio de los climas en sus diversos elementos constituyentes (físicos, químicos y biológicos) en relación con la influencia que pueden ejercer sobre el organismo sano y enfermo».

Los diversos elementos de un clima que pueden influir sobre el organismo son extraordinariamente complejos: dependen de una serie de factores, unos de orden físico, tales como presión atmosférica, temperatura, humedad, viento, luminosidad, radiaciones solares y eléctricas, etc. Otros de orden químico: composición del aire, del agua y del suelo. Factores biológicos: riqueza microbiana del medio, vegetación submarina o terrestre, cultivos, bosques, naturaleza de la alimentación, etc., e incluso factores de orden psíquico, el cambio de aire, la naturaleza de los paisajes y el cielo tienen también su influencia terapéutica.

Climatoterapia: será la utilización de esas propiedades del clima con el fin de mantener o restablecer la salud. Por tanto, vemos en ella dos caracteres: uno preventivo y otro curativo.

Una vez expuestas estas ideas, entramos en el concepto de estación climática, entendiendo como tal «la localidad que por sus condiciones climáticas permite el empleo de las mismas con fines preventivos o curativos». Si el factor principal de tales condiciones climáticas es el asentamiento al borde del mar, la estación climática se convertirá en «estación climática marítima».

Sin embargo, para poder hablar de estación climática es preciso que su clima sea perfectamente conocido, lo cual no es tan sencillo como a primera vista pudiera parecer. Este estudio se refiere a un concepto muy localizado; es lo que los franceses llaman el «micro-clima»; en él influirían, además de los factores comunes a la zona en que está enclavada la estación climática, otros factores locales, que en algunos casos son decisivos, como sucede, por ejemplo, en Arcachon (Francia) por la armónica combinación de bosque y mar: la concentración del ozono en esta estación climática marítima es extraordinaria.

La orientación local, horas de insolación, la presencia de bosques y lagos, las mareas, corrientes marinas, la orientación de la playa, etc., son una serie de factores a tener siempre en cuenta, pues ellos son los que determinarán el micro-clima de una localidad.

Por otra parte, «con fines preventivos o curativos», decimos en la definición, será preciso, por tanto, que reúna determinadas condiciones higiénicas que no puedan contrarrestar la acción benéfica del clima. Es preciso también poder utilizar estas ventajas climáticas; será necesaria, por

consiguiente, una organización urbana y médica apropiada.

NECESIDAD DE UNA ORGANIZACIÓN MÉDICA

Todos estos datos referentes a una posible estación climática no serían de ninguna utilidad práctica si nos contentásemos con almacenarlos solamente. Es preciso analizarlos desde el punto de vista médico para poderlos estudiar debidamente y, una vez estudiados, sacar las conclusiones terapéuticas o preventivas oportunas.

Es sobradamente conocido el hecho de que la noción de clima es esencialmente relativa. Cada elemento obra sobre el individuo con un valor diferente, según sea el clima en el que vive habitualmente. Es preciso, por tanto, saber si el clima considerado es más frío o más caliente, más húmedo o más seco, si su insolación es mayor o menor..., si el aire contiene más o menos yodo, ozono, iones, etc. Es necesario, por tanto, comparar este clima no solamente con los climas vecinos, sino también con los principales climas regionales de España.

Para conocer el valor terapéutico de la estación climática marítima, la estadística sería un apoyo de extraordinario valor, a pesar de ser preciso el transcurso de una serie de años antes de poder beneficiarnos de sus datos.

Con lo dicho hasta ahora nos basta ya para comprender la necesidad de una organización médica. Sin embargo, hay mucho más todavía; esta vigilancia médica se hace imprescindible en cuanto intentamos la utilización terapéutica de los elementos del clima marino: aire, agua, luz, técnica de curas, época de las mismas, etc.

De esta dirección científica de la talasoterapia se derivarían las indicaciones médicas, pudiéndose llegar incluso a la especialización de determinadas estaciones.

Gracias a esta dirección médica se evitarían los groseros errores que con tanta frecuencia vemos en las playas: el baño frío excesivamente prolongado en niños de corta edad, se evitarían los perjuicios derivados de una helioterapia peligrosa o incluso contraindicada, etc.

Por otro lado, el médico consciente de su misión convertiría la estación climática marítima en un campo de experimentación, comprobando de una manera permanente los elementos físicos y los resultados que se obtengan en las curas, contribuyendo de este modo al desarrollo de una rama de la Medicina de tan brillante porvenir.

FACTORES DE LA CURA CLIMÁTICA MARÍTIMA

Mar.—El agua del mar debe ser considerada como un agua mineral dotada de una acción terapéutica real e importante; corresponde al grupo de las aguas clorurado-sódicas.

Su mineralización varía en los distintos mares,

dependiendo estas variaciones de una serie de factores: evaporación, aporte de los ríos, lluvia, dirección de las corrientes, etc. Sus principales sales son las siguientes: cloruros (de sodio, potasio y magnesio), sulfatos (de magnesio y calcio), carbonatos (de calcio, potasio y magnesio), yoduros, bromuros y materias orgánicas.

Además de estos cuerpos se ha señalado la presencia de sílice, ácido fosfórico, hierro, cobre, arsénico, plomo, plata, flúor, etc. Los barros marinos son amoniacales. La cantidad de gases disueltos en el agua varía con el calor, la luz, el movimiento de las olas, la riqueza en materias orgánicas, la presión barométrica y la profundidad.

Los baños de mar, por ser fríos, deben durar de dos a cinco minutos al comenzar la cura, pudiendo ser prolongados poco a poco hasta diez o quince minutos.

Los primeros baños van a menudo seguidos de una laxitud general con tendencia al sueño; este efecto desaparece después de algunos días.

El agua del mar obra también por la presión que ejercen las olas sobre el cuerpo del bañista, calculándose que esta presión varía entre 3.000 y 3.500 kilogramos por metro cuadrado: esto constituye una especie de masaje que exige al bañista el realizar un intenso trabajo muscular.

Es necesario que el bañista no permanezca inactivo e inmóvil, sino que se mueva, con el fin de lograr la reacción apetecida. La natación se recomienda especialmente: activa la circulación y pone en juego todos los músculos del cuerpo, permitiendo al mismo tiempo que se prolongue la duración del baño.

La acción de los baños junto a la del clima es muy estimulante, y precisa de cierta resistencia por parte del bañista para ser bien soportada. Los niños muy nerviosos, los ancianos, los epilépticos, los histéricos y los tuberculosos graves soportan mal la estancia al borde del mar.

Temperatura.—Es uno de los factores climáticos más importantes. Su influencia sobre el organismo es de sobra conocida.

Humedad.—El organismo reacciona de diferente manera a una misma temperatura, según el estado higrométrico. Si el aire es seco, la evaporación cutánea se acrecienta, lo mismo que la de los bronquios, irritando la mucosa. Inversamente, el aire húmedo calma la tos, facilita la expectoración y posee una acción sedante sobre el sistema nervioso.

Vientos.—El viento suave es un elemento de acción beneficiosa. Por el contrario, los vientos violentos y frecuentes enfrían el cuerpo, aceleran la evaporación cutánea y son peligrosos para los enfermos. Los vientos marinos son más regulares, más templados y habitualmente más húmedos que los continentales. El aire es muy puro y los vientos obran robando al cuerpo calor, aumentando la

excreción de urea y excitando la nutrición y el apetito.

Luz solar.—Su acción, bien conocida, es también muy importante. Las radiaciones luminosas son más intensas en las regiones de atmósfera limpia de polvo, como sucede a la orilla del mar; influye también en estos casos la luz que se difunde al reflejarse en la gran extensión de agua que constituye el mar.

Presión.—Las mayores presiones se encuentran a nivel del mar. El aire contiene mayor cantidad de oxígeno; sin embargo, la combinación del oxígeno con la hemoglobina se realiza mejor a baja presión.

Composición del aire.—Proporción de O, ozono y cloruro sódico aumentados. El yodo se encuentra en una abundancia trece veces mayor en el aire marino que en el normal. La pureza del aire en microorganismos es mucho mayor también a la orilla del mar.

Otros factores.—La flora local depende no solamente de la constitución del suelo, sino también de una serie de factores meteorológicos: vientos, humedad, temperatura, luminosidad, etc. Vemos, por tanto, una influencia del clima sobre la flora; pero ésta a su vez influye sobre las condiciones climáticas de la localidad (obrando sobre la composición del aire, la atenuación de la luminosidad y de los vientos, etc.).

La fauna local presenta también su interés (existencia de mosquitos, por ejemplo). La fauna y flora marinas son igualmente importantes, obrando unas veces como alimento (pescados, mariscos, etcétera), o proporcionando un elemento terapéutico (lodos, algas, etc.).

ORGANIZACIÓN DE UNA ESTACIÓN CLIMÁTICA MARÍTIMA

En primer lugar es preciso, tal como hemos indicado anteriormente, un conocimiento profundo de su clima.

1. *Organización médica.*—Al médico corresponde, además del estudio del clima que acabamos de anotar, la vigilancia en la utilización de los principales elementos de cura: aire, agua y sol.

Aire.—Paseos con itinerarios apropiados para cada tipo de enfermo, permanencia y reposo al aire libre, etc.

Agua.—Baños de mar fríos. Duchas frías con agua salada. Baños y duchas con agua de mar caliente. Hidroterapia marina completa. Baño en piscina de agua salada, combinado con ejercicios, masajes, etc. Baños de algas y lodos.

Luz.—Solarium colectivo, aislado y protegido.

2. *Establecimiento para curas coadyuvantes.*—Fisioterapia, mecanoterapia, etc.

3. *Organización hotelera.*—Exigiendo en los hoteles y demás centros de hospedaje cierto número de garantías desde el punto de vista higiénico, de alimentación, reposo, etc.

4. *Distracciones*.—Las indispensables para vencer la monotonía, obrando indirectamente sobre el factor psíquico, respetando, sin embargo, el reposo y el sueño suficiente. Cura de barca (aire, luz y ejercicio muscular). Bicicleta, etc.

5. *Laboratorio*.—Obligatorio en el caso de ser una estación climática de cierta importancia. A su cargo estaría entre otras cosas la vigilancia de las aguas de bebida, del agua de las piscinas, etc.

ASPECTO PREVENTIVO

Consideramos más apropiado el empleo del nombre «estación climática» que el de «preventorio», «sanatorio» o «colonia sanitaria», que por evocar: enfermedad, debilidad general, predisposición, etc., son peor aceptados no sólo por los enfermos o predispuestos a la enfermedad, sino incluso por las propias familias.

Sin llegar a decir que «todo hombre sano es un enfermo que se ignora», es preciso reconocer que la mayor parte de la gente que cambia de clima, buscando la proximidad del mar, invoca razones de salud aun encontrándose bien. Quieren «cambiar de aire», descansar, distraerse, olvidar sus preocupaciones, convencidos del gran beneficio que ha de aportarles esta cura. Sin embargo, los errores que se cometen al realizar tales curas sin el menor control científico son extraordinarios. Sin exigir el reconocimiento y prescripción médica obligatoria, bueno es dar toda clase de facilidades para que ésta se haga voluntariamente.

El médico consciente de la necesidad por parte de alguno de sus pacientes de una cura marina prescribiría ésta con la seguridad de que se realizaría bajo una vigilancia médica, y que, por tanto, su eficacia sería manifiesta.

Cansados, asténicos, inapetentes, débiles, linfáticos, predispuestos al raquitismo, escrofulismo, etcétera, obtendrían de esta cura resultados extraordinarios.

ASPECTO CURATIVO

Tratándose de enfermos, la necesidad de una vigilancia médica es ya ineludible. El más caluroso partidario de la cura climática no sostendría jamás la idea de una «cura libre» so pretexto de que el clima es bueno. Exigirán prescripciones médicas rigurosas (curas de reposo, de silencio, de dietética, terapéutica asociada, etc.).

Anemias, distrofias, escrofulismo, raquitismo, tuberculosis peritoneales urinarias y genitales; amenorreas, dismenorreas, salpingoovaritis crónicas; trastornos motores de los miembros, heridas fistulizadas, secuelas de pleuresías purulentas, osteomielitis, retardo en la consolidación de fracturas, etc., etc., encontrarían su indicación en tales curas marítimas.

POSIBILIDADES EN ESPAÑA

Las posibilidades de la talasoterapia, científicamente organizada, son extraordinarias en España. Basta recorrer con la imaginación el litoral de las costas españolas para darnos cuenta de que la Naturaleza las ha dotado de condiciones que difícilmente pueden superar otras naciones. Sin embargo, ¿qué es lo que se ha hecho hasta ahora? Poco; tan poco, que casi podríamos decir nada. Apenas, en cambio, el ver lo realizado en este sentido por otros países. Italia, por ejemplo, comprendiendo la profundidad del problema sanitario, no reparó en gastos hasta conseguir la formación de una serie de centros talasoterápicos, verdaderos modelos en su género (Alasio, Viareggio, Rimini, Spotorno, etc.).

En España, el número de playas que podrían utilizarse para el emplazamiento de las estaciones climáticas marítimas es extraordinario. No haremos más que citar algunas que, debidamente acondicionadas, bien pudieran servir para este fin: Suances y Mogro (Santander); Luanco (Asturias); La Toja,



CEBION

Vitamina C (ácido l-ascórbico) químicamente pura fabricada por E. Merck, Darmstadt. Del valor del Cebión en terapéutica y profilaxis hablan elocuentemente los numerosísimos trabajos publicados.

Tabletas de 0,05 g. — Ampollas de 0,05 en 1 c. c. y 0,10 g. en 2 c. c. y ampollas de Cebión «fuerte», de 0,50 g. en 5 c. c. — Pasta de Cebión, para el masaje de las encías.

E. Merck

Cens. Sanit. 110

Ayuntamiento de Madrid

Sanjenjo, Bayona, La Lanzada (Pontevedra); Punta Umbría (Huelva); Torremolinos (Málaga); Santa Pola (Alicante); Benicasim (Castellón); Salóu (Tarragona); Sitges, Castelldefels (Barcelona); Puerto de la Selva (Gerona); Pollensa (Baleares)

El ejemplo de la expedición de niños de los suburbios madrileños a La Sabinosa (Tarragona) debe multiplicarse, si no queremos que en un futuro próximo estos niños ocupen las camas de

nuestros sanatorios antituberculosos. Incluso económicamente, el Estado es el primer interesado en este rescate de los niños a la entredad, pues lo que hoy gasta en estaciones preventorias lo ahorrará mañana en sanatorios.

Nuestras condiciones climáticas y nuestras playas, envidiadas en todo el mundo, nos obligan a estudiar detenidamente este tema, que aquí no hemos hecho más que apuntar.

Estado actual del tratamiento de la blenorragia masculina

por el

Doctor FRANCISCO MARTINO SAVINO

Madrid.

Ante un blenorragico, lo primero que hay que hacer es «clasificarlo»; de aquí deduciremos, un poco «apriorísticamente», el resultado que va a tener el tratamiento, el tiempo de la curación y las secuelas que pudiesen advenir.

A estos efectos, los enfermos blenorragicos, siempre masculinos, quedan divididos en tres grandes grupos, a saber:

A) *Casos de turbidez.*—1) Blenorragicos agudos: a), genuinamente agudos; b), crónicos agudizados.

B) *Casos de filamentos.*—1) Blenorragicos crónicos de focos genitales «asequibles» localmente. 2) Blenorragicos crónicos de focos genitales «no aseguibles» localmente.

C) *Casos con focos extraurogenitales.*

Cualquier blenorragico, fatalmente, ha de quedar incluido en uno de estos tres grupos que vamos a estudiar separadamente, ya que presentan modalidades terapéuticas por completo dispares.

A los efectos de esta clasificación, se entienden por «blenorragicos agudos» los que ostentan a cualquier hora del día «supuración uretral», en la que los «frotis» del exudado muestran gonococos. Son «genuinamente agudos» los «primoinfectados» o los «reinfectados» que quedaron bien curados de su blenorragia anterior y presentan afectada exclusivamente su uretra anterior. Son «crónicos agudizados» los blenorragicos crónicos que, por transgresión alimenticia o sexual, se transforman en agudos (supuración uretral a cualquier hora del día).

Son «blenorragicos crónicos» los enfermos que presentan antes de la primera micción matinal una pequeña gota de pus que, explorada microscópicamente, muestra gonococos. Estos tales tienen, necesariamente, afectada la próstata o las vesículas seminales, etc., etc. En la orina de las restantes micciones ostentan «filamentos», en los que es doble observar al microscopio la presencia de gonococos.

Los blenorragicos crónicos se dividen en: de «focos localmente accesibles» o de «focos no accesibles localmente»; si el foco es vesicular, deferencial, epididimario, testicular, etc., la introducción de la pomada de penicilina por la uretra no va seguida de la puesta en contacto de la droga con el germen, fracasando el tratamiento. Pero el foco prostático puede ser aseguible, por dicho medio, a la droga; si la próstata presenta gran dureza, exacerbada en nodulaciones periféricas, es casi segura su inasequibilidad; mas si los nódulos son centrales y el dedo rectal explorador nos dice que están bien cubiertas por tejido glandular sano y da sensación de hallarse profundo (en relación al dedo que tacta rectalmente), el foco puede ser aseguible localmente a la introducción de la pomada de penicilina por el meato uretral.

Son blenorragicos de focos extraurogenitales los que presentan artritis, conjuntivitis u otras localizaciones de igual sentido.

Esta clasificación es «necesaria» (por cuanto que el tratamiento es dispar en cada caso), es «práctica» (por ser de esta forma como se nos aparecen los pacientes) y es «fundamental» por todo lo dicho.

TRATAMIENTO DE LOS BLENORRÁGICOS AGUDOS

Un enfermo «genuinamente agudo» de blenorragia queda «curado», actualmente, en noventa y seis horas. Véase:

a) *Enfermos que toleran sulfamidas.*—El «primer día» de tratamiento, el paciente ingiere «veinte» comprimidos de un buen compuesto sulfamidado (sulfatiazol, cibazol, diamond, irfagen, etc.). Un comprimido cada hora y dos comprimidos tras cada comida (desayuno, comida, merienda y cena), que acompaña sistemáticamente de medio vaso de agua bicarbonatada (media cucharadita de bicarbonato de sosa en 125 c. c. de agua).

El «segundo día» el paciente toma diez comprimidos de la misma sulfamida, un comprimido cada dos horas y dos comprimidos en las tomas

correspondientes a los postres de comida y cena, acompañados del medio vaso de agua bicarbonatada ya indicado. Tras la última toma de este día, el enfermo será advertido de que se abstenga de ingerir líquidos bajo cualquier forma (ya estaban prohibidos alcoholes y aguas carbonicas; pero ahora se prohibirán caldos, leche, agua, frutas, verduras, etc., etc.).

El «tercer día», el enfermo ingiere cinco comprimidos del preparado sulfamidado, y bebe, por todo líquido, acompañando a dichos comprimidos, un «cuarto de vaso» de los de agua con agua bicarbonatada; con lo indicado en el segundo día y con esto, las micciones se espacian y se consigue reducirlas en un 50 por 100 de los casos a «cuatro» en las veinticuatro horas, en otro 25 por 100 a «tres» micciones en las veinticuatro horas y, finalmente, en el 25 por 100 restante, tras la primera micción matinal, se inunda la uretra anterior con pomada de penicilina; nosotros hemos empleado la de Leti, bastando para ello con la cuarta parte de un tubo. La inyección intrauretral se practica adaptando el pitorro del tubo al meato uretral; mediante presión de los dedos de la mano izquierda, esta adaptación se hace perfecta, mientras que por presión de los de la mano derecha sobre el tubo, la pomada pasa a la uretra anterior. Inyectada dicha cantidad de pomada (aproximadamente unos cuatro gramos de una riqueza de 2.000 unidades Oxford y 6-7 c. c. de volumen), se retira el tubo del meato, se oblitera bien éste con los dedos de la mano izquierda, y entonces los de la derecha efectúan un «masaje uretral» durante, al menos, «cinco» minutos, con lo que la pomada adquiere una extraordinaria fluidez por el masaje y por el calor orgánico, con lo que se hace apta para su «retención» intrauretral y para su «insinuación» por los folículos de las glándulas uretrales inflamadas; se procura que la pomada no pase a la uretra posterior. A las seis horas, el enfermo vuelve a orinar en nuestra presencia, y volvemos a inundar la uretra con la pomada de penicilina, operación que se repite nuevamente a las seis horas. Si el enfermo es capaz de mantener su orina en la vejiga los lapsos de tiempo indicados, bastan estas tres aplicaciones; pero si el enfermo no es capaz de ello, puede hacerse una aplicación nocturna antes de entregarse al sueño.

El «cuarto día» se repite en todos sus puntos lo del tercero, advirtiéndose al paciente que, a partir de la primera micción matinal del quinto día, ingiera notables cantidades de agua repartidas durante el mismo (no menos de dos litros); comprobada la ausencia de supuración, al sexto día se ordena la ingestión de cerveza, que se repite al séptimo, ordenándose al octavo día la práctica del «coito de prueba» con condón; si al undécimo día no hay alteración, el paciente es dado de alta.

Este tratamiento ha de adoptarse por su extra-

ordinaria eficacia: cincuenta y ocho casos tratados con el 100 por 100 de curaciones lo prueban: debe fallar en los casos en que un folículo de alguna glándula uretral conteniendo gonococos se haga inasequible a la pomada por obliteración inflamatoria de su conducto excretor (a la palpación se nota entonces la sensación de «perdigón»); por desgracia, la pared superior de la uretra—la correspondiente a la conjunción de ambos cuerpos cavernosos—se deja explorar difícilmente. Igualmente, si la existencia de «conducto» parauretrales, de otra parte raros, escapan a una exploración descuidada.

Se trata, pues, de privar al caso agudo de esta agudeza, y aplicar, ya esto conseguido mediante el choque sulfamídico, la pomada de penicilina. Esta ha de retenerse en la uretra durante horas, por lo que se hará adoptar al pene posiciones que la favorezcan, como es su colocación hacia arriba, adosado al abdomen, mediante calzoncillos de baño y bloque de algodón o tohalla, medios que nos permiten asegurar una limpieza completa de las ropas. Una torunda de algodón colocada entre glande y prepucio mantiene—en la medida de lo posible—la pomada dentro de la uretra. En el caso de tratarse de un circuncidado, el algodón será mantenido *in situ* mediante un vendaje. No obstante, siempre escapa, en parte, al exterior.

Mantener la droga en la uretra durante horas es fundamental, ya que la penicilina, al igual que las sulfamidas, ejerce sobre las bacterias una acción esencialmente «bacteriostática» (CHAIN, FLOREY, etcétera, y GADNER).

b) *Enfermos que no toleran sulfamidas.*—Si el blenorragico agudo que está tomando sulfamidas nos comunica la aparición de una intensa «cefalalgia»—cosa no infrecuente—o la aparición de un *rush*—cosa rara—, se suspende la medicación sulfamidada, y dicho día y el siguiente el paciente es sometido a una alimentación ligera con abundante ingestión de líquidos. Trátase de casos «sulfamidointolerantes».

Cesados los fenómenos de intoxicación sulfamídica, se procede a la inyección intramuscular de penicilina. Si la penicilina obtenida es de 100.000 unidades por ampolla, se disuelven en 20 c. c. de suero Hayen, y se inyectan cada tres horas 20.000 unidades Oxford, o sea 4 c. c. de la solución; si la penicilina se presenta en ampollas de 200.000 unidades, se disuelve también en 20 c. c., y se inyectan intramuscularmente, cada tres horas, 2 centímetros cúbicos de la solución. Modernamente, existe una tendencia a espaciar las inyecciones a cada cuatro horas.

Si se comienzan a practicar las inyecciones a las siete de la tarde del primer día, con lapsos de tres horas entre las mismas, la décima y última inyección se pone a las diez de la noche del segundo día. A partir de este instante, el paciente comienza a restringir líquidos, y los días «tercero» y

«cuarto» se dedican a la aplicación intrauretral de penicilina en pomada de Leti.

Como puede deducirse, de una parte, en plena agudeza no debe ser utilizada la pomada de penicilina; el «masaje uretral» preciso para su ortodoxa acción podría producir «linfangitis» por paso de gonococos a estratos profundos de la uretra; mientras que, de otra parte, si sólo se utiliza la penicilina intramuscularmente, a veces el flujo reaparece pasadas cuarenta y ocho a setenta y dos horas, por haber escapado a la acción bacteriostática de la droga algún folículo acantonado lleno de gonococos y separado del torrente sanguíneo; folículo abierto a la droga en pomada por el masaje uretral (MARTINO).

El uso de las soluciones líquidas de penicilina es inadecuado, según se desprende de la utilización de las mismas por THOMPSON y MILLER, SCOTT y MOELLER. Y es que dicho estado físico impide la retención de la droga en la uretra, no pudiéndose mantener obliterado el meato con una pinza de Phillips o clamp de Cunningham durante horas seguidas. Un fracaso total subsiguio a dichas investigaciones.

TRATAMIENTO DE LOS BLENORRÁGICOS CRÓNICOS AGUDIZADOS

El enfermo es sometido a reposo sexual absoluto; se ordena una alimentación abundante desprovista de elementos excitantes (especies) o de difícil digestión. Con sulfamidas o con penicilina intramuscular en caso de «sulfamiderresistencia» («natural», LONG, SCHMIDT y SCHMIDT, o «adquirida», PETRO, ROSS, LONG y SCHMIDT), se transforma el caso en su cronicidad anterior a la fase aguda en que le encontramos, y entonces se le trata como indicamos a éstos.

Dicho se está que tales medidas pueden llevar aparejado *ab initio* un fin curativo y no de mera transformación.

TRATAMIENTO DE LOS BLENORRÁGICOS CRÓNICOS

Exploración.—Ante este tipo de enfermos es preciso darse cuenta de la causa que motiva la cronicidad. Un meato estrecho será operado, y, mediante la «meatotomía», dejará fácil paso a un beniqué 60; se explorará la uretra con la bola de Guyón. Hay que descartar en todos los casos la existencia de la estrechez uretral; ésta es la causa, para muchos ignota, de la cronicidad de una blenorragia. Sólo en el caso de presenciar un fuerte y potente chorro de orina, estaremos en condiciones de prescindir de la exploración instrumental de la uretra, que, por mi parte, practicamos sistemáticamente a este tipo de enfermos.

Ahora se exploran los testículos, y, sobre todo, los epidídimos y conductos deferentes, el cual será seguido en toda su extensión por la pared abdominal y el funículo, buscando puntos dolorosos

y, sobre todo, núcleos epididimarios, que hablan de epididimitis agudas, y, por ende, de prostatitis, vesiculitis, etc., etc.

Se practica ahora el «tacto rectal». Por fuera de ambos lados laterales de la próstata se encuentran las vesículas seminales—que, si están sanas, apenas son notadas por el dedo explorador—; en dichas partes, cruzando de atrás adelante la zona, tampoco deben tactarse los deferentes en trance de desembocar en tal lugar en la vesícula seminal. Por el contrario, cuando están inflamados se tactan como «tensos arcos» de borde más o menos romo. Se recorre con el dedo la cara asequible de la próstata, apreciándose los nódulos y su dureza, así como la «consistencia» general del órgano. La presencia de «nódulos» y zonas de esclerosis prostática muy superficiales—en contacto con el dedo rectal explorador—habla de focos alejados de la uretra, y, por ende, no asequibles a la aplicación local de penicilina; mientras que la presencia de una próstata grande y dura, congestiva, habla a favor de la profundidad—y cercanía uretral subsiguiente a la uretra—de los focos y su probable asequibilidad a la pomada de penicilina.

Así, epididimitis, deferentitis, vesiculitis y prostatitis corticales son casos de blenorragicos no asequibles al tratamiento local con la pomada de penicilina, y prostáticos centrales deben ser objeto del tratamiento local.

TRATAMIENTO DE LOS BLENORRÁGICOS CRÓNICOS CON FOCOS GENITALES ASEQUIBLES LOCALMENTE

a) El laboratorio nos dice que en el «frotis» remitido (de «filamento» o de la «gota» matinal) se observan gonococos extra e intracelulares, muchas células epiteliales (de descamación uretral), bastantes leucocitos polimorfonucleares y tal cual linfocito.

Se recetan 200.000 unidades de penicilina y nos percatamos, por observación «previa y repetida», del carácter de los «filamentos» que nadan en la orina: «número», «peso», «tamaño» y «forma». Por la mañana, el «número» y «tamaño» de los filamentos es mayor que por la tarde; por la noche, los filamentos son más escasos que a ninguna otra hora del día. Se tendrán en cuenta, pues, la eventual existencia de «poluciones nocturnas» y la «hora» de la observación, advirtiéndole al paciente, respecto de las primeras, la necesidad en que se encuentra de comunicárnoslas. Una «polución nocturna» hace desaparecer, bien que momentáneamente, los filamentos de una orina.

Se reducen al mínimo los líquidos y se comienza el tratamiento inyectando intramuscularmente, cada tres horas, 20.000 unidades de penicilina; esta inyección la colocamos nosotros mismos o un practicante en nuestra presencia y se acompaña de micción del enfermo en copa de cristal. A la «cuarta» inyección, si el tratamiento surte su efecto, los filamentos pierden «tamaño», «peso»

y «número» y van haciéndose «tenues» y «afilados».

Si a dicha inyección los filamentos no se modifican, se practica «masaje prostático» utilizando cierta energía en la expresión de la glándula; estos masajes se repiten cada seis horas.

Al segundo día se comienza a aplicar la pomada de penicilina de Leti. Se introducen en la uretra como 6 ó 7 c. c. de dicha pomada, del modo indicado anteriormente; se la hace pasar a la uretra posterior mediante el masaje uretral, encaminado en tal sentido; la pomada pasa a «uretra posterior» muy fácilmente, y entonces se practica «masaje prostático»; con éste, parte de la pomada pasa a vejiga desde la uretra posterior, y es arrojada al final de la próxima micción con la orina, micción a practicar cada seis horas; pero parte de la pomada se introduce por los ácinos glandulares prostáticos y por los conductos eyaculadores, y es expulsada también finalmente con la orina de la siguiente micción por la contracción del «músculo seminal».

Los líquidos se reducen por aumentar la «penicilemia» para poder practicar el «masaje prostático» con cierta espaciación y para poder aplicar la pomada de penicilina cuatro veces al día tan sólo. «El «masaje prostático» se practica para «cambiar» la sangre sita en glándula prostática, naturalmente perezosa en sus movimientos por disposición anatómica, inflamación, esclerosis, etcétera, etc.

Al tercer día ambos métodos (intramuscular y local) han concluido, habiéndose invertido 200.000 unidades Oxford de penicilina por vía «intramuscular» y dos tubos de la pomada de penicilina de Leti en seis aplicaciones locales (estas aplicaciones locales pueden elevarse a ocho, según capacidad vesical del enfermo).

El laboratorio nos indicará si en los filamentos que aún quedaran hay gonococos; este juicio será emitido por la práctica de «frotis» y «cultivos» del centrifugado urinario de la primera micción matinal del quinto día.

En caso de negatividad de ambas pruebas, se ordena la ingestión de cerveza al sexto día y la práctica del coito de prueba al octavo. Con semejantes pruebas, si los filamentos no contienen, efectivamente, y pese al carácter negativo de los análisis, gonococos, van desapareciendo gradualmente; si, por el contrario, hay una «real» existencia de gonococos, los «filamentos» aumentarán en número y tamaño.

Entonces decimos que se trata de un caso de «focos genitales» no asequibles al tratamiento «local».

b) El laboratorio indica que en el pus de la gota matutina premiccional se observan otros gérmenes, además de gonococos: «estafilococos», «estreptococos», «colibacilos», etc., cosa muy frecuente en tales casos crónicos.

El tratamiento de estos casos es idéntico al anterior, sólo que se recetarán sulfamidas que serán ingeridas coetáneamente. El tratamiento penicilínico se ve extraordinariamente reforzado por la acción de la sulfamida, según se desprende de los trabajos de LARA GUITART y OARD y JORDÁN.

El tratamiento «local» con la pomada de penicilina de Leti se comienza entonces el día tercero, al objeto de permitir la ingestión de agua bicarbonatada junto con las dosis de choque a que propinamos la sulfamida, que se administrará idénticamente a lo indicado en el tratamiento de los casos agudos genuinos que toleran las sulfamidas.

En el caso de presentarse una «intolerancia» a las sulfamidas, se suspenderá la ingestión de éstas, mas no el tratamiento local y general con penicilina.

Una eventualidad a tener en cuenta en el tratamiento local de la blenorragia por la pomada de penicilina, es la presencia de polaquiuria, que debemos combatir y siempre prevenir.

En los casos de blenorragia aguda o crónica agudizada, puede aparecer una polaquiuria «refleja» de tipo nervioso y con carencia de toda manifestación orgánica vesical. Esta polaquiuria, como es lógico, determina la expulsión de la pomada de penicilina que hemos introducido en la uretra, y, por ende, su inutilización. En el caso de que la polaquiuria reconozca exclusivamente una etiología «refleja» a consecuencia del proceso inflamatorio uretral, no hay ningún inconveniente, y prestan muy buenos oficios, en la utilización de los preparados a base de «balsámicos» (arrheol, etc.); pero la polaquiuria puede ser debida a una «irritación» del detrusor, a través de la mucosa vesical receptora, por una orina concentrada; de aquí la necesidad de añadir a la supresión de líquidos una dieta alimenticia pobre en carnes (urea y ácido úrico), verduras (alcalinuria) y la abstención de trabajos musculares y esfuerzos nerviosos o mentales (creatinuria y fosfaturia, respectivamente). A este último respecto, es de hacer notar la necesidad en que nos encontramos de advertir a estos pacientes la poca importancia de la afección que padecen asegurándoles una presta cración; de lo contrario, la constante preocupación determinará una alteración en el metabolismo del «fósforo», que acarreará la del «calcio», determinándose en la orina la riqueza con la precipitación subsiguiente de estas sales.

Corregido dicho tipo de polaquiurias, que son, por lo demás, las más frecuentes en la práctica, nos encontramos con polaquiurias secuelas de alteraciones orgánicas de la vejiga y cuello vesical. En tales casos, se trata del tránsito de la infección a la uretra posterior, determinándose la frecuencia miccional, el dolor final y, a veces, la hematuria y la estranguria. En la inmensa mayoría de los casos se trata de inflamaciones de la uretra

posterior yuxtacervical y cervical; en efecto, la vejiga urinaria es particularmente resistente a las infecciones de todo género, ya que las irritaciones sobre la mucosa, determinadas por la presencia de los gérmenes, genera una contracción del detrusor y, subsiguientemente, una «superpolietratificación» de la mucosa vesical, que se hace más resistente al ataque de los mismos.

En el caso de dichas alteraciones orgánicas, procede abstenerse de todo tratamiento local, el cual sería contraproducente, y emplear el tratamiento «general» ya indicado. De otra parte, dichas alteraciones ceden rápidamente a las sulfamidas o penicilina y al reposo físico del sujeto.

Hora es ya de decir que la inyección intrauretral de la pomada de penicilina se ha mostrado absolutamente «indolora» cuando se inyecta, mientras está aplicada, y en las micciones sucesivas; por lo tanto, puede ser empleada en todos aquellos casos que no presenten manifestación aguda. Es, además, absolutamente «inocua» (MARTINO).

TRATAMIENTO DE LOS BLENORRÁGICOS CRÓNICOS CON FOCOS GENITALES NO ASEQUIBLES AL TRATAMIENTO LOCAL CON PENICILINA

Se trata de casos con focos blenorragicos en vesículas, próstata, deferentes y epidídimos; lo que entretiene en los mismos la infección es la «infestación» de vesículas y glándulas prostáticas.

El tratamiento de estos casos, particularmente malos, se inicia con la dilatación uretral al máximo, el masaje prostático alternante con el anterior, los grandes lavados de Janet diarios antes de las prácticas inmediatamente atrás citadas, cuya agua estéril es adicionada cada día de distinto antiséptico, y a la inyección intravenosa o subcutánea de una buena vacuna antigonocócica, junto con la ingestión, por vía oral, de algún antiséptico urinario de reconocida solvencia: pyridium, neotropina, etc.

Transcurridos diez o veinte días, en los cuales se aprecia una modificación en la esclerosis de los focos vesiculares y prostáticos y deferenciales, el enfermo es sometido al tratamiento penicilínico intramuscular, practicándose, coetáneamente y cada seis horas, el masaje prostático, vesicular, deferencial, etc., para tratar de conseguir el necesario «cambio» del medio ambiente y aporte consiguiente de penicilina a los focos.

Al mismo tiempo se administrarán preparados sulfamidados. Con este fin, el paciente no ha tomado dichas drogas durante el tiempo en que se modificaron los caracteres de los focos que entretienen la supuración uretral crónica. De otra parte, la ingestión de tales sulfamidas en estos casos es altamente beneficiosa, cosa deducible del hecho de que el pus de los mismos muestra asociaciones bacterianas, entre los que suele figurar, de forma destacada, el colibacilo, germen naturalmente refractario a la acción de la penicilina.

También debe no olvidarse que el tratamiento local con pomada de penicilina en estos casos suele ser inocente. En efecto; las soluciones de penicilina normal o de pomadas de penicilina no son «absorbidas» por los focos inflamados o la absorción es muy escasa; obra tan sólo por «contacto» y, desde luego, no se afecta por la presencia de secreciones (pus, moco, etc.).

Una causa frecuentísima de la no curación de las blenorragias de focos no aseQUIBLES localmente a la acción de la penicilina, consiste en las «vesiculitis seminales crónicas». La natural conformación de estas glándulas, lo escaso de su drenaje, la disposición flexuosa de sus glándulas, etcétera, permiten el anidamiento de los gonococos en la misma, los cuales, movilizándose más tarde por un coito o por la apertura por mejoría de la inflamación del eyaculador correspondiente, irrumpen en la uretra, ocasionando la reaparición de la «gota» matutina, e incluso manifestaciones más agudas.

De cualquier manera es una verdadera excepción—aunque tengo más de un caso—el que fracase en treinta o cuarenta y cinco días el tratamiento de los grandes lavados de Janet, dilatación uretral y masaje prostático alternantes, vacuna antigonocócica y antiséptico urinario durante dicho período «instrumental», que es luego reemplazado por la inyección intramuscular de penicilina concomitantemente con la ingestión de sulfamidas a dosis de «choque», y que se finaliza con la inyección de tres a seis dosis de ducrex u otro preparado por el estilo capaz de provocar una intensa reacción febril.

No se ha de olvidar que si por el hecho de lo largo del tratamiento el enfermo no nos ayuda y da en ingerir bebidas alcohólicas o en la práctica del coito, la curación puede llegar a ser, prácticamente, imposible.

Mención aparte merece el tratamiento de las vesículas seminales crónicamente inflamadas. En ausencia de fenómenos inflamatorios activos de la uretra posterior, en presencia de gran calibre uretral (30 Charriere) y pertinacia de la supuración uretral matutina con comprobación por tacto de ser la (o las) vesícula seminal la responsable, es dable intentar el tratamiento «local» de la misma con solución de penicilina; para ello, el conducto eyaculador ha de ser permeable, cosa que no ocurre en todos los casos.

El cateterismo de la misma puede efectuarse con sondas ureterales de pico «olivar» y cortadas hasta reducir su longitud a 20 ó 25 centímetros con un calibre de cuatro o cinco (CHARRIERE); utilizando, como nosotros, el uretroscopio simple de Luys, llevará en su interior un fino mandril metálico que nos permita insinuar la punta de la sonda por el orificio correspondiente del eyaculador; posiblemente, este cateterismo retrógrado sería factible en más casos con los uretroscopios con

«conductores», como, por ejemplo, el de Low-ley-Paterson, etc. La sonda se introduce por el eyaculador, previa lubricación con aceite gomenolado, sin grandes dificultades, y seguidamente se «fija» con la mano la sonda al uretroscopio para retirar el mandril, que yace en su interior; ahora se retira el tubo uretroscópico, de tal manera que no sea extraída la propia sonda ureteral introducida por el eyaculador hasta que se dobla sobre sí misma, cosa que suele ocurrir a los cuatro o cinco centímetros.

Se inyectan ahora 3 ó 4 c. c. de la solución de penicilina—hasta que el enfermo siente una sensación molesta en periné lateralizada homológicamente a la vesícula inyectada—que contenga en dicha cantidad 1.000 unidades; esto se repite dos veces al día durante dos o tres días. En dos casos así tratados, el resultado fué sencillamente espléndido.

Aplicar la solución de penicilina a la vesícula seminal por el método de BIELFELD es contraproducente, ya que la droga ha de ser renovada con frecuencia y las repetidas «vasopunturas» acarrearían el cierre, por inflamación traumática, de su estrecha luz.

Si la lesión fuese bilateral, como es lo corriente, deben dejarse transcurrir tres o cuatro días antes de iniciar el tratamiento de la otra para conceder a la uretra el necesario descanso.

Como puede verse, el antiguo y conocido tratamiento de la gonococia mediante beniqués, lavados y masaje prostático, incluso «piretoterapia», aún no ha sido totalmente descartado. En ciertos países, con respecto a esta última, se han construido cámaras especiales en donde es introducido el sujeto, sometiénndosele a temperaturas de 41 ó 42° C. Por lo tanto, es conveniente que, cuanto antes, se pueda inyectar la penicilina en dosis gigantes y con eliminación retardada. Gran avance a este respecto representa la disolución de la droga en una mezcla de aceite de cacahuete con cera de abejas, según el método de ROMANSKI y RITMANN, que divulgaron RAMMELKAMP y LEIFER, y han utilizado WELCH, PUTNAM y RANDALL.

Como quiera que la penicilina se ha mostrado por completo atóxica, si una sola inyección se puede retardar en su eliminación—mostrándose, por consiguiente, activa—por veinticuatro horas, podremos mantener a los enfermos bajo los efectos de la droga diez o más días, con tan sólo una inyección diaria, lo que acarreará, junto con el masaje, etc., la «curación de todos» los casos de blenorragia.

Porque ya hemos dicho (MARTINO) que la causa de los fracasos observados con la terapéutica penicilínica son función de la «cronicidad» de la ble-

norragia; en efecto, si el foco prostático o vesicular está separado del medio ambiente, aunque la penicilemia sea suficiente, como quiera que a dicho foco la sangre no llega, es inútil pretender la curación. De aquí la conveniencia del masaje prostático en pleno tratamiento penicilínico para combatir el éstasis que la circulación prostática ya *per se* presenta, exacerbado aquí por el hecho de la inflamación crónica.

Como puede observarse, la «dosis total» de penicilina a inyectar no es objeto de tasa, ya que si el «caso» es agudo, bastan, incluso, 100.000 unidades; mas si el caso es muy crónico, ni aun llegando al millón se consigue la curación, como ha ocurrido en uno de nuestros casos (MARTINO). Nosotros hemos adoptado el criterio de utilizar sistemáticamente 200.000 unidades por vía intramuscular, y en el caso de no curarse con esta dosis, considerar al paciente no «penicilinoresistente», sino como portador de focos no asequibles «hemáticamente», por lo que la droga, a pesar de una «penicilemia» suficiente, se ve imposibilitada de actuar.

TRATAMIENTO DE LOS BLENORRÁGICOS DE FOCOS EXTRAUROGENITALES

El «foco urogenital» se trata previa clasificación del mismo en uno de los apartados anteriores. Los focos «articulares», «oculares», «meningíticos», «pericardíacos», etc., etc., son tributarios del tratamiento «urgente» por las inyecciones intramusculares de penicilina. Las serosas de los lugares mencionados no se dejan atravesar fácilmente por las soluciones de la droga en estado de normalidad; no así cuando están inflamadas, en cuyo caso la permeabilidad se hace perfecta.

BIBLIOGRAFIA

- CHAIN, FLOREY y otros.—*Lancet*, 2, 226. 1940.
 GADNERD.—*Nature*, 146, 837. 1940.
 MARTINO.—Tesis doctoral. Madrid, 1946.
 LONG.—«The clinical and experimental use of sulfanilamide, sulfapyridine, and allied compounds». The MacMillan Co. Nueva York, 1939.
 PETRO.—*Lancet*, 1, 35, 1943.
 ROSS.—*Lancet*, 1, 1207. 1939.
 SCHMIDT y otros.—*J. Bact.*, 45, 27. 1943.
 SCHAMITH y REYMANN.—*Nord. Med. Hosp.*, 8, 2493. 1940.
 THOMPSON.—*J. A. M. A.*, 126, oct. 14, 1944.
 MILLER, SCOTT y MOELLER.—*J. A. M. A.*, 125, jul. 1944.
 LARA GUITART.—*La Med. Col.*, 3, 16. 1944.
 OARD y JORDAN.—*J. A. M. A.*, 125, jul. 1944.
 ROMANSKI y RITTMANN.—*Science*. Vol. C, sept. 1944.
 — *The Bull. of the U. S. Army Med. Dep.*, 81, oct. 1944.
 RAMMELKAMP y KEEFER.—*Clín. Invest.*, 22, 425. 1944.
 WELCH, PUTNAM y RANDALL.—*J. A. M. A.*, 126, dic. 1944.

Divulgaciones nacionales

MADRID Y LOS GRANDES DESCUBRIMIENTOS MÉDICOS

El termómetro clínico, los rayos X, el salvarsán y el tifus

por el

Doctor J. ALVAREZ-SIERRA

Nuestro histórico y glorioso Hospital Provincial de Madrid, alta sede de la ciencia médica española, que desde su fundación contó con los más prestigiosos internistas y cirujanos, y en el que se han educado numerosas generaciones de buenos clínicos, tiene, además de otros timbres, el haber sido el introductor en nuestra patria de los más trascendentales descubrimientos científicos.

Hubo un tiempo en que se atribuyó el esplendor de las actividades intelectuales madrileñas a las preeminencias del centralismo administrativo y político; pero va siendo hora de demostrar cómo desde el traslado de la Universidad complutense, y más especialmente desde los años finales del pasado siglo, nuestras academias, facultades, ateneos y corporaciones sabias han procurado ir, por obra de un espontáneo fervor, a la cabeza del movimiento cultural.

Así, por ejemplo, cuando, en 1867, el doctor WUMBERLICH publica su famosa obra sobre temperatura, dando cuenta de la construcción del termómetro clínico por CELSIUS, de Léipzig, y cuando profesores extranjeros dudaban de la utilidad de este aparato, un médico del Hospital Provincial, el doctor EZEQUIEL MARTÍN DE PEDRO, manda traer para el servicio de su sala doce ejemplares, y con ellos comprueba la veracidad de la línea térmica señalada para la tifoidea; los utiliza en los tísicos, y con la fuerza convincente de sus lecciones magistrales y de su autoridad pedagógica, consigue que la clase médica madrileña se familiarice con este incomparable método exploratorio. Por cierto que no faltaron algunos viejos maestros, aferrados a los conceptos tradicionales, que al principio opusieron su resistencia, citándose como caso curioso el del decano, doctor CAPDEVILA, quien, poniendo la palma de la mano sobre la frente de los enfermos, decía sentenciosamente: «Este tiene lo que llaman ahora calentura de tantos grados.» Y si a continuación ponían el termómetro, resultaba que sólo se equivocaba en una o dos décimas. Con el doctor MARTÍN DE PEDRO, figura cumbre y excepcional de la Medicina interna de aquel entonces, contribuye a la difusión del termómetro clínico otro médico famoso: don SIMÓN HERGUETA, que en plena juventud gana las oposiciones de profesor de número en nuestro primer Centro benéfico.

Así como el primer termómetro viene al Hospi-

tal Provincial, también ocurre lo propio con el primer aparato de rayos X que cruza la frontera por encargo del doctor don ANTONIO ESPINA —pagado de su propio peculio—, y lo instala al extremo del departamento que él dirige.

El 8 de noviembre de 1895, una luz hasta entonces desconocida había sido observada por CONRADO ROENTGEN en su laboratorio de Wurzburg, después de trabajar durante muchas noches en sus pacientes investigaciones. Acomodada su vista a la oscuridad, tras varias horas de experimentos, ya en la madrugada observó el sorprendente fenómeno luminoso, nunca contemplado: unos rayos que emanaban de un tubo de Crookes, y que demostraban su existencia haciendo visible una placa fluorescente. Estos rayos mágicos permitían ver el interior del cuerpo humano. Difundida por el mundo la noticia, acudieron a Baviera sabios de todos los países; pero entre los primeros que se presentaron iban los españoles don ALEJANDRO SAN MARTÍN y don ANTONIO ESPINA y CAPO. Este último adquiere, como hemos dicho, un aparato en cuanto se construyan los necesarios modelos, y en él trabaja; enseña su funcionamiento a todos sus colegas del hospital, teniendo por colaboradores a dos jóvenes inteligentes, que luego son dos médicos ilustres: los doctores don JULIÁN y don SANTIAGO RATERA.

Otro descubrimiento famoso, el salvarsán, se difundió en Madrid antes que en la mayor parte de las grandes capitales del mundo gracias a un especialista de la Beneficencia provincial, el doctor don JUAN AZÚA, clínico experto y verdadero sabio, que se traslada a Berlín, acompañado del doctor don JAIME NONELL, actual dermatólogo de la Lucha Antituberculosa. Ambos son recibidos por ERLICH; trabajan con él unos días, y cuando regresan, informados de toda la técnica del maravilloso método curativo, se lanzan con febril ansiedad a tratar casos en el Hospital de San Juan de Dios. Al doctor AZÚA, además de NONELL, le ayudan en aquellos momentos los doctores COVISA, SÁINZ DE AJA, FERNÁNDEZ CRIADO, SERRANO, SICILIA, etc. Consigue reunir en un plazo relativamente breve cien historias clínicas, perfectamente documentadas y controladas. Los éxitos curativos resultan sorprendentes; parecen cosa de milagro o taumaturgia.

Esta colección de historias clínicas se la en-

vían a ERLICH. Cuando éste las recibe, ningún especialista de su país, y huelga decir que de ningún otro, le habían presentado semejante protocolo, que era la demostración científica de la importancia de su fórmula 606. Cuentan que tan profunda fué la emoción del genial descubridor al tener entre sus manos la obra de don JUAN AZÚA, que por un momento experimentó un estado como de inhibición cerebral; y no sabiendo qué decir con los ojos un poco húmedos, abrazó al diplomático español, que, en representación de la Embajada, se la había presentado. Aquel abrazo, que implícitamente iba dirigido a don JUAN AZÚA, fué un homenaje, que desde el fondo de su alma luego trasladó éste al Cuerpo médico de la Beneficencia provincial, de tan glorioso pasado y tan excepcional prestigio en todas las épocas.

Por último, otro gran descubrimiento científico, el del agente transmisor del tifus exantemático, se hace en Madrid por un médico madrileño: don CARLOS MARÍA CORTEZO, decano del Hospital de la Princesa.

El tifus exantemático, tifus de las cárceles, tifus de las guerras, tifus del hambre y de la miseria, constituyó siempre una de las más terribles pestes que asolaron a la Humanidad. No obstante las largas horas de estudio y de meditación de los médicos de todas las épocas, no se podía descubrir qué factores intervenían en la propagación de esta terrible enfermedad. Impresionados los hombres de la Edad Media por el carácter masivo con que era afectada la población en estas epidemias, relegaron a un segundo término el papel del contagio, y recurrieron a explicar su origen por una constitución astrológica, atmosférica o telúrica. Cuando las célebres sesiones negras del siglo XVI en Inglaterra, al observar que eran atacadas preferentemente las personas que ocupaban ciertos puestos en la Sala de Justicia, se pensó que los misteriosos efluvios o el mal aire seguían una caprichosa e inexplicable dirección.

Siguió dominando en el siglo XVIII la idea de las constituciones epidémicas, pero no olvidando en la etiología del tifus la influencia de las guerras, de las privaciones, del hambre y de la miseria. A pesar de reconocerse la importancia de estos factores, seguía ignorándose el papel de los parásitos en la transmisión de esta terrible enfermedad.

En 1903, don CARLOS CORTEZO, con ocasión de la epidemia de tifus exantemático de Madrid, sugiere la idea del papel del piojo como transmisor, y lo que es aún más importante: emplea el despiojamiento como medio de lucha. Por observación clínica, y en sus estudios sobre la fiebre amarilla, que el año 1879 estalló en Madrid, y que él diagnosticó puntualmente, CORTEZO formó en su cerebro la idea de que era el piojo el responsable de la difusión tífica.

Comprobada experimentalmente la acción del

Pediculus Linneo (piojo), después de diferentes trabajos en el Hospital de la Princesa, conserva sus investigaciones, las perfila y las depura, llevándolas, el 18 de noviembre de 1903, a la Conferencia Internacional de París, cuya Comisión técnica, formada por los grandes sabios GORGAS, ROUX, PROUST, PIZA, CALMETTE, SILVA AMADO y SANTILGUIDO, recibe con excepcional impresión la teoría corteziana.

Esto no obstante, años después los extranjeros atribuyen a CARLOS NICOLLE la prioridad de este descubrimiento; si bien es cierto que el propio NICOLLE reconoció públicamente, en 1914, que era el doctor don CARLOS CORTEZO el primero que tuvo la intuición del asunto, llevando a cabo en el madrileñísimo hospital del viejo paseo de Areneros (hoy Alberto Aguilera) las primeras investigaciones sistematizadas.

* * *

Ha dicho el ex rector de la Universidad de Barcelona, profesor MARTÍNEZ VARGAS, que España fué en muchas cuestiones científicas la iniciadora de los grandes inventos, y que en aquellas otras en que no le cupo esta suerte supo incorporarlas al acervo de sus doctrinas y especulaciones, perfeccionándolas y aceptándolas sin discusión.

Así vemos cómo el doctor MARTÍN DE PEDRO, en sus Servicios del hospital, utiliza el termómetro clínico poco después de contruídos los primeros aparatos, y el doctor don SIMÓN HERGUETA difunde su uso entre todos los profesionales y las familias de sus clientes. Ambos—MARTÍN DE PEDRO y HERGUETA—tienen la clara visión de que en la técnica exploratoria ha aparecido un método que va a transformar los diagnósticos, a dar precisos elementos de juicio respecto al pronóstico y que permitirá seguir con exactitud matemática las vicisitudes del tratamiento.

ESPINA Y CAPO trae a sus salas los rayos X cuando son muchos los físicos y médicos extranjeros que dudan de ellos y piensan que la misteriosa luz, vista por ROENTGEN en Wurzburg, puede ser algo de taumaturgo, de vieja nigromancia; pactos hechos con el más allá por intermedio de Lucifer. Un catedrático español, el doctor LETAMENDI, dijo, un poco en sentido humorístico y un mucho en disquisición crítica, que los rayos X eran el arte de ver sombras chinescas en el organismo humano.

Las cien historias clínicas del salvarsán, redactadas en admirable protocolo por don JUAN AZÚA, y las primeras dosis del medicamento, traídas por el médico de la Embajada española en París, doctor BANDELAC DE PARIENTE, señalan una ruta de redención para el estigma de la sífilis. La nueva droga no sólo va a curar miles de enfermos, sino que, limitando el período de contagio, queda hecha la profilaxis más definitiva.

Por último, la intuición, el atisbo genial del doc-

tor CORTEZO respecto al agente transmisor del tifus exantemático, ha salvado a la especie humana de sus más terribles pestes. Si hubiésemos seguido ignorando el papel de los parásitos en la transmisión tífica, las hostilidades de la última guerra mundial, e incluso de la primera, no hubieran acabado por una victoria militar; lo hubieran sido

por una catástrofe sin ejemplo, la más terrible de la Historia: soldados del frente, reservas, prisioneros de las poblaciones civiles, los neutrales mismos, la Humanidad entera, como dijo NICOLLE, habríanse hundido para siempre.

(Reproducido por autorización de su autor.)

Divulgaciones del exterior

Hacia una más estrecha colaboración de los científicos de la Commonwealth con los de otros países

«En la paz, la ciencia contribuirá a hacer el mundo más sano, más feliz y más próspero.»

Pocas asambleas de la postguerra han revestido tanta importancia como la que recientemente ha congregado en Londres a algunos de los hombres de ciencia más famosos del mundo. Acudieron a Gran Bretaña para tomar parte en la Conferencia científica imperial, organizada por la Royal Society, destacadísima Asociación científica británica a la vez que una de las más antiguas.

A las reuniones asistieron hombres cuya labor ha influido sobre la vida de millones y millones de personas de todos los países; hombres, tales como el doctor F. M. BURNET, de Australia, conocido por sus investigaciones sobre la gripe; el doctor B. R. J. SCHONLAND, de Africa del Sur, asesor científico del mariscal Montgomery en su campaña de Europa; lord CHERWELL, asesor científico de Mr. Churchill; profesor J. D. COCKCROFT, técnico británico de la energía atómica; sir CHARLES DARWIN, director del Laboratorio Nacional de Física, y otras destacadas personalidades de todas las ramas de la investigación científica.

Su majestad el Rey Jorge VI, en su discurso de apertura de la Conferencia, subrayó la finalidad principal de ésta al decir: «La guerra afecta de manera tan directa a la población civil, en sus ho-

gares y en su vida diaria, que hace que nos demos cuenta de la potencia del método científico y que comprendamos que lo que ha ayudado a ganar la guerra será también útil para hacer al mundo más sano, más feliz y más próspero.»

Algunos de los investigadores que cooperaron a los grandes progresos científicos obtenidos durante la guerra se hallaban presentes escuchando el relato de esos progresos—penicilina, nuevos insecticidas, drogas sintéticas, radar, etc.—que hizo el Rey. Con referencia a la energía atómica, Su Majestad resumió el sentir de los británicos con estas palabras: «Nunca debe utilizarse como argumento en contra de la investigación científica. Más bien debe encaminarnos a buscar medios para fortalecer nuestro respeto hacia los principios morales, y debe respaldar nuestros esfuerzos para, bajo la guía de Dios, rechazar el mal y escoger sólo el bien.»

La opinión general entre los científicos es que esta Conferencia ha tenido un magnífico éxito, y que uno de sus resultados ha de ser la más íntima colaboración de los hombres de ciencia de la Commonwealth británica con los científicos de otros países.

(Boletín de la Embajada de S. M. Británica en España.)



BARACHOL

Contra la sarna, aplicando la pomada en las manos.

Evita enormes molestias y gastos.

(Censura sanitaria núm. 1.122.)

Academias y Sociedades científicas

Sociedad Oftalmológica de Madrid

(Sesión del día 14 de junio de 1946.)

«CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR IGNORADO»

Doctor Carreras.—Se trata de un caso en que no solamente el enfermo ignoraba que tuviera un cuerpo extraño intraocular, sino que negaba haber recibido nunca ningún traumatismo ocular que pudiera haber hecho posible tal accidente.

El paciente vino a consultar por haber perdido lentamente la visión del ojo derecho en el espacio de un par de años, y se quejaba de molestias en el ojo enfermo y también una ligera fotofobia en el sano, lo que le tenía muy inquieto.

Al examen se veía un globo enormemente deformado por grandes estafilomas ecuatoriales y muy aumentado de tamaño. Medios transparentes, normales; pero en la córnea, mediante la lámpara de rendija y el microscopio corneal, se descubría una finísima cicatriz lineal periférica que comprendía todo el espesor de esta membrana. Por oftalmoscopia se veía una atrofia papilar, con excavación glaucomatosa. En la parte inferoexterna, hacia la región ecuatorial del fondo del ojo, se descubría una placa bastante extensa de coriorretinitis atrófica, de contorno irregular y muy desigualmente pigmentada. Tensión de 50 milímetros de Hg. Se diagnosticó glaucoma crónico simple secundario a un cuerpo extraño intraocular, a pesar de los datos negativos de la anamnesis.

Como el paciente quería conservar el globo, se intentó una ciclodiatermopunción según VOGT. Pero aunque la tensión bajó a 20 milímetros de Hg., al cuarto día apareció, acompañado de molestias, un hipema que llenaba toda la cámara anterior y que no mostró ninguna tendencia a la reabsorción; en vista de lo cual, se procedió a la enucleación. El examen del globo enucleado permitió encontrar una partícula metálica alojada en la coroides, confirmándose de este modo el diagnóstico clínico.

La rareza de este caso estriba principalmente en dos puntos: 1.º En ser ignorado el trauma inicial. 2.º En presentarse bajo la forma de un glaucoma secundario, sin siderosis bulbi.

La ignorancia del traumatismo que dió lugar a la penetración del cuerpo extraño se puede tan sólo explicar satisfactoriamente si admitimos que pudo producirse en la infancia al pasar ocasionalmente el entonces niño junto o cerca de algún operario que trabajaba en piedra (adoquinador, marmolista, picapedrero, etc.), y que una partícula estéril del útil de trabajo le penetró en el ojo con gran velocidad, causándole tan sólo una leve molestia y un ligero enrojecimiento sin importancia.

En cuanto a su manifestación en forma de glaucoma, sin siderosis, constituye un hecho asaz raro en la literatura oftalmológica. Su patogenia suscita bastantes dificultades. Para nosotros, se trataría de un glaucoma por retención, o sea por deficiencia de desagüe, debido a la obstrucción del tejido trabecular del ligamento pectíneo por los productos de oxidación del hierro.

Doctor Marín Amat.—Felicitamos al doctor Carreras por el estudio del análisis químico del contenido ocular del enfermo, y le manifiesta que el análisis histopatológico de la retina hubiera sido interesante, como lo fué el de un caso suyo, del que dió cuenta, en 1934, a la Sociedad Francesa de Oftalmología, y en el que la tinción con la plata amoniaca demostró la presencia en la retina de gran número de células de microglia, y cuyas microfotografías fueron publicadas en el *Boletín* de la misma Sociedad y en los *Annals d'Oculistique*, de París, con el trabajo original.

Doctor Mario Esteban.—El caso expuesto por el doctor Carreras es de verdadera enseñanza, no ya por la permanencia de un cuerpo extraño intraocular ignorado, sino principalmente por las reacciones histopatológicas y los fenómenos bioquímicos que tan diminuta partícula ha podido ejercer para determinar el estado glaucomatoso.

Doctor Carreras.—Al doctor Marín Amat: En el caso objeto de mi comunicación no se hizo el examen anatómico del ojo, porque no nos hubiera proporcionado ninguna enseñanza, que es lo que se busca con el estudio de las piezas logradas con el acto quirúrgico. Todos sabemos que nuestra ignorancia de la patogenia del glaucoma, primitivo sobre todo, reconoce como causa principal la dificultad de obtener ojos glaucomatosos en los primeros momentos de la enfermedad para estudiarlos desde el punto de vista de sus alteraciones primarias; pues los ojos con glaucoma no recientes nos dan a conocer más bien las lesiones que son consecuencia de la enfermedad y no causa de la misma. Aquí se trataba de un caso de glaucoma absoluto de, por lo menos, dos años de duración, y era de esperar que se encontrarán las alteraciones propias de los glaucomas de larga fecha que ninguna enseñanza nueva nos hubieran proporcionado. Agradezco al doctor Marín su intervención.

Al doctor Mario Esteban: Agradezco mucho al doctor Mario Esteban que haya querido intervenir en la discusión del caso que ha sido objeto de mi comunicación, pues siempre dice cosas interesantes y que tienen el valor de una larga y rica experiencia. En efecto; tiene razón en decir que durante nuestra guerra de liberación se encontraban muchos cuerpos extraños ignorados por

sus poseedores, y esto lo puedo atestiguar yo también, que durante la guerra fui el jefe de todos los Servicios de Oftalmología de los seis hospitales militares que había en Cádiz. Pero, lo que es frecuente y natural que ocurra en guerra, donde, en el estado complejo de excitación psíquica en que se encuentra el combatiente, hace posible, incluso, el que se desplome un soldado que no había notado el trauma del proyectil, y otra cosa es, en tiempo de paz, en que aun los más pequeños traumatismos, no podrían pasar inadvertidos si no es en circunstancias muy excepcionales, como son seguramente las que concurrieron en nuestro paciente.

«DIMINUTA PARTÍCULA DE HIERRO ALOJADA EN EL CUERPO VÍTREO. EXTRACCIÓN POR VÍA ESCLERAL»
(Con presentación del enfermo.)

Doctores Marín Amat y L. García-Mansilla.—El cuerpo extraño fué extraído a las dieciocho horas de su penetración con arreglo a la siguiente técnica:

Anestesia retrobular con 2 c. c. de novocaína al 4 por 100 y una gota de la solución de adrenalina al 1 por 1.000, e inyección en la cápsula de Tenón, en el cuadrante inferoexterno y debajo de los músculos recto externo y recto inferior, de 2 c. c. de novocaína al 2 por 100, con dos gotas de la misma solución de adrenalina. Anestesia superficial con instilaciones de cocaína al 4 por 100.

Primer tiempo: Colocación de un blefarostato no imantable y sección de la conjuntiva y cápsula de Tenón en el cuadrante inferoexterno, meridiano de las 4,30 horas, poniendo al descubierto la esclerótica en una gran extensión.

Segundo tiempo: Colocación de un asa de seda debajo de los músculos recto externo y de otra debajo del recto inferior, tirando de ellas en dirección superointerna, con lo que queda a superficie la esclerótica descubierta.

Tercer tiempo: Aplicación del cono grande del electroimán gigante sobre la esclerótica al objeto de atraer el cuerpo extraño hacia dicho sitio.

Cuarto tiempo: Diatermocoagulación plana anteroposterior de la esclerótica, en el mismo meridiano, para evitar la hemorragia de la coroides.

Quinto tiempo: Colocación de tres puntos de sutura, separados y equidistantes, entre los labios de la herida conjuntival, al objeto de anudarlos inmediatamente a la extracción del cuerpo extraño, con lo que se evita la pérdida de vítreo.

Sexto tiempo: Incisión anteroposterior de unos cinco milímetros de longitud con un cuchillete de Graefe en la línea coagulada en la esclerótica, que comprende esta membrana y la coroides y sin la menor hemorragia.

Séptimo tiempo: Introducción en el vítreo de la pieza delgada y larga del electroimán, con la

corriente dada, con permanencia de unos instantes en el mismo y extracción con la corriente también dada, llevando consigo el cuerpo extraño, que resultó una partícula de acero de la forma denunciada en la radiografía. No hubo pérdida de vítreo.

Octavo tiempo: Anudar los puntos ya preparados de la conjuntiva bulbar.

Se terminó la operación instilando atropina al 1 por 100 y solución de mercurocromo al 4 por 100, estériles, y con la colocación de un vendaje monocular.

Como medida preventiva, se le prescribió cibalzol al interior, a la dosis usual, e inyecciones de cebión y después cloruro de calcio por vía oral.

Curso postoperatorio: No hubo hemorragia postoperatoria, y únicamente un ligerísimo exudado del cuerpo vítreo en los tres primeros días y que desapareció en seguida.

Al cuarto día, la visión era = 1. Los puntos de sutura de la conjuntiva se quitaron al décimo día, y hoy, a los catorce días del accidente, la curación es completa con visión = 1 en ambos ojos y sin incapacidad.

Doctor Mario Esteban.—Comparte la opinión de los doctores Marín Amat y Mansilla de que la vía escleral es la más ventajosa para la extracción de los cuerpos extraños alojados en departamento posterior. Resulta más eficaz y más inocua que la vía anterior. El año pasado presenté en esta Sociedad un caso análogo para recalcar esto mismo.

Estimo muy acertada la práctica de la diatermocoagulación en superficie como tiempo previo de la esclerotomía, no sólo al objeto de prevenir hemorragias, sino también para evitar el desprendimiento secundario de la retina. A tal fin, puede ser también aconsejable incindir las cubiertas oculares con bisturí eléctrico, en vez de hacerlo con cuchillete.

Doctor Marín Amat.—Contesto al mismo tiempo a los doctores Mario Esteban y Carreras para manifestarles que considero superior la técnica por mí empleada de la coagulación de la esclerótica y de la coroides y la incisión con el cuchillete de Graefe, que la que ellos proponen de la incisión de estas membranas con el cuchillo eléctrico, y la razón estriba en que la diatermocoagulación plana es considerablemente más coagulante que la producida por la perforación del filamento metálico, hasta el punto de que siempre que tengo que hacer alguna perforación en el tratamiento del desprendimiento de la retina para dar salida al líquido subretiniano lo hago sobre zona ya previamente coagulada, con lo que no tengo que lamentar hemorragias intraoculares. Cuando no lo he hecho de este modo, se ha producido esta desagradable complicación.

Y, con respecto al probable desprendimiento consecutivo de la retina, claro es que puede pre-

sentarse, pero yo no lo he observado nunca; y con la coagulación previa de la esclerótica y coroides, lógicamente se tiene que prevenir, por crearse una coroiditis exudativa que debe ocasionar la adherencia de ambas membranas intraocu-

lares en el sitio de la incisión. Además, continuamente practico la esclerotomía posterior en la operación de la iridectomía antiglaucomatosa, sin observar el desprendimiento consecutivo de la retina.

Consultorio Médico Quirúrgico

Nuestro propio convencimiento y la reiterada invitación que se nos ha hecho por gran número de lectores y colaboradores, nos ha decidido a abrir desde el día de hoy en las columnas de nuestra Revista esta nueva sección dedicada a Consultorio Médico Quirúrgico.

Cuanto médicos españoles lo deseen podrán dirigirse a la Redacción de EL SIGLO MEDICO-SEMANA MEDICA ESPAÑOLA, sometiendo a su juicio las consultas de temas médico-quirúrgicos, clínicos y de investigación sobre los cuales les interese aclaraciones o consejos.

Igualmente podrán dirigirse a nosotros con aquellas sugerencias que estimen de actualidad y conveniencia acerca de publicación de trabajos sobre temas científicos-médicos y quirúrgicos, consulta de obras para estudios

que estén realizando e indicaciones bibliográficas pertinentes a sujetos de su interés en el momento.

No figura en esta sección ningún tema de índole profesional o polémico, debiéndose limitar las consultas a temas exclusivamente científicos.

La Dirección de la Revista someterá las consultas que reciba a estudio de sus colaboradores, según la índole del problema que se somete a su juicio, y contestará a la consulta en estas columnas, dirigiéndose al interesado en ellas.

Cuando la Dirección lo estime oportuno publicará la consulta que se le haga solicitando de los lectores la contestación por si a alguno o algunos de ellos interesase contestar especialmente.

BIBLIOGRAFÍA

La infección focal, por K. Gutzeit y G. W. Parade. Traducción española. Madrid, 1946.

De fácil lectura, condensa, sin labor propia, cuanto hoy se sabe del tema. Los que ejercen hace años saben la importancia que ha venido en Clínica tomando la infección focal y la exageración que se hizo del valor de la «espiná» para explicar problemas etiológicos obscuros.

El libro, metódico y claro, es necesario para darse idea de los términos en que se ha llegado en tan importante asunto.

La Medicina marcha hacia un sentido unitario, y de todos los puntos tratados en la monografía que criticamos, la influencia del organismo en la fisiopatología de la infección focal nos parece lo más acertado.

Inclinados hacia la teoría alérgica de la infección focal, nos convence cuanto los autores dicen de la misma.

Doctor Blanco Soler.

Formulario de cocina dietética, por el doctor César Cardicci. I. Enf. de Ap, Digestivo. Buenos Aires, 1940.

Nos recuerda otras monografías de la materia, incluso algunas excelentes que han publicado sus colegas argentinos.

Sigue la misma marcha que nos tiene acostumbrados la dietética al uso, pero se detiene más en la confección y recetas de cada plato.

Los consejos que da en cada régimen para la úlcera, hiperquilia, etc., son claros y concisos.

Es un libro excelente para sanatorios y casas de reposo.

Doctor Blanco Soler.

Antes que te cases..., por el doctor Vallejo Nágera. Un volumen en 8.º. Numerosos grabados. 317 páginas. Editorial Plus Ultra. Madrid, 1946.

Bajo el título genérico de La Sibiluría del Hogar, inicia con este volumen la Editorial Plus Ultra una serie de publicaciones, no precisamente de divulgación científica, harto discutible de su conveniencia, sino de educación social y moral a través de la ciencia médica.

Difícil es tratar el tema del matrimonio para ser leído por la juventud en la forma con que un médico tiene que exponer este trascendental problema.

Para ser completo y eficaz un libro de esta naturaleza, ha de tratar sin gazmoñerías, pero con la seriedad y delicadeza que lo requiere, puntos tan delicados como el de la procreación, los misterios de la herencia, las normas para el mejoramiento de la especie humana, el certificado prenupcial y tantos otros, que Vallejo Nágera, de una manera delicada y científica, expone magistralmente.

La psicología de los sexos, la del hogar y la del amor en sí, con sus características; el estudio biotipológico de los futuros cónyuges es tan útil y, en particular, para descubrir esos novios

indeseables que amargan y destruyen la felicidad del matrimonio, si llega a consumarse, son otros tantos capítulos de esta originalísima obra.

Nuestra felicitación muy cordial al doctor Vallejo Nágera por este nuevo libro que nos ofrece, y si grande es el mérito de esta obra por el fondo científico al que el autor nos tiene acostumbrados, mayor se lo concedemos por la delicada, sutil y graciosa manera de exponer este importantísimo problema de la vida, que el refranero castellano glosó a su manera: *El que en el casar acierta, en nada yerra.*

Castillo de Lucas.

Del sistema nervioso vegetativo y la tuberculosis, por el doctor García Suárez. Bilbao, 1946.

Monografía densa y llena de bibliografía que pone en punto el problema. Quizá nos parezca demasiado extensa en materias para tan poco espacio. Cada una, tratada particularmente, hubiera ganado en ligereza y definido, además, la experiencia personal del autor.

De todas formas, es una monografía irreproachable, que merece ser leída y que demuestra la cultura y el entusiasmo del autor por su especialidad.

Doctor Blanco Soler.

REGISTRO DE SUMARIOS

EL SIGLO MEDICO - SEMANA MEDICA ESPAÑOLA

RESUMEN SUMARIO DEL NUMERO ANTERIOR (13-julio-1946)

- El proceso psicológico e histórico de las invenciones lentas, por E. Fernández Sanz.
Hipertiroidismo centrógeno, por los doctores Quirarte y Jáuregui.
Glosas endocrinas a un puñado de refranes, por Castillo de Lucas.
La penicilinterapia en la endocarditis bacteriana aguda, por Dolphin y Cruickshank.
Pergolesi y su idilio truncado, por Leopoldo Cortezoso.

AVANCE SUMARIO DEL NUMERO PROXIMO (27-julio-1946)

- Extenso epiteloma espino-celular de pene tratado por roentgenterapia de Chaoul, por E. Larrú.
El escepticismo hidrológico, por José María de Damas.
Benito Pérez Galdós y la Medicina (II), por F. J. Cortezoso.

BRITISH MEDICAL JOURNAL (Londres, 11 de mayo de 1946.)

- Mackay, Wills y Bingham.—Estado económico familiar y niveles de hemoglobina en los niños.
Jenkins y Sharp.—Enfermedad de Weill en mineros.
Goslawski.—Tratamiento del asma bronquial por el shock insulínico.
Charteris.—Tratamiento del carcinoma del labio por el radium.
Jacoby.—Estenosis pilórica. Tratamientos médico y quirúrgico.

ANALES DE MEDICINA (Barcelona, enero de 1946.)

- Grifols.—Normas para el buen funcionamiento de los llamados bancos o depósitos de sangre.
Ribas.—Lúes uterina. Su confusión con el cáncer.
Cluet.—Anomalías del segmento lumbosacro de la columna vertebral.
Vilaclara.—Insulinorresistencia.

ANALES DEL ATENEO MEDICO LEONES (León, marzo de 1946.)

- Alonso.—La hipofunción de la medula ósea como órgano formador de la sangre.
Criado.—Estudio histopatológico de la mucosa uterina y sus relaciones con el cáncer.

- Barthe.—Consideraciones a la profilaxis de la sordera en la inspección médicoescolar.
Gavella.—Hemiparesia en el curso de una fiebre tifoidea.
Sacristán.—Consideraciones acerca de los fundamentos de la Medicina psicosomática.

FARMACIA NUEVA (Madrid, junio de 1946.)

- Tamarit.—La curva característica de un fármaco.
Piqueras y Del Negro.—Blanqueo y preparación técnica de la raíz de berceo.
Rodríguez.—Errores en la investigación del urobilinógeno.

EL MONITOR DE LA FARMACIA (Madrid, 5 de julio de 1946.)

- Vilanova.—Reseña histórica del descubrimiento de los elementos químicos.
Cano.—Industrialización de la bilis.

REVISTA ESPAÑOLA DE LAS ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO Y DE LA NUTRICION (Madrid, mayo-junio de 1946.)

- Villar Caso y Palma Alonso.—Origen de las proteínas plasmáticas. Consideraciones sobre un caso de mieloma.
Carro.—Apéndiceopatías y procesos que pueden simularlas o extraviar su diagnóstico.
Pintado Nadal.—La hemeralopia en las ictericias por obstrucción.
Arias Vallejo.—Hepatitis consecutiva a transfusiones sanguíneas y hepatitis infecciosa epidémica.
Vega.—Alteraciones linfocitarias y del tejido linfático producidas por la hormona suprarrenotropa de la hipófisis.
Reviralta.—Sobre la estenosis hipertrófica del píloro.
Eleizegui.—Los factores antigénicos en el grupo colibacilo.

CLINICA Y LABORATORIO (Zaragoza, junio de 1946.)

- Gispert.—Paraplejía espasmódica y heredoataxia en dos hermanos descendientes de un heredoatóxico cerebeloso.
Martínez González.—Valor pronóstico del electrocardiograma.
Fernández Sanz.—Consideraciones sobre la influencia de los sentidos en el funcionamiento de la mente humana desde el punto de vista histórico-social.
De Gregorio.—Linfogranulomatosis inguinal subaguda.
Fernández Ruiz.—Endometriosis.
Notario.—Interrupción del embarazo como terapéutica.
Castillo de Lucas.—Refranerillo endocrinológico.

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA

Problemas sanitarios.—Unión y solidaridad de los médicos.—Fraternidad, mutuo auxilio.—Seguros, previsión y socorros.—Expansión de cultura paramédica, humanística, histórica y literaria.

SUMARIO DE ESTE NUMERO.—SECCIÓN PROFESIONAL: *Boletín de la semana*, por Decio Carrián. *Hace un siglo médico*, por el «Dottore Baloardo». TEMAS Y PROBLEMAS PROFESIONALES: *La Asamblea de Colegios Médicos. Una conferencia del Dr. Palanca*, por El Licenciado del Agro. TERTULIA MÉDICA: *Idearium de «Ich»*. SILVA LITERARIA: *Benito Pérez Galdós y la Medicina*, por F. Javier Cortezo-Collantes. INFORMATARIO PROFESIONAL.

BOLETIN DE LA SEMANA

Como para nuestro Boletín las semanas cuentan de viernes por la tarde a viernes, por entrar la revista en máquina dicho día y no poder alcanzar las noticias de los sábados y las nocturnas de los viernes, claro es que los comentarios semanales hay que emplazarlos en tales días; y en la noche del viernes último tuvo lugar un acto de señalada importancia, que fué la comida-homenaje de gran número de otorrinolaringólogos españoles, clientes, artistas y amigos, ofrecida al doctor don Rafael García Tapia, para testimoniarle la apreciación de su gran talento y virtudes profesionales y subrayar con el aplauso el fallo del tribunal de oposiciones que le ha concedido la importantísima plaza de Jefe del Servicio de la especialidad en el glorioso Hospital de la Beneficencia General, conocido por Hospital de la Princesa.

En efecto, lo que allí se celebraba no era un acto más de simpatía, afecto y aprecio al doctor amigo: había más, mucho más, y era ello el anhelo, que hoy se siente impositivo en la inmensa mayoría de los médicos, de tomar parte activa, con su opinión laudatoria o censural, en las resultas de concursos y oposiciones, enfrentándose con maniobras de las que se llamaban de vieja escuela, pero que se pretende todavía valorizar con una frescura infantil. Por fortuna, cada vez son más raras las victorias de estos manejos, y la opinión independiente gusta, como en el caso que comentamos, sumarse con aplauso fervoroso a los fallos serenos y justos de los tribunales.

Y, sin embargo, ninguna estridencia, ninguna murmuración, interrumpió la bellísima fiesta dedicada a Rafael García Tapia. ¡Prueba ésta de la sinceridad y nobleza de una actitud!

Dentro de la más exquisita elegancia y señorío se celebró la comida, y a la hora de los brindis escuchamos discursos magníficos, ingeniosos otros, y actuaciones artísticas de una originalidad y poesía encantadoras.

En resumen: cerca de ciento cincuenta asistentes a la comida, un telegrama maravilloso del profesor Tapia y su esposa, padres del festejado, un montón incalculable de adhesiones españolas y extranjeras, un discurso acertadísimo del señor Lequerica, ex ministro y embajador de España; otro de Muñoz

Calero, sereno y sobrio y acertadísimo; una fogata de incongruencias luminosas del gran cronista Felipe Sassone, la intervención oportunísima y clara del profesor Vallejo Nágera, la tierna y emocionada oferta del agasajo, hecha por el ilustre maestro Jiménez Encinas; intervenciones de clientes agradecidos, cantares y recitaciones de las glorias del arte flamenco español, el saladísimo discurso del genial actor cómico Valeriano León..., y muchas cosas más que contribuyeron todas a la singularidad de belleza y simpatía de este acto.

Al final, treinta palabras de gracias de Rafael Tapia a todos; treinta palabras; pero en cada una un latido del corazón y una enseñanza de aristocrática sencillez.

Nosotros no quisimos intervenir, *en alta voz*, pero también manifestamos nuestro voto admirativo al doctor Tapia, y hoy registramos aquí el fundamento de nuestras palabras: el fundamento *especial* de ellas fué que, aparte los muchos merecimientos de Rafael Tapia, su cultura científica y su habilidad y dominio en la especialidad, aparte el gran afecto que nos une, veníamos obligados a subrayar que Rafael Tapia es un periodista médico que sabe encontrar tiempo, voluntad y energía para mantener, en las difíciles circunstancias actuales, la revista fundada por su padre, la *Revista Española y Americana de Otorrinolaringología*, modelo de esfuerzo en servicio de los compañeros, que merece muy cordial aplauso.

El sábado último se clausuró la asamblea de Colegiados médicos de España, y como en este número damos íntegras las conclusiones y una crónica del importante discurso pronunciado por el director general de Sanidad, profesor José Alberto Palanca, huelga en este lugar comentario alguno, y sirvan estas líneas de índice del acontecimiento.

En la tarde del miércoles, y engendrada espontáneamente en el curso de una emocionada conversación entre amigos, nació la generosa idea de

consagrar un homenaje de recuerdo y justísima exaltación, al propio tiempo que dedicarle un solemne acto religioso en sufragio de su alma, al ilustre neurólogo y psiquiatra español doctor don José María de Villaverde y Larraz, asesinado en los tristes días de la guerra civil española, víctima de campañas enloquecidas y rastieras.

José María de Villaverde y Larraz había llegado en plena juventud a una verdadera eminencia científica. Discípulo predilecto de don Santiago Ramón y Cajal, profesor de Psiquiatría y Jefe de Servicio en el Hospital Provincial de Madrid, ocupando la vacante de Cajal en la Academia Nacional de Medicina, autor de investigaciones originales de gran trascendencia en la Neurología, artista selectísimo en la literatura y en la música, el doctor Villaverde no puede decirse que era una promesa, sino una realidad, para las glorias de España en las ciencias médicas.

Y vió truncada su vida cuando más podía haber servido a su patria.

A Villaverde nadie le ha olvidado: pero es lo cierto que hasta hoy no se decidió organizar acto alguno de público señalamiento.

Celebramos que los doctores Portillo, Puyuelo, Zornoza, Cortezo y otros discípulos y amigos de Villaverde hayan lanzado la generosa idea.

El propósito es celebrar un solemnisimo acto religioso en la iglesia de Santa Bárbara, de Madrid, en sufragio del alma del profesor Villaverde y Larraz, acto al que serán invitadas las autoridades gubernamentales y académicas y para el que se hará invitación colectiva a los Colegios de Médicos, Facultades de Medicina, Instituto de Investigación Científica y Reales Academias, y que tendrá lugar a mediados del mes de septiembre, fecha aproximada del aniversario de la muerte de Villaverde.

DECIO CARLAN.

HACE UN SIGLO MÉDICO

por el

Dottore BALOARDO

En el día de hoy..., de hoy hace un siglo, en el día 19 de julio de 1846, el número de nuestra Revista antecedente, *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia*, y periódico oficial de la Sociedad Médica General de Socorros Mutuos, terminaba el estudio notabilísimo de don Agustín María Acevedo acerca de las *Reflexiones sobre el influjo de las causas en las enfermedades*.

Terminábase dicho estudio con esta nota del autor:

«Todos los extremos son viciosos: no olvidemos esta verdad eterna. Ya hace tiempo que oigo hablar, con una especie de desdén, de las teorías, al mismo tiempo que los que así lo hacen ponen todo su afán, todo su conato en realzar los hechos prácticos cuanto les es dable. Disculpo lo primero por el laberinto intrincado en que nos han metido tantos y tan encontrados sistemas como hasta el día han sucesivamente aparecido; y apruebo en el alma lo segundo, con tal que, por la observación, no se descuide la teoría con exceso.»

«Los hechos prácticos enriquecen indudablemente nuestra ciencia, pero lo hacen con demasiada lentitud si no les precede y acompaña la teoría. Esta es infinitamente más difícil que la observación; pero si es juiciosa, si está bien dirigida, puede de un solo golpe dar un impulso formidable a cualquiera ciencia. Puede hacer en un momento lo que la observación sola no haría en muchos años o acaso siglos. No, pues, por los hechos prácticos, descuidemos la teoría, ni por ésta en modo algunos echemos en olvido aquello»

Seguíase al estudio citado un dictamen de Medicina legal acerca de un presunto atentado de sodomía, prestado al Juzgado de Primera Instancia de la ciudad de Alfaro, por sus profesores titula-

res de Medicina don Mariano González de Samano y don Antonio Francés.

Este dictamen, serena y científicamente redactado, con una magnífica exposición de lo observado y con fundamentos solidísimos para dictaminar al Juzgado que *si no fué imposible el delito, no existían ya pruebas de que se hubiera verificado*, lo comentamos únicamente por la extrañeza de que, a pesar de la índole esquinosa del asunto, tuviera plaza tan destacada de actualidad y de divulgación entre los médicos de la época.

En materia de Odontología, publicábase un segundo artículo de la historia anatómico-fisiológica del aparato dentario, escrita por don Antonio Rotondo, cirujano dentista de S. M. la Reina.

En este artículo se ocupaba el autor de la pulpa o papila dentaria, del desarrollo de los folículos y del osteide dental, de la formación del marfil y de la formación del esmalte. Citábanse como bibliografía los *Nouveaux Elements d'Odontologie*, París, 1756, y los *Principes d'Odontologie*, Lyon, 1772.

En la Sección de Correspondencia se da cuenta de las protestas que hace y ayuda que solicita don Bartolomé Bosomba para luchar contra los aprovechados que en Barcelona vendían remedios específicos secretos.

Se contesta a don Diego Sánchez de Ocaña, don Francisco Lamas y García, don Vicente Sánchez Díaz y don Ramón María Almoína, agradeciendo su intervención consejera en el famoso asunto de que dimos cuenta, referente a la actitud del médico en el problema del parto secreto y el secreto profesional. La Redacción del *Boletín* declara que no ha lugar a insistir más sobre el asunto.

Se contesta después a don Cayetano Sacristán acerca del caso de transfusión de la sangre de que habló el *Boletín* en su número 166, correspondiente al domingo día 11 de febrero de 1844, en cuyo número del *Boletín de Medicina*, y en su Sección de Cirugía práctica, se da cuenta de este caso como *ensayo feliz de transfusión*.

Hemos leído el artículo citado, y la verdad es que la intervención al discutido del descriptor del *Boletín* C. H. G. nos parece hoy día inadmisibile, y lo admirable es cuanto se dice hace ciento dos años acerca de la transfusión.

No podemos hoy por falta de espacio reproducirlo, pero nos prometemos hacerlo en su día.

A continuación viene la nota acostumbrada de la Sociedad Médica General de Socorros Mutuos dando cuenta de las solicitudes de ingreso presentadas en la Sociedad por la Comisión provincial de Valladolid, en que figuran las provincias de León, Oviedo y Palencia, y el anuncio de dicha Comisión provincial de Valladolid, que da cuenta de que el socio don Juan Donís García, profesor de Medicina residente en la provincia, expone su imposibilidad para ejercer la profesión por padecer catarata completa en ambos ojos, que le impide la visión, y por ello reclama la pensión de jubilación que los Estatutos conceden para su caso.

Se añade que don Juan Donís se inscribió en la Sociedad el 13 de julio de 1836 como nacido en Villalobón (Palencia), teniendo cuarenta y nueve años de edad al tiempo de inscribirse.

La Comisión publica los datos, a fin de que si algún socio tuviera noticias de cualquier circunstancia contra la exactitud de los datos expresados por el reclamante o contra el derecho que don Juan Donís García alega para el goce de la pensión lo comuniqué en el plazo de un mes a la Secretaría, en Valladolid, calle de Orates, 43, principal.

Este anuncio se publicó en el *Boletín Oficial de la Provincia de Valladolid* en su número 46, correspondiente al jueves 16 de abril de 1846, y no hubo reclamación alguna.

Termina el número con su Sección de Novedades, y en primer término de ellas, una Real Orden del Ministerio de la Gobernación de la Península, Sección de Instrucción Pública, Negociado número 1, firmada por el ministro Pidal, referente a la gracia concedida por S. M. la Reina para convalidar el grado de licenciado en Teología, Farmacia, Medicina y Medicina y Cirugía a quienes tenían concluida toda su carrera con arreglo a los anteriores reglamentos de estudios, y a que se observe igual regla para el grado de bachiller en las mismas facultades, dando un plazo de seis meses para acogerse a dicha real gracia.

Por Real Orden también se saca a concurso, entre los catedráticos del Museo de Ciencias Naturales de Madrid, la plaza de ayudante disecador, con 6.000 reales de sueldo al año.

Se anuncia a oposición pública la cátedra de Organografía y Fisiología vegetal de la Universidad de Madrid, y se dan los detalles para la práctica de los ejercicios de la oposición.

Al terminar la reseña de este número, antepasado nuestro, vamos a hacer constar que el periódico se tiraba en la imprenta propiedad de don Mariano Delgrás, sita en la calle del Amor de Dios, de Madrid. También, por lo visto, era frecuente, hace más de un siglo, lo que hoy se llama un *médico polifacético*.

La notabilísima personalidad del doctor don Mariano Delgrás no puede ser más a la moderna: filósofo, médico, político, polígrafo, aún tenía tiempo para dirigir su revista de Medicina y gobernar una industria de artes gráficas, para elogio de la cual basta mirar la corrección y elegancia con que estaba editado el *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia*.

TEMAS Y PROBLEMAS PROFESIONALES

LA ASAMBLEA DE COLEGIOS MÉDICOS UNA CONFERENCIA DEL DR. PALANCA

El sábado 13 del actual se ha celebrado la sesión de clausura de la Asamblea de Colegios Médicos, que ha tenido lugar durante los días 12 y 13, y a la que ha asistido una representación de dos o tres colegas por cada Colegio provincial. En esta sesión de clausura ha pronunciado el director general de Sanidad, doctor Palanca, una charla-conferencia, tan interesante como todas las suyas, sobre todo cuando se pone en contacto íntimo, de sincera confraternidad, con los médicos. No es menester decir que el salón de actos del Colegio de Médicos madrileño estaba completamente lleno de compañeros llegados a Madrid desde todos los rincones de España. Cuando hizo su

entrada el doctor Palanca ya había comenzado el presidente del Consejo General de Colegios Médicos de España la lectura de las conclusiones estudiadas por la Asamblea. Se suspendió un momento la lectura. Y toda la concurrencia, en pie, tributó al director general de Sanidad una cariñosa salva de aplausos.

Continuó la lectura de conclusiones, que, naturalmente, fueron aprobadas por absoluta unanimidad, y, a renglón seguido, el presidente del Consejo de Colegios pronunció unas breves y elocuentes palabras ensalzando la figura del doctor Ossorio Bolaños, para el que solicitó su ingreso en la Orden Civil de Sanidad, como premio a su

titánica labor de defensa de los médicos rurales de España. La Asamblea subrayó la propuesta con una entusiasta ovación.

Y se levantó a hablar el doctor Palanca, que comenzó felicitando a toda la Asamblea y al presidente de la misma, dando cuenta de la referencia que le habían llevado a su despacho por la mañana de que los ciento cincuenta médicos, aproximadamente, que representan a los Colegios «se habían peleado ferozmente» en las sesiones celebradas. Y yo, que había asistido a las sesiones—dice el doctor Palanca—, me sonreí levemente sin acusar el golpe de la falsedad con que se me informaba. Eso hubieran querido muchos médicos. Que estuviéramos divididos para vencer ellos.

Hoy quiero ocuparme de cuatro puntos esenciales: el problema de los interinos, el de las Casas de Socorro, el de las Beneficencias provinciales y el del Reglamento de titulares.

No tenemos nosotros la culpa—continúa diciendo el doctor Palanca—del problema que plantea la existencia de los médicos interinos de A. P. D. Muchos de ellos solicitan que se les confirme en la propiedad de sus cargos, alegando para ello que así se hizo con los de las Casas de Socorro. Y, efectivamente, así fué; pero también se concedió el mismo derecho a los titulares cuando, como ahora ocurre con los de Casas de Socorro, se iniciaban los trabajos para crear y organizar el Cuerpo. El concederlo ahora, cuando ya el Cuerpo de Médicos de A. P. D. goza de una estimación y de una solvencia administrativa considerables, contribuiría a perjudicarles más que ofrecerles el menor beneficio. En el escalafón de A. P. D. figuran cerca de veinte mil médicos, y en España no tenemos más de nueve mil plazas. Tampoco nos es posible, por ahora, aumentar la frondosidad de ese escalafón con nuevos ingresados por oposición. Pero, en cambio, sí podemos, lógicamente, proceder a la poda de esa frondosidad, y en la próxima reunión del Consejo Nacional de Sanidad plantearemos el problema de que aquellos compañeros que llevan más de diez años sin desempeñar ni solicitar plaza de titular sean dados de baja del escalafón. Ello producirá, evidentemente, una considerable reducción en el número de titulares con derecho a figurar en el Cuerpo, y entonces será llegado el momento de anunciar unas oposiciones restringidas, como se hizo últimamente, o libres, para que puedan desempeñar una titular en propiedad muchos de los médicos que han terminado sus estudios en los últimos años.

Se nos pide por algunos que el ingreso se haga mediante cursillos; pero creemos que si hemos de dar a los titulares (los que ya vamos siendo viejos no podemos evitar el llamarlos por su antigua denominación en vez de la de Asistencia Pública Domiciliaria) toda la solvencia profesional de un Cuerpo de prestigio, habremos de elegir como máxima garantía la oposición.

Algo análogo ocurre con los médicos de Casas de Socorro, que piden nuevos plazos para el ingreso de los interinos, y ello es imposible si se quiere lograr el máximo respeto y consideración ad-

ministrativos de un Cuerpo médico o de otra profesión.

Las Diputaciones han interpretado mal nuestra legislación sobre los médicos que prestan sus servicios en Centros provinciales. Un elemento para llegar a una solución armónica parece ser que es la denominación de los cargos, y una Comisión que me visitó pidió que se les denominase médicos de entrada, de ascenso y de término, y a lograrlo tendemos en los momentos actuales.

No quiero dejar de referirme ahora al suspirado Reglamento de Sanidad Municipal, debiendo comenzar por advertir que no es lo mismo el Reglamento de la Sanidad Municipal que el de la Administración local. En el Reglamento de Sanidad hay cosas buenas y otras medianas. Me parece bueno el propósito de subir los sueldos de los médicos titulares; pero no me parecen tan buenos algunos de sus artículos, especialmente el último, artículo adicional, que si hubiéramos obrado de mala fe lo habríamos dejado en la seguridad de que jamás habría tenido efectividad la totalidad de los demás artículos, puesto que en esta adición se admite que los conceptos del Reglamento que se opongan a lo dispuesto por leyes anteriores no entrarán en vigor hasta que estas leyes no hayan sido modificadas.

La Ley de Sanidad, hace poco tiempo aprobada, exigía la redacción de una serie de reglamentos que regulasen la aplicación de sus diversos artículos, y sucesivamente hemos ido presentando y aprobando los Reglamentos de la Escuela Nacional de Sanidad, el de las Enfermedades Infecciosas, el de la Lucha contra la Lepra, el de Higiene Mental y otros, y había que hacer el de Sanidad Municipal; pero como se encontraba pendiente de aprobación la Ley de Administración local, yo pedí el figurar en la citada Comisión para defender desde ella los intereses de los sanitarios municipales, aun cuando se haya dicho que yo era enemigo del Reglamento. He hecho enviar una copia del mismo con sus doscientos veintidós artículos al alcalde de Madrid para que lo estudie de acuerdo con el director general de Administración local, personalidad perfectamente documentada y enterada de nuestros problemas, con el que yo también he mantenido diversas y largas conversaciones sobre esta cuestión.

El director general de Administración local no se opone al aumento de sueldo, y espero que sea aceptada la propuesta que de ellos se hace en el Reglamento. Pero el régimen de severidad absoluta que mantiene el Gobierno para no aumentar gastos en los presupuestos requiere estudiar la manera de lograr esos aumentos sin que graviten sobre el Estado, y eso se puede lograr disminuyendo plazas y solicitando que los Ayuntamientos de las tres últimas categorías de titulares, que, por ser ahora pagadas por el Estado, se encuentran ahora liberados de tales cargas, contribuyan a satisfacer el lógico aumento de dichos haberes.

Y yo, que llevo al frente de la Dirección de Sanidad un período de tiempo desacostumbrado para los cargos públicos en España, quisiera vincular mi salida de esta Dirección a la subida de los suel-

otra pro-

al nuestra
n sus ser-
ento para
er que es
Comisión
ase médi-
o, y a lo-
les.

l suspira-
debiendo
no el Re-
el de la
de Sani-
Me pare-
os de los
tan bue-
nte el úl-
nos obra-
la seguri-
dad la to-
ne en esta
el Regla-
por leyes
que estas

o aproba-
reglamen-
versos ar-
entando y
la Nacio-
Infeccio-
de Higie-
de Sani-
pendien-
ión local,
para de-
sanitarios
ue yo era
ar una co-
ntidós ar-
lo estudie
ministra-
documen-
con el que
rgas con-

a local no
o que sea
ace en el
dad abso-
aumentar
studiar la
e graviten
disminu-
untamien-
ares, que,
e encuen-
ontribuyan
s haberes.
ón de Sa-
rado para
a vincular
e los suel-



Fuerza

Fosvitanón
Komburg

Temple

Resistencia

Depositarlo para España: GUSTAVO REDER, Zorrillo, 17, MADRID

(C. S. núm. 4.219)

AGUA DE BORINES

**La mejor agua
de mesa**



Padilla, 12

MADRID

Compañero y amigo:

Usted debe conocer al detalle la organización directiva y administrativa de **EL SIGLO MEDICO - SEMANA MEDICA ESPAÑOLA**, por cuanto usted colabora a su sostenimiento y grandeza.

Usted debe saber:

1.º Que el único concesionario y editor de la Revista es el Excmo. Sr. D. Francisco Javier Cortezo y Collantes, propietario y director de **EL SIGLO MEDICO** y fundador de **SEMANA MEDICA ESPAÑOLA**.

2.º Que dicho señor es el único responsable de las publicaciones científicas, profesionales y literarias que aparezcan en **EL SIGLO MEDICO - SEMANA MEDICA ESPAÑOLA**.

3.º Que **EL SIGLO MEDICO - SEMANA MEDICA ESPAÑOLA** no paga la colaboración científica, por ser criterio fijado desde 1854 que dicha colaboración se desvirtúa haciéndola objeto de lucro.

4.º Que **EL SIGLO MEDICO - SEMANA MEDICA ESPAÑOLA** establece, en cambio y compensación y estímulo de esta colaboración, un concurso de premios en que el fallo se realizará por votación entre todos los suscriptores.

5.º Que **EL SIGLO MEDICO - SEMANA MEDICA ESPAÑOLA** fija la cuantía de los premios de este año en 50.000 pesetas, repartidas del siguiente modo:

Veinticinco mil pesetas para la mejor labor publicada por un Servicio de Facultad de Medicina o clínico hospitalario español.

Quince mil pesetas para la mejor labor publicada por un médico español que sea catedrático jefe de Servicio de Facultad, Clínica o Laboratorio.

Diez mil pesetas para la mejor labor publicada por un médico de ejercicio libre que no sea catedrático ni jefe de Servicio de Facultad ni Clínica del Estado.

Las bases de este concurso, cuyo plazo comienza el 6 de julio de 1946, se publicarán en uno de nuestros próximos números.

6.º Que **EL SIGLO MEDICO - SEMANA MEDICA ESPAÑOLA** no publicará trabajo alguno de Servicio, Clínica, Laboratorio o médico libre que colabore con trabajos originales en revistas que manifiestamente sean de propaganda comercial o industrial de tipo medicofarmacéutico.

7.º Que **EL SIGLO MEDICO - SEMANA MEDICA ESPAÑOLA** abona la cantidad de 100 pesetas por cada trabajo científico o paramédico que se publique de autor que sea miembro de número de la Asociación Española de Escritores Médicos, siendo dichas 100 pesetas abonadas, no al autor, sino al Montepío de la Asociación Española de Escritores Médicos.

8.º Que **EL SIGLO MEDICO - SEMANA MEDICA ESPAÑOLA** abona los haberes de su personal de Administración y oficinas con arreglo a las bases oficiales del Sindicato de Papel, Prensa y Artes Gráficas.

9.º Que **EL SIGLO MEDICO - SEMANA MEDICA ESPAÑOLA** no admitirá publicidad alguna de casas comerciales ni industriales de tipo medicofarmacéutico que editen revistas de propaganda.

10. Que **EL SIGLO MEDICO - SEMANA MEDICA ESPAÑOLA** no se hace responsable de la publicidad que aparezca en la Revista *aceptada y censurada* por la Censura oficial sanitaria, único organismo a quien compete la autorización o denegación de la publicidad que se hace de los productos, y, por ello, único responsable de su exactitud, bondad y utilidad.

dos de los médicos y demás sanitarios, esperando que entre en vigor urgentemente: a lograr la reforma de las plantillas de la Sanidad nacional, a la inauguración de los nuevos locales de la Escuela Nacional de Sanidad y a ir el día 12 de octubre a Mérida a inaugurar el Centro Secundario de Higiene allí creado por el tesón de Ossorio Bolaños e imponerle a este querido y admirado compañero la condecoración que seguramente habrá de concederle el Gobierno como premio a su larga y meritoria labor de defensa de los compañeros.

No es menester añadir que las palabras del doctor Palanca fueron premiadas con una entusiasta ovación.

Reproducimos a renglón seguido las conclusiones aprobadas por la Asamblea, así como las relacionadas con el llamado Seguro libre de Enfermedad, que comentaremos en ediciones sucesivas, si Dios es servido de darnos tiempo, humor y habilidad para hacerlo, inspirados en el mejor deseo de servir los legítimos intereses de los médicos, pilar fundamental de esta profunda reforma social.

El Licenciado del Agro.

ASAMBLEA GENERAL DE LOS COLEGIOS OFICIALES DE MEDICOS DE ESPAÑA, CELEBRADA EN MADRID LOS DIAS 12 Y 13 DE JULIO DE 1946

CONCLUSIONES

1.^a Por unanimidad clamorosa se acuerda servir a España con todo amor y desvelo, y afirmar nuestra lealtad inquebrantable al Jefe del Estado.

2.^a Agradecer al Gobierno de la nación el aumento de la representación de la organización médica colegial en las Cortes Españolas.

3.^a Agradecer a los excelentísimos señores ministro de la Gobernación y de Trabajo la representación que se ha otorgado a la organización médica colegial en el Consejo Nacional de Sanidad y en los demás organismos que tratan de cuestiones sanitarias, y a este último Ministerio las resoluciones justas planteadas ante la Magistratura de Trabajo en defensa de legítimas causas de la clase médica.

4.^a Mostrar nuestra satisfacción también por la labor sanitaria llevada a cabo por el Ministerio de la Gobernación.

5.^a Estar decidida la clase médica a ayudar con fervorosa pasión a la obra de avance social que constituye el Seguro de Enfermedad, y que lleve un ritmo justiciero en su desarrollo y consiga culminar los postulados sociales y justos para que fué creado; para ello, la clase médica española, reunida en asamblea general, juzga, de modo ecuanime y lleno de patriotismo, que debe modificarse la organización del Seguro en el sentido que luego se expondrá, y que expone con todo respeto y jerarquía al Gobierno de la nación.

SEGURO DE ENFERMEDAD

6.^a La asamblea acuerda dar un voto de confianza al Consejo general para que, cuando las circunstancias lo permitan, y teniendo en cuenta que el Seguro social de enfermedad es preferente-

mente asistencial, poder concertar con el Instituto Nacional de Previsión la revisión de los servicios sanitarios en su totalidad.

De un modo respetuoso, y con lealtad absoluta de colaboración, se permite elevar a la Superioridad con respecto al Seguro de Enfermedad las siguientes conclusiones:

7.^a Revisión de las actuales escalas del Seguro, para, en consonancia con su ingreso, debido o indebido, en relación con las disposiciones vigentes de entrada en dicho Seguro, sean confirmados o eliminados de sus puestos los facultativos correspondientes. Esta revisión será llevada a efecto por los Colegios Médicos provinciales, que elevarán su trabajo al Consejo general, para resolución de incidencias, y el Consejo, a su vez, las elevará a la superioridad para su definitiva resolución.

8.^a Por creerlo de justicia, y máxime teniendo en cuenta que, con motivo del Decreto de coordinación entre el Seguro de Enfermedad y las Facultades de Medicina, se dé entrada en el escalafón del Seguro a nuevos compañeros, que se abra un nuevo plazo para la inclusión y que anualmente se realice el correspondiente concurso para el ingreso del personal titulado en dichas escalas.

9.^a Que los honorarios de los médicos se fijen, como mínimo, en cinco pesetas por mes y familia en los momentos actuales, y como esta remuneración no puede llenar plenamente las necesidades derivadas del coste de vida, se solicita que proporcionalmente al aumento que represente la cuota del Seguro al tanto por ciento actual se incremente la percepción de los facultativos o se disminuya en aquellos casos en que los salarios-base sean modificados en este último sentido.

10. Que se abone a los médicos los gastos de transporte que se originen en desplazamientos por visitas a enfermos que existan en lugares fuera de las zonas urbanas o rurales.

11. Que la Caja Nacional del Seguro sea la que liquide a todos los médicos sus haberes, entendiéndose después la Caja con las entidades colaboradoras para resarcirse de tales pagos.

12. Que inexcusablemente tengan todos los médicos listas de los asegurados a su cargo, con movimiento mensual de altas y bajas, y que no puedan ser baja en las listas de asegurados aquellos que después de trece semanas de cotización tengan derecho a la asistencia sanitaria. Que las bajas surtan efecto en la remuneración del médico a contar de la fecha de su comunicación, sin efecto retroactivo.

13. Que el Instituto Nacional de Previsión sancione a las entidades que incumplan sus obligaciones para con los médicos, sean del tipo que fueren. Y que esta sanción, en su reincidencia, se traduzca en la anulación de tal entidad colaboradora, con reversión de todos sus servicios a la Caja Nacional del Seguro.

14. Que cuando la Caja Nacional, que, como se pide en la conclusión anterior, ha de abonar los honorarios de los facultativos del Seguro, perciba cuotas de patronos que no han dado oportunamente de alta a sus obreros, el médico o médicos a quienes hubieran debido ser adjudicados aque-

llos asegurados en su tiempo perciban la parte que les corresponda; en su defecto, y si por circunstancias de cualquier orden que apreciarían conjuntamente la Caja Nacional y el Consejo de Colegios Médicos, no fueran abonables a los facultativos, en este caso, que tales importes pasen a engrosar los fondos de Previsión Sanitaria Nacional y Patronato de Huérfanos de Médicos, a partes iguales.

15. Que se acelere la promulgación del Reglamento interno de Servicios del Seguro de Enfermedad.

16. Que la asamblea, por unanimidad, y en atención a servicios de variado tipo, que reconoce, y como consecuencia de su condición de compañeros, aprueba la actuación actual de los inspectores del Seguro de Enfermedad, y que en lo su-



(Aprobado por la Censura Sanitaria núm. 5.013)

cesivo dichas plazas se cubran por concurso u oposición, con intervención de la organización colegial en la constitución de los tribunales correspondientes.

Que se den normas de carácter general para la actuación de los inspectores en toda España.

Que los inspectores adquieran la debida responsabilidad en las suspensiones de empleo y sueldo que resulten injustificadas.

A este fin, se hace indispensable que se lleve a efecto lo dispuesto en el artículo 113 del Reglamento del Seguro de Enfermedad sobre tribunal que ha de intervenir en relación con las sanciones a los facultativos.

16. Que no esté permitido a ningún facultativo prestar servicios al Seguro de Enfermedad sin la remuneración que marcan los Estatutos de esta obra social.

17. Que en los casos de ausencia forzosa, debidamente justificada, de los médicos, por tiempo no superior a cuarenta y ocho horas, sea suficiente que el médico deje debidamente cubierto el servicio, no teniendo necesidad nada más que de dar cuenta de su ausencia.

18. Que aquellas Cajas colaboradoras del Seguro que no tienen establecidos Consultorios, y utilicen las instalaciones particulares de los médicos, abonen a éstos las cantidades correspondientes en concepto de indemnización por local, instrumental, mobiliario y servidumbre. Esta indemnización será valorada con carácter general por la Caja Nacional del Seguro, de acuerdo con el Consejo General de Colegios Médicos, que aportará los antecedentes a dicha Caja en cada caso particular.

19. Que todas las entidades prestatarias del servicio sanitario del Seguro de Enfermedad satisfagan a sus especialistas las cuotas establecidas, con el aumento del 50 por 100 autorizado por el Ministerio del Trabajo.

20. Que, siendo el criterio de la Ley del Seguro de Enfermedad coincidente con el de la Corporación médica el que desaparezcan las entidades colaboradoras y la prestación se realice por la Caja Nacional, se propone:

a) Que no se autorice, bajo ningún concepto, el establecimiento de nuevas entidades colaboradoras.

b) Que las actuales no puedan extender su ámbito de acción a lugares no comprendidos en la orden de autorización de las mismas.

c) Que las actuales entidades colaboradoras no puedan admitir en su seno nuevas afiliaciones, que deben hacerse necesariamente en la Caja Nacional.

SEGURO LIBRE DE ENFERMEDAD

CONCLUSIONES

1.^a La asamblea juzga que debe existir el Seguro libre de enfermedad, fundada en razones sociales.

2.^a El Seguro libre de enfermedad debe tener como fin la asistencia a la clase media española.

Las familias que puedan, por lo tanto, acogerse a los beneficios del Seguro libre, dispondrán de unos ingresos comprendidos, como mínimo, entre las 9.001 pesetas y las 25.000, que no podrán ser estas últimas rebasadas en ningún caso. El tope máximo por cada provincia o comarca se fijará con arreglo a la riqueza del medio, sin que sea necesario llegar al anteriormente marcado.

3.^a La Corporación médica tiene como anhelo, y está dispuesta a poner en práctica, a través de sus órganos rectores (Juntas provinciales, con la alta inspección del Consejo general y el auxilio de las comarcales), la implantación del Seguro libre.

4.^a La Corporación médica (desde el momento en que está decidida a hacerse cargo, por su preparación técnica y económica, lo que elimina todo motivo de tipo mercantil) pide respetuosamente de la superioridad que no autorice la creación de nuevas Sociedades destinadas a tal fin ni se permita la ampliación de las existentes.

5.^a Solicitar que se marque el número de familias por cada médico de zona, con tope máximo y mínimo, de aplicación a todas las entidades que practiquen el Seguro libre.

6.^a Que las especialidades sean, como mínimo, las del Seguro obligatorio de Enfermedad.

7.^a Que la cuota que hayan de satisfacer los asegurados en el Seguro libre parta de un tope mínimo, que se establecerá por la Ponencia, cuota que aumentará proporcionalmente en relación a los ingresos acreditados por el asociado.

8.^a Los honorarios que han de percibir los médicos generales y especialistas se establecerán también bajo la misma forma de proporcionalidad del apartado anterior.

9.^a Se prohibirá la intromisión de profesionales de una a otra provincia o localidad, si no existe una previa conformidad de las Cajas organizadas en los Colegios Médicos provinciales.

10. La inspección del Seguro libre en el orden sanitario se practicará por la Comisaría de Asistencia Médico-Farmacéutica, dependiente de la Dirección General de Sanidad, y la de tipo profesional por el Consejo General de Colegios Médicos y sus órganos coadyuvantes. Esta inspección del Consejo y Colegios se extenderá a las Empresas mercantiles actualmente en funcionamiento.

11. Con objeto de dar forma a esos propósitos, los representantes regionales designarán el miembro que haya de representarles en la Ponencia que enfoque el problema. Estos nombramientos estarán en poder del Consejo antes de finalizar el corriente mes de julio, y la articulación del proyecto deberá entregarse, como plazo máximo, el día 1 de diciembre de 1946.

TERTULIA MÉDICA

IDEARIUM DE "ICH"

Dichoso el pueblo, cualquiera que sea su riqueza, que cuenta con un sacerdote inteligente, de vida y de moral irreprochables; con un maestro amante de los chicos y lleno de vocación y de cultura, y con un médico estudioso e inspirado de filantropía, de sacrificio y de inspiración por el mejoramiento de la raza humana. Dichoso ese pueblo, más que todo otro en que puedan ser muy abundantes las cosechas, pero en el que dominen los egoísmos, las rencillas, la envidia y el caciquismo. Más dichoso aquel que otro en el que se descubriera una mina que llamase a las mayores ganancias del subsuelo a los honrados moctones que, ejercitados en los trabajos agrícolas, se alimentaban sanamente, bebían agua pura y vino puro y amaban a una sola mujer en toda su vida.

Dichosos ellos, como dijo el exquisito poeta, dichosas ellas que unirse saben y decirse amores debajo de una bóveda de estrellas y pisando una sábana de flores (séame permitida la corrección del último verso).

Más dichosos, sí, más dichosos, aun no considerando más que la vida terrena, que los minados por enfermedades vergonzosas, explotados por médicos sin conciencia y engendrados de una raza enquecle y degenerada que acabe de perturbarse en una escuela regida por un maestro ignorante, vividor y descuidado.

Los tres tipos salvadores que pueden conducir a una nación a más alto lugar mejor que los gobernantes más pretenciosos, son: el cura, el médico y el maestro.

¡Ay del pueblo que no lo comprende así! ¡Ay de los Gobiernos y de las iglesias que no orientan sus organizaciones a la realización de tales ideales!

Para ello no esperéis que el Gobierno ni las Cortes legislen; buscad la inspiración en vosotros mismos: en ti, sacerdote; en ti, maestro; en ti, médico. Colaborad en esa obra trinitaria, ayudaos unos a otros; vigilaos también, para la advertencia como para la ayuda, y, creedme, la responsabilidad del porvenir es vuestra, en síntesis de conjunto y en actividad individual.

Será esta obra lenta, sucesiva en cada concepto, pero cierta e innegable en el resultado final; y no olvidéis que la nación en que más queda por hacer en estos sentidos es nuestra España, en la que lo que menos importa es que tenga malos gobernantes; lo que interesa es despertar a los so-

ñolientos gobernados, aconsejando su conducta, iluminando su inteligencia y fortaleciendo y multiplicando su individualidad física y moral.

Cada uno para los tres; los tres para cada uno. Tal es el extracto quintaesenciado de mi Deontología.

Es inútil que nos empeñemos en formar una idea de nosotros mismos y querer imponérsela a los demás para que, con arreglo a ella, nos juzguen. El procedimiento honrado es el contrario: espere-mos a que los demás nos juzguen, y adaptémonos a su juicio.

Todo otro procedimiento será una lucha inútil sobre lo justificable cuando la injusticia llega a nuestra honradez; nunca para la defensa de nuestra capacidad, respecto de la cual siempre nos equivocamos en más o en menos.

Ruidos imprecisos en las lejanías: imágenes borrosas en la casi absoluta oscuridad; fulgores apenas divisados en la bóveda celeste, soledad y calma; soledad completa, a lo sumo interrumpida por la presencia del perro leal que duerme a mis pies o del amigo que me acompaña callado, que es lo superlativo de discreto.

¡Qué hermoso es el campo, de noche, en el estío! Pero, ¡ay! Los sonidos se precisan y definen en las notas gangosas de un pianillo de manubrio; los resplandores adquieren forma de colores emanados de farolillos venecianos; cruje alguna rama bajo el peso de la alimaña que cae sobre el tranquilo nido; se oyen pasos, cantos groseros..., y esto es lo que dejará impresón de su paso cuando el sol brille mañana y cuando la vida se agite; eso es lo que dejará arrugas permanentes en el terso raso de la tela purísima de la noche, lo que producirá huella profanadora y fangosa en el armiño de nuestra alma...

¡Qué triste es la vida, rompiendo la santidad sosegada del no ser!

Nos empeñamos en relatar a los demás nuestras penas; éste es uno de tantos casos de petulancia y de amor propio. El dolor ajeno no interesa más que como espectáculo y curiosidad.

«ICH».

SILVA LITERARIA

BENITO PÉREZ GALDÓS Y LA MEDICINA ⁽¹⁾

por

F. JAVIER CORTEZO-COLLANTES

I

Es de corriente observación el marcado interés y en muchas ocasiones la significada competencia con que los hombres de letras y profesión literaria tratan los temas médicos de actualidad. Se han hecho muy notables trabajos coleccionadores de frases y juicios, críticas y zumbas de los grandes ingenios filosóficos y poéticos acerca de los médicos, su arte y sus terapéuticas; pero sobre todo ello y debajo también de todo ello queda flotando o posa el sedimento del aprecio y la preocupación de sus inteligencias selectas por las ciencias y las artes médicas.

La figura literaria de Benito Pérez Galdós ocupa en el historial de las letras hispánicas el anchísimo cauce de los años de medio siglo XIX y el porvenir de una fama inmortal.

Pero de la obra densísima de Pérez Galdós, del monumento palacial de su trabajo literario, las generaciones que se han ido sucediendo van cada vez más, como es lógico y humano, visitando los grandes salones y las espléndidas galerías pobladas de retratos geniales y de recuerdos asombrosos de la historia nacional y de las artes dramáticas y visitan los parques y jardines floridos de poesía y de fantasía, y cuando dan por terminada su visita a la obra galdosiana, pocos se dan cuenta de los sencillos y curiosos *biblotecas* que terminaban la ornamentación de aquella obra como pocas lograda y completa en la difícil fórmula maestra de: La diversidad (sirena del mundo) en la individualidad más representativa.

Y esto es causa de que entienda yo, como curioso y hasta oportuno, señalar algo de cuanto Galdós se ocupó en su obra literaria de los problemas médicos y figuras médicas en su tiempo y en sus andanzas, apartando de esta cróniquilla

lo que constituyó novela de todos estimada y conocida.

Por mí, puedo decir sobre la utilidad de estos intentos rememorativos que, habiendo oído infinidad de veces a lo largo de mi vida hablar del crimen de la calle de Fuencarral y de los nombres de actores, víctimas e interventores en este drama que conmovió a España, no me logré enterar bien, *bien*, de todo ello hasta que leí una información periodística completísima hecha... por don Benito Pérez Galdós. ¡Galdós gacetillero de Tribunales! Pues así fué.

No serán pocos los que se sorprendan cuando les diga la atención y empeño de Galdós por la figura de Ferrán, su acierto en las crónicas sobre el cólera y la gripe y lo que más adelante se dirá, ya que estos episodios nacionales se dejan a un lado por la lectura de *Trafalgar*; *Un faccioso más*, o *La de los tristes destinos*; *La de San Quintín*, o *El audaz*...

Pues verán ustedes; y empecemos por aquello que la época del año nos aconseja como de más actualidad. Don Benito escribía, con fecha 2 de enero de 1890 esta primorosa descripción de la epidemia gripal en Madrid:

«Estamos en plena epidemia, y el que esto escribe no ha tenido la suerte de librarse de ella. La calamidad que nos aflige, sin ser tan grave como el cólera o el «tifus icteroides», reviste caracteres alarmantes. Toda Europa está invadida, y si al comienzo de la plaga se la miró con indiferencia y muchos la tomaron como asunto de chacota, ya las burlas se van trocando en seriedad sombría. Si no hemos llegado a los días de pánico que registra la historia clínica de nuestro siglo, nos hallamos en días de preocupación e intranquilidad.

En los primeros días, fuerza es reconocer que el *dengue* servía de pretexto a unos para no ir a la oficina, a otros para no contestar a la correspondencia, a los más para esquivar obligaciones fastidiosas, visitas importunas y compromisos cargantes. Pero los estragos del mal se generalizaron, y a la propagación acompañó pronto la intensidad, originando verdaderas enfermedades graves y alteraciones de importancia en el aparato respiratorio; las bromas cesaron y el *dengue* recibió su nombre técnico: gripe, y con el nombre técnico la seriedad y la importancia que de derecho le corresponde.

Y por cierto que no es cosa de broma la tal gripe. No la debemos desear ni a nuestros mayores enemigos, porque habrá dolencias más penosas y de mayor peligro; pero no las hay más fastidiosas y pesadas.

(1) En el número de SEMANA MÉDICA ESPAÑOLA correspondiente al día 29 de diciembre de 1945 publiqué una crónica acerca de este mismo tema.

Formaba parte dicha crónica, como en ella se decía, de una serie de artículos consagrados a reproducir y comentar lo que Pérez Galdós se ocupó de asuntos médicos en su vasta obra literaria.

Necesidades impositivas del ajuste y confección de la Revista obligaron a suspender la publicación de los artículos, y hoy la reanudamos para que lleve una continuidad en su lectura.

Como es grande el número de lectores nuevos suscritos a EL SIGLO MÉDICO y que no conocen la crónica primera de este tema publicada en SEMANA MÉDICA ESPAÑOLA, comenzamos por reproducir aquella crónica, esperando que nuestros lectores que ya la conocían nos dispensen esta reproducción, que hacemos únicamente por el más perfecto servicio de todos.

F. Javier Cortezo.

Desgraciadamente, ha resultado inexacto que el *trancazo* no es mortal. Los organismos débiles, los que se hallan predispuestos a las perturbaciones graves del aparato respiratorio, corren grandísimo peligro. De aquí el desarrollo extraordinario y alarmante de las congestiones bronquiales y pulmonares.

La mortalidad ha crecido en Madrid de un modo alarmante, y lo mismo está pasando en toda Europa, así en las regiones húmedas como en las secas. El año 1889 se despide con bastante displicencia, y su sucesor entra ceñudo y amenazante. ¡Quiera Dios que no nos traiga nuevas calamidades!

Desde que se inició la epidemia gripal en el norte de Europa comenzaron a circular por la prensa científica y profana hipótesis mil sobre los orígenes del mal. Su creencia más generalizada era que provenía de la persistencia de los fríos secos. En España reina desde principios de noviembre extraordinaria sequedad. Los hechos han venido luego a demostrar que los fríos secos y las heladas no han originado la epidemia, porque en algunas regiones de Europa ha nevado copiosamente, sin que la epidemia disminuyese. Más lógico parece atribuir el mal a la falta de fuerza en las corrientes atmosféricas. Noviembre y diciembre se han señalado por la escasa violencia de los vientos. No obstante, este solo hecho no explicará satisfactoriamente la presencia de la gripe y su rápida propagación en toda Europa, sin excepción de país alguno. Por más que digan, los orígenes de estas alteraciones de la salud con carácter epidémico serán siempre un arcano para la ciencia, aunque las investigaciones de los médicos lleguen a determinar la forma y manera de producirse el mal en cada individuo. Que la propagación se verifica por la atmósfera, no hay para qué decirlo. Es una perogrullada, pues en la atmósfera están los principales elementos de nuestra vida.

No es tan claro si puede verificarse por contagio. Sobre esto hay las mismas dudas que sobre otras enfermedades más temibles. Pero no se observan en la gripe verdaderos focos de infección. Los ataques y las invasiones tienen su carácter esporádico, y, por lo tanto, caprichoso.

Un hecho digno de notarse, al menos en Madrid, es que las clases acomodadas han sido más rudamente atacadas que las pobres. Sin duda, hallanse más propensos al enfriamiento los que se abrigan bien y viven en habitaciones templadas que los que exponen diariamente sus carnes al frío y están, por decirlo así, garantizados contra la baja temperatura.

Se ha observado que los mendigos, los chicos que a las horas más desapacibles de la mañana y de la noche andan por esas calles de Dios pregonando periódicos y cerillas, se han librado de la epidemia. En cambio, son poquísimas las personas de la *clase de señoritos* que pueden cantar victoria en esta ocasión, y la generalización de la dolencia es causa de que hasta parezca de mal tono el verse libre de ella.

Ahora seamos un poco científicos, aunque nues-

tra ciencia resulte de tercera o cuarta mano. Pero es forzoso recoger las opiniones que, con más o menos validez, circulan por ahí, y darles publicidad, con objeto de que se prevengan los que aún no han sido invadidos. No sé si la gripe de este año pasará al hemisferio austral: pero nada tendría de particular que pasase, y bueno es que se conozca al huésped antes de tenerlo en casa. Las señas de él no son muy claras, y cada escuela médica las da según el resultado de sus investigaciones clínicas. Pero valga lo que valiere, allá van noticias, que los hechos y la experiencia ulterior modificarán o confirmarán.

Pues el *trancazo*, *dengue* o gripe tiene por causa un organismo que se llama *micrococcus gripe*. Lo generan las vicisitudes atmosféricas, comúnmente el frío seco, en virtud de un desdoblamiento de nuestros tejidos. Esto no es claro ni mucho menos, y el *micrococcus* no parece dispuesto a dejar descubrir los misterios de su generación y desarrollo en el organismo humano. Lo que sí sabemos es que el tal microbio es mucho más benigno, mucho más avieso que sus colegas el *bacillus Koch*, que determina la tisis, el *vibrión séptico* de la difteria, el *esquisomiceta* del tifus exantemático, el *bacillus virgula* del cólera.

Pero no hay que fiarse de la benignidad del *micrococcus gripe*, porque hallándose sujeto, como todo organismo, a la ley de la evolución, puede muy bien ascender desde su modesta categoría a la de *estaphilococcus pyogeno*, o al microbio de la pulmonía, y de aquí pasar al empleo inmediato, o sea a desempeñar las terribles funciones del *bacillus* de la tuberculosis descubierto por Koch.

Ya sabemos que frecuentemente se origina la tisis por el descuido en curar los catarros pertinaces. Todos los tísicos, antes de serlo, suelen padecer neumonías, y éstas tienen por preámbulos resfriados continuos fuertes. La tisis es hereditaria; pero no en el sentido de que se transmita por herencia el *bacillus Koch*. Lo que se hereda es la debilidad constitutiva, la predisposición, o sea la impotencia para defenderse de los ataques del terrible microbio.

Véase por dónde el inofensivo *micrococcus gripe*, que es un diablillo travieso y sin malicia, puede llegar a ser, transformándose, uno de los demonios más malos que afligen y destruyen nuestra flaca naturaleza.

Lo que será siempre un misterio es qué condiciones atmosféricas dan vida al organismo que nos molesta primero y acaba, si lo dejamos, por aniquilarnos y dar cuenta de nosotros.

Las condiciones atmosféricas son iguales para todos, y, sin embargo, los efectos ¡cuán distintos son! De cualquier modo que sea, el peligro está en los enfriamientos bruscos, pasando de un recinto caldeado artificialmente a la intemperie fría; en la rapidez de los cambios de temperatura determinados por las variaciones del viento; en el exceso o en la falta de abrigo, que ambas cosas son malas, y en la predisposición, cuyas causas son sumamente complejas y difíciles de apreciar.

Para Madrid ha sido una verdadera calamidad

esta epidemia de la gripe. Ha coincidido su mayor fuerza con las fiestas de Navidad, y el comercio menudo, que en estos días de expansión y de gula hace comúnmente buen negocio, ha sufrido rudísimo golpe. La mitad de la población enferma, y la otra mitad cuidándola, tenía que dar por resultado el desastre económico para aquellas industrias y aquellos tráficos que viven de los excesos gastronómicos. Los nacidos no re-



(Aprobado por la Censura Sanitaria)

cuerdan una Navidad tan desanimada y triste. Nadie está de humor para bromas y holgorios, y los estómagos enfermos o precavidos evitan los atracones y todo lo que sea salir del plan ordinario.

La frugalidad ha producido inmensos males al comercio, y el duelo o las tristezas de la mayor parte de las familias han reducido este año a proporciones mínimas la fastuosa costumbre de los regalos. El número de tarjetas cambiadas por el correo en el último y primer día del año demuestra elocuentemente que la población de Madrid se preocupa de algo más serio que las felicitaciones.

Ni en las invasiones del cólera se ha visto Madrid tan desanimado. La ciudad más alegre del mundo es hoy la más triste, y por sus calles no circula ni la mitad de la gente que de ordinario las frecuenta. Si en los primeros días la enfermedad no causó verdadera inquietud, cuando se vió que la mortalidad aumentaba hasta llegar a

cifras dobles y más que dobles de lo común, empezó el miedo a perturbar los ánimos y a exagerar el peligro, y se han producido las alarmas propias de todo período epidémico. Inmediatamente han venido las medidas profilácticas, la creación de hospitales provisionales, las suscripciones para alivio de los enfermos pobres, la organización de Juntas de socorro, con todo lo demás que da fisonomía lúgubre a las ciudades infectadas. Por fortuna, esto no ofrece ni puede ofrecer caracteres aterradores. Los casos fulminantes no existen, como en el cólera y otras pestes, y el buen régimen y las precauciones discretas dan casi siempre seguros resultados.

El número de fallecidos ha llegado a doscientos por día, cifra que se puede considerar como triple de la ordinaria; pero hace dos días que tiende a descender. Casi toda la mortalidad es ocasionada por afecciones agudas del pulmón y los bronquios, y mientras la gripe se contiene en los límites de su constitución médica no produce víctimas. Todos los inviernos secos y crudos dan en Madrid un contingente bastante crecido a la estadística de muertes por inflamaciones del aparato respiratorio. Este año ha sido excepcional, y las personas de constitución débil o de marcada predisposición neumoniaca han sufrido los terribles efectos de la sequedad glacial. Para la agricultura no es menos nocivo el estado atmosférico que para la salud pública, y si éste no cambia pronto, tendremos un año malísimo, que aumentará las tristezas del lúgubre invierno de 1889-90. El día último del año creímos que se iniciaba un saludable cambio atmosférico porque nevó con abundancia, y por primera vez, después de tanto tiempo, disfrutamos y saboreamos la humedad del ambiente; pero la nevada se contuvo: han vuelto a reinar los fríos secos, y estamos, poco más o menos, lo mismo que en los días de Navidad.»

Informatorio profesional

ANIVERSARIO DEL FALLECIMIENTO DEL DOCTOR D. JOSE FRANCO RODRIGUEZ

El sábado último se cumplió el XV aniversario de la muerte del que fué en vida ilustre periodista médico don José Francos Rodríguez, ex ministro de la Corona y presidente de la Asociación de la Prensa de Madrid. El tiempo transcurrido, lejos de aminorar, aviva en nosotros el recuerdo del gran periodista y político español y fraternal amigo, que dejó honda huella en la vida nacional.

Su clara inteligencia, su bondad ingénita y el don de gentes, que fué una de las más pronunciadas características de su recia personalidad, diéronle una envidiable popularidad que en manera alguna afectó en lo más mínimo a su modestia.

Al rendir a la memoria del inolvidable amigo y redactor de EL SIGLO MEDICO el debido tributo, renovamos nuestro pésame a su viuda e hijos políticos.

EL DOCTOR JIMENEZ QUESADA MARCHA A ESTADOS UNIDOS

Ha salido para Lisboa, donde embarcará en el vapor «Magallanes», el distinguido otorrinolarinólogo doctor Mateo Jiménez Quesada.

Durante su estancia en Norteamérica, el doctor Jiménez Quesada continuará su labor científica de investigación en los problemas de su especialidad junto a las más destacadas personalidades médicas de dicho país, con las cuales ha mantenido constante relación científica. Así, con el eminente otólogo doctor Julius Lempert trabajará en los problemas del tratamiento quirúrgico de la sordera, tratamientos de penicilina y otros antibióticos, y en la Clínica Mayo, en Rochester, Minnesota, se pondrá en contacto con el doctor Feldman, en el Departamento de Investigaciones Médicas de la famosa institución.

BOLAÑOS Y AGUILAR, S. L.—General Sanjurjo, 20.—Madrid

Sanatorio SAN ESTEBAN

USURBIL (Guipúzcoa)

A 11 kilómetros de San Sebastián

TELÉFONO 7005

**Asistencia y tratamiento de los
enfermos nerviosos y mentales**

Médicos Directores... { **Dr. Vidarte**
Dr. Larrea
Médico Subdirector... Dr. Pino Ascarza

**Para solicitar habitación y detalles de coste de las pensiones dirigirse al
Señor Administrador del Sanatorio San Esteban, USURBIL (Guipúzcoa)**

(Aprobado por la Gensura Sanitaria núm. 4.165.)

F. ALLUÉ

Mesas de operación y curas

Sillones americanos

Sillones y tornos para dentistas

Vitrinas

Estufas de desinfección

Muebles y útiles para consultorios médicos

**Especializado en construcción bajo modelo,
y reparación y niquelado de instrumental de cirugía**

Calle de Roma, 29⁽⁷⁷⁾ - MADRID - Teléfono 61403



Boldevón



Regulador de la función hepato-biliar por la sinergia colagoga, colerética y espasmolítica de sus componentes: boldo, evonimina, bilis de buey y belladona, en grageas

Dosis

Una gragea después de cada una de las tres principales comidas, pudiendo doblarse en la de la noche.

MUESTRAS GRATIS A LOS SEÑORES MÉDICOS

Laboratorio Quimioterápico del Ebro
VERGÉS & OLIVERES, S. A.
TORTOSA

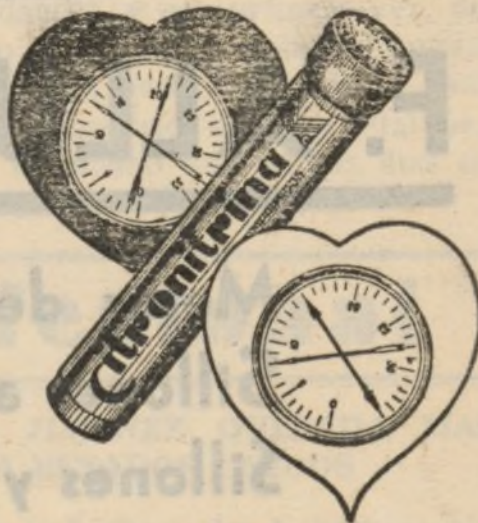
C. S. 2.303

*Para sus hipertensos
y arterioescleróticos*

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

Citronitrina

GEVE



Comprimidos de citrónitrato sódico y citrato de sosa

Actúa: por la vasodilatación periférica que provoca el nitrito y la fluidificación sanguínea que ejerce el citrato sódico.

Dosis corriente: Tres comprimidos al día.

MUESTRAS GRATIS A LOS SEÑORES MÉDICOS



Laboratorio Quimioterápico del Ebro
VERGÉS & OLIVERES, S. A.
TORTOSA