



EL SIGLO MÉDICO

SEMANA MÉDICA ESPAÑOLA

REVISTA TECNICA Y PROFESIONAL DE LAS CIENCIAS MEDICAS

Fundada en 1 de enero de 1854

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 31 de agosto de 1946

NUMERO 4.715



HIPPOCRATES



GALENVS



AVICENA



RASIS



MESVE



PLATO



ARISTOTELES



THEOPHRASTVS



AVEROIS



DIOGENES



LA SABIDURIA DEL HOGAR ANTES QUE TE CASES...

POR EL

Dr. Antonio Vallejo Nágera

Profesor de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Madrid

Un libro nuevo, verdaderamente nuevo, en todos
los aspectos. Lleno de interés y amenidad, primo-
rosamente editado e ilustrado con graciosas viñetas

Editorial PLUS ULTRA



Pedidos a esta Administración de **EL SIGLO MÉDICO**.
Se sirve a reembolso de 20 pesetas

LOCOS EGREGIOS

POR EL

Dr. Antonio Vallejo Nágera

Profesor de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Madrid.



Una visita al gran manicomio de figuras
históricas para aprender psiquiatría
en ejemplos



SALVAT EDITORES, S. A. — Barcelona • Buenos Aires

Pedidos a esta Administración de EL SIGLO MÉDICO

Se sirve a reembolso de 38 PESETAS, encuadernado en tela.

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.—COLABORACIONES: *La fiebre en los tumores renales*, por el Dr. Julio Picatoste. *Una incógnita crenoterápica (III)*, por el Dr. José M.^a de Damas. DIVULGACIONES NACIONALES: *Algunas consideraciones sobre la fiebre recurrente hispanoaficana, con ocasión de los últimos casos observados*, por el Dr. A. Santelices de la Mora. DIVULGACIONES DEL EXTERIOR: *La química nuclear y la Medicina. El tratamiento de la sífilis*, por R. M. B. CONSULTORIO MÉDICO QUIRÚRGICO. BIBLIOGRAFÍAS. REGISTRO DE SUMARIOS.

COLABORACIONES

LA FIEBRE EN LOS TUMORES RENALES

por el

Doctor JULIO PICATOSTE

Profesor jefe del Servicio de Urología de la Casa de Salud Valdecilla. Instituto Médico de Post-graduados. Santander.

Como sabemos, a la valoración de los tres síntomas que clásicamente servían de fundamento para el diagnóstico de las neoplasias renales: hematuria, tumor y dolor, vino a añadirse con la pielografía un elemento nuevo que permitía, en la mayoría de los casos, no sólo confirmar el diagnóstico clínico, sino precisar bastante certeramente la situación del tumor en el riñón, dándonos de este modo el máximo de seguridades diagnósticas antes de llegar a la intervención quirúrgica.

Sin embargo, no siempre se presentan las cosas tan fácilmente; existen casos más complicados en los que, por faltar algunos de los síntomas principales y la pielografía no ser demostrativa, requieren la práctica de una lumbotomía, que, empezando por ser exploradora, perderá este carácter al comprobar la existencia de un tumor renal y terminará entonces en una nefrectomía.

Y si en estos casos de diagnóstico difícil se presenta en primer plano un síntoma tan desorientador como la fiebre, que hace pensar en otras afecciones muy diferentes, se concibe que, o no surja la idea de una neoplasia, o que si esta sospecha existía, se vaya borrando en el ánimo del clínico, al encontrarse ante un enfermo anémico, pálido, asténico, que ha adelgazado varios kilogramos y lleva mucho tiempo en cama con fiebre sin acusar ningún trastorno urinario, y muy principalmente, sin haber tenido nunca hematuria.

Igualmente se comprende que estos enfermos, al ser vistos por médicos distintos, sean objeto de los diagnósticos más variados y sigan tratamientos diversos sin lograr que su fiebre desaparezca.

Vamos ahora a referir una historia clínica muy típica, de la cual sólo daremos los datos de la enfermedad actual, que son los interesantes.

Se trata de una señora de cincuenta y un años, que cuando vino a mi consulta, en abril de 1941, llevaba nueve meses con fiebre y había sido tratada por distintos médicos. Ultimamente, nuestro compañero doctor ANGULO la practicó una exploración urológica, que, a pesar de su minuciosidad, no le permitió sentar un diagnóstico preciso, aconsejando a la enferma que fuera operada para resolver con arreglo al estado del riñón.

El síntoma dominante de su enfermedad era la fiebre, con oscilaciones diarias casi uniformes, que van desde 36,5° por la mañana a 38,5° por la tarde; la enferma no presenta trastorno urinario alguno, jamás ha tenido hematuria ni acusa dolor localizado en riñón; únicamente se queja de una gran astenia, que la obliga a permanecer en cama, y de la tortura de la fiebre, que no cede a ningún tratamiento.

Por palpación, encontramos el riñón derecho muy bajo, movable en todos sentidos y de una forma rara, como si se continuase hacia dentro con una masa redondeada, mayor que una mandarina; no tiene puntos dolorosos, y a la compresión

del riñón entre las dos manos, sólo experimenta muy ligera molestia.

El riñón izquierdo está igualmente bajo; es también movable, de forma normal, algo aumentado de tamaño, y tampoco tiene puntos dolorosos.

La orina es completamente transparente; en el sedimento, varias veces repetido, sólo encontramos escasos hematíes, algún cilindroide hialino y ausencia total de gérmenes.

El análisis químico de la orina da el siguiente resultado:

Cantidad en veinticuatro horas, 1.000 c. c.; reacción, ácida; densidad, 1.020; cloruros, 7,6 gramos por 1.000; fosfatos, 0,84 gramos por 1.000; urea, 11,1 gramos por 1.000; Albúmina, glucosa y acetona, 0; pigmentos biliares, indicios.

Los análisis de sangre arrojan las cifras siguientes: Urea = 34,6 miligramos por 1.000; creatinina total = 2,3 por 1.000; glucosa = 98 por 1.000; reserva alcalina = 48,1.

El hemograma es como sigue:

Hematíes = 3.000.000; hemoglobina = 40 por 100; valor globular = 0,66; leucocitos, 7.100; metamielocitos, 5; F. en cayado, 2; segmentados, 75; linfocitos, 15; monocitos, 3; tensión máxima = 116; mínima = 70.

La cistoscopia nos revela una vejiga completamente normal; al realizar el cateterismo ureteral derecho, la sonda no penetra más que 10 centímetros; pero elevando manualmente el riñón, conseguimos que pase 20 centímetros, saliendo la orina, primero continuamente y luego con ritmo de dos o tres gotas. En el lado izquierdo penetra la sonda 15 centímetros, dando la orina, primero, también con ritmo continuo, y luego, dos o tres gotas.

El análisis separado de ambas orinas es:

Riñón derecho: cloruros, 4,4, gramos por 1.000; urea, 9,3 gramos por 1.000; algún leucocito aislado; gérmenes, no; no se encuentran bacilos de Koch.

Riñón izquierdo: cloruros, 5 gramos por 1.000; urea, 12,1 gramos por 100; algún leucocito aislado; gérmenes, no; no se encuentran bacilos de Koch.

Después de practicado el cateterismo ureteral, no se observa disminución de la temperatura ni modificación de su tipo en agujas.

Con el fin de evitar a la enferma todas las molestias posibles, dado su estado de aplanamiento, y teniendo a la vista las pielografías hechas por ANGULO, no repetimos esta exploración, por creerla innecesaria.

En la del lado derecho, hecha con inyección de 20 c. c. de yoduro sódico, sin experimentar molestia, se ve el riñón muy descendido, con la pelvis y los cálices dilatados, sin que exista amputación o ausencia; el uréter está acodado y dilatado en el segmento lumbar.

La del riñón izquierdo, obtenida con 15 c. c. de

yoduro, muestra un descenso no tan marcado como en el lado contrario y una pelvis ramificada con cálices bien dibujados; el uréter tiene una acodadura en bayoneta y ligera dilatación lumbo-pelviana.

En el tiempo que estuvo la enferma hospitalizada en la Casa de Salud Valdecilla fué examinada en los Servicios de Infecciones, Cardiología, Nutrición, Estomatología, Ginecología y Aparato respiratorio, siendo sus respectivos informes completamente negativos de padecimiento actual de alguna enfermedad de esas especialidades; únicamente en el Servicio de Digestivo comprobaron un estómago ptósico, con bulbo normal.

La fiebre, que es la que domina toda la escena, no ha experimentado ningún cambio en todo el tiempo transcurrido, como puede apreciarse en la gráfica adjunta, que sólo comprende un mes, pero que es idéntica a la de meses anteriores.

En estas condiciones, y ante el estado de la enferma, que va decayendo, a pesar del tratamiento a que está sometida, planteamos a la familia la necesidad de practicar una lumbotomía que nos permita juzgar *de visu* el estado del riñón; y, habiendo sido aceptada, llevamos a cabo la operación el 4 de julio, encontrando un riñón de aspecto normal en sus caras y borde externo, pero cuya parte inferior se continuaba hacia dentro con una masa de límites precisos, redondeada, de consistencia más blanda que el riñón, de color más pálido y del tamaño de una mandarina.

El riñón no presentaba adherencias perirrenales ni perihiliares; la atmósfera grasienta es normal, y tampoco existe circulación venosa aumentada, por lo cual pudimos realizar una nefrectomía con facilidad y rapidez.

La pieza extirpada, cuya fotografía mostramos, nos ahorra descripciones inútiles; abierto el riñón (fig. 1), el aspecto macroscópico del parénquima es normal, comprobándose la dilatación de la pelvis y los cálices, sin presentar ninguna otra alteración.

En la superficie de sección del tumor se apreciaba una zona central amarilla más consistente, rodeada, sobre todo en la parte inferior, por otra de aspecto gelatinoso.

Con la aguja de platino tomamos muestras del jugo neoplásico en diversas porciones de la sección, y, llevadas al microscopio, no demuestran la presencia de gérmenes ni de pus, es decir, el tumor no estaba infectado.

El estudio anatomopatológico de la neoplasia confirmó que se trataba de un *hiper nefroma*.

El curso postoperatorio transcurre sin la menor complicación, y desde el día siguiente a la intervención la gráfica de temperatura sufre un cambio espectacular, manteniéndose ésta por debajo de 37°.

A los quince días, la enferma abandona el lecho, y pocos días después es dada de alta. Teniendo

que truncan las ilusiones de la familia, la advertimos la posibilidad de aparición de una recidiva y de metástasis, temores no muy creídos, al ver que la enferma se reponía rápidamente, tenía buen apetito y recuperaba varios kilogramos de peso.

Este estado floreciente se mantuvo seis meses, al cabo de los cuales la enferma notó un día mal-

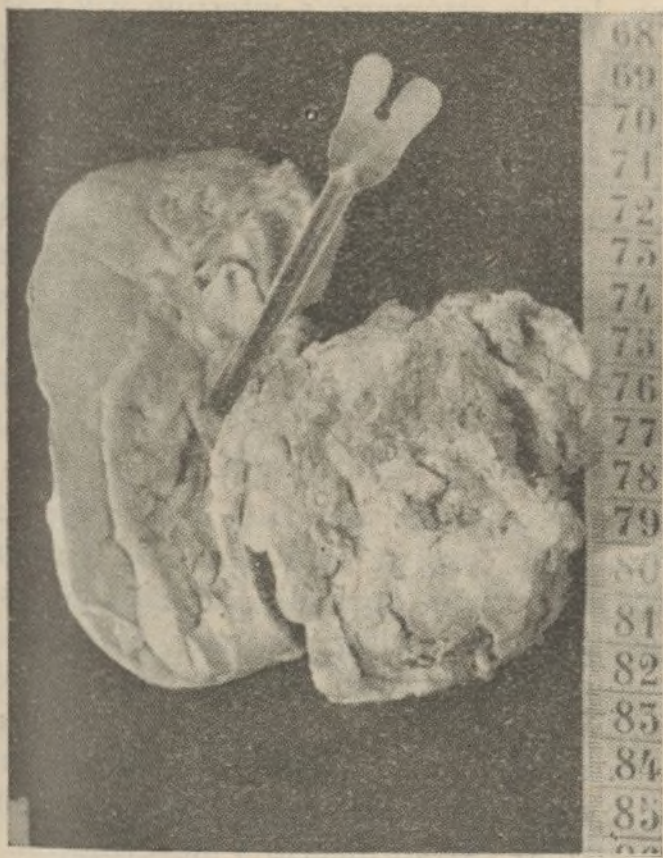


Figura 1.a

estar general, se puso el termómetro y vió que la fiebre reaparecía, llegando a 38°.

Una semana más tarde acude de nuevo a nosotros, y al explorarla comprobamos que a la derecha del ombligo, en el lado operado, se percibe una pequeña masa aplanada, sin límites claros, no dolorosa y con relativa movilidad.

Ha vuelto a perder el apetito, y algunas veces tiene tos seca; la fiebre oscila de 37,5 a 38°.

Enviada la paciente al Servicio de Fisioterapia,

pico, la familia decidió trasladar a la enferma a su domicilio, donde falleció al mes siguiente en un cuadro de caquexia febril.

Como resumen de tan larga historia, queremos hacer resaltar los datos siguientes: *fiebre en agujas, comprobada durante un año; ausencia completa de trastornos urinarios; riñón ptósico de forma anormal, por la masa que le continúa; imágenes pielográficas que revelan todo, menos deformidad de orden tumoral; ausencia de infección local en el riñón y de otros focos sépticos; desaparición de la fiebre con la extirpación del tumor y nueva aparición de la hipertermia, al desarrollarse la recidiva y presentarse las metástasis pulmonares.*

Recogiendo en una visión de conjunto la marcha, hemos compuesto la gráfica siguiente (figura 2), en la que se aprecia claramente la fiebre antes de la operación, con oscilaciones diarias de 36,5 a 38,5°; la apirexia postoperatoria y la reaparición de la fiebre, con oscilaciones sólo de medio grado, aproximadamente, pero que no baja nunca a 37°.

* * *

Son muy escasos los trabajos consagrados al estudio de la fiebre en los tumores de riñón, y, en realidad, fuera del de ISRAEL, de 1911, aparecido en la *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, que es fundamental, todas las demás publicaciones extranjeras se reducen a la reseña de algún caso clínico, con comentarios más o menos extensos, pero todos guiados e inspirados, como es lógico, en las observaciones de ISRAEL.

Consultando la bibliografía española a nuestro alcance, no hemos encontrado ningún artículo dedicado a este asunto; no obstante, si existiera algún trabajo de autor español, yo rectificaría y aprovecharía gustoso sus enseñanzas.

No hay que decir que en nuestras consideraciones excluimos totalmente aquellos casos de tumor

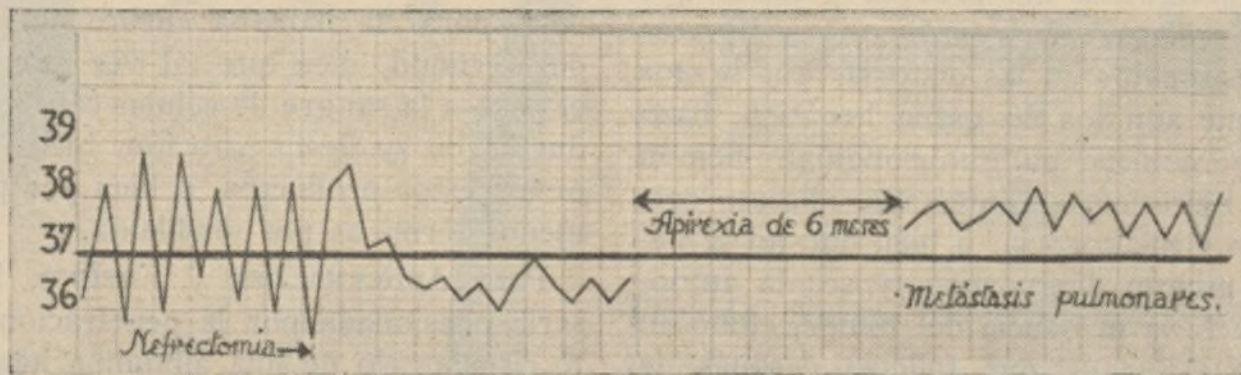


Figura 2.a

se la practica una radiografía de tórax, en la que se observan, diseminados por ambos pulmones, múltiples sombras de densidad media, redondeadas y ovaladas, cuyo tamaño varía del de un guisante al de una avellana.

No creyendo el encargado de dicho Servicio, doctor RÁBAGO, indicado un tratamiento radioterá-

en los que la fiebre depende de una complicación infecciosa, bien del mismo riñón, como la pielitis o pielonefritis, bien de la atmósfera perirrenal, como la perinefritis supurada, o ya de un foco séptico localizado en cualquier órgano o tejido y que coincida con la presencia de la neoplasia renal.

No puede extrañarnos que el número de tumores renales que evolucionan con fiebre observados por cada urólogo sea muy escaso, pues si ya las neoplasias de riñón no son muy frecuentes en la Clínica, menos aún lo es que la fiebre se añada a la tríada de tumor, dolor y hematuria, siendo verdaderamente excepcional que la hipertermia aparezca como síntoma dominante, con ausencia de hematuria y de dolor, y más raro todavía es que el pielograma tampoco revele la presencia de la neoformación, como sucedió en nuestro caso.

En los quince años de nuestra actuación en Valdecilla hemos observado 45 casos de tumor de riñón, y de ellos, el único que ha evolucionado con fiebre es éste que historiamos.

De la revisión que hemos podido hacer de casos de tumor con fiebre, publicados con historia detallada y comprobados por la intervención quirúrgica o la autopsia, hemos obtenido las siguientes combinaciones de síntomas:

Fiebre con tumor y hematuria, ocho casos de ISRAEL.

Fiebre con tumor y dolor, pero sin hematuria, uno de ISRAEL, uno de MARTÍN-LAVAL y uno de PERARD.

Fiebre con tumor, pero sin hematuria ni dolor, dos de ISRAEL, y uno de BERGENDAL.

Fiebre con tumor, pero sin hematuria, sin dolor y pielografía negativa de tumor, uno de CREEVY y el mío.

Fiebre sin tumor palpable, sin hematuria y sin dolor (diagnosticado por pielografía descendente), uno de EINAR LJUNGGREN.

Dejando a un lado los casos de tumor en que existe hematuria, se comprende, sin necesidad de razonamientos, que, ante estas desconcertantes modalidades clínicas, y, sobre todo, cuando no se ha hecho pielografía o ésta no es demostrativa de tumor renal, sea la lumbotomía exploradora la que certifique la naturaleza del proceso y hasta que se hayan hecho diagnósticos erróneos tan dispares como los consignados en las historias que hemos revisado, y que son los de goma hepático, bazo palúdico, tuberculosis gangliobronquial, flemón perinefrítico, hidronefrosis infectada, absceso cortical del riñón y melitococia, o bien que no se llegue a hacer ningún diagnóstico, y sea la autopsia la que revele la presencia del tumor, como en el caso de NICHOLSON, que falleció después de veinte meses de fiebre.

¿Cuál es la causa de la fiebre en los tumores del riñón. Todavía hoy tiene que quedar sin respuesta categórica esta pregunta. En el citado trabajo de ISRAEL hace éste una serie de consideraciones, analizando determinadas circunstancias de los tumores de riñón, que si no explican la hipertermia, por lo menos sirven para excluir algunas causas que pudieran ocasionarla.

Rechaza la opinión de los que creen que la fie-

bre sea debida a la reabsorción de productos de destrucción o descomposición, producidos por microorganismos, pues si este hecho puede darse en algunos cánceres, es en aquellos que tienen relación con el exterior, y en los cuales los gérmenes podrían realizar esta acción destructora, como son los situados en las partes superficiales del cuerpo, los de estómago e intestino y los de matriz; pero no en los que, como el riñón, están profundamente situados y permanecen asépticos durante todo su desarrollo.

En cuanto a los procesos de degeneración necrobiótica, independientes de influencias externas, tan frecuentes en los tumores malignos, tampoco cree que puedan determinar hipertermia, puesto que tumores con necrosis mínimas están acompañados de fiebre elevada, y, al contrario, grandes tumores con extensas necrosis se desarrollan sin modificación de la temperatura.

Piensa, por último, que si la malignidad de una neoformación consiste en su invasión, sin límites, destruyendo tejidos normales, la fiebre en las neoplasias malignas podría depender de sustancias pirogénicas producidas por las mismas células neoformadas o por materias que se originasen en la destrucción de las células normales; pero de ser esto cierto, la fiebre aparecería en los tumores de desarrollo extraordinario y de evolución rápida, y si bien esto se comprueba algunas veces, en otras se observa que muchos tumores febriles no evolucionan más rápidamente que los que lo hacen con hipertermia. En efecto; el espacio de tiempo que llevan los enfermos con temperatura elevada es muy variable, pero siempre largo: veintidós meses en el caso de ISRAEL, veinte meses en el de NICHOLSON, doce meses en otro de ISRAEL y en el nuestro, varios de seis a nueve meses y solamente uno de este último autor fué de treinta días.

En fechas más recientes se han emitido otras opiniones; pero, como decimos, sin confirmación experimental. Así, vemos que CASTELLA, al tratar de explicar la llamada «fiebre de las neoplasias» de Vernouil, dice que tal vez sea producida por el paso a la sangre de células cancerosas o de productos de su desintegración, bien por ser pirogénicos estos productos, o bien por provocar fenómenos térmicos por anafilaxia.

Para ABDERHALDEN y FREUND, la hipertermia sería ocasionada por la penetración en el torrente circulatorio de una albúmina heterógena. TUFFIER y BRECHOT admiten que la fiebre puede tener su origen en la destrucción por el tumor de los elementos celulares normales.

Por fin, según WARBURG, las células cancerosas tienen un metabolismo diferente del de las células normales, ya que *in vitro* el tejido neoplásico puede transformar la dextrosa en ácido láctico por glucólisis en un medio anaerobio, y esta modificación del metabolismo tisular sería susceptible de repercutir sobre el equilibrio térmico.

Como vemos, no existe unanimidad de pareceres; todo son teorías individuales que convencen más o menos; pero, sin embargo, en lo que todos tenemos que estar de acuerdo es en apreciar que la fiebre depende directamente de la presencia del tumor en el organismo, puesto que es evidente la desaparición de la hipertermia cuando se lleva a cabo la extirpación total de la neoplasia, teniendo que conceder el valor de un experimento al hecho de que, en aquellos casos en los cuales han quedado restos del tumor en la operación, o la vena renal estaba trombosada por material neoplásico, la fiebre no cedió después de la nefrectomía (dos casos de ISRAEL), lo mismo que al bien significativo de que, después de un período variable de apirexia postoperatoria, la fiebre haga de nuevo su aparición cuando se producen las metástasis, como en el caso de PERARD, en uno de ISRAEL y en el mío.

Igualmente, el acuerdo es completo al relacionar la fiebre con el carácter de malignidad del tumor, y, por tanto, con el pronóstico, ya que las neoplasias febriles son las que se reproducen más fácilmente, dan metástasis en un espacio de tiempo menor y la supervivencia es menos prolongada.

Y para final, nos queda otro interrogante de la mayor importancia: ¿existe alguna relación en

tre la naturaleza histológica del tumor y su evolución febril?

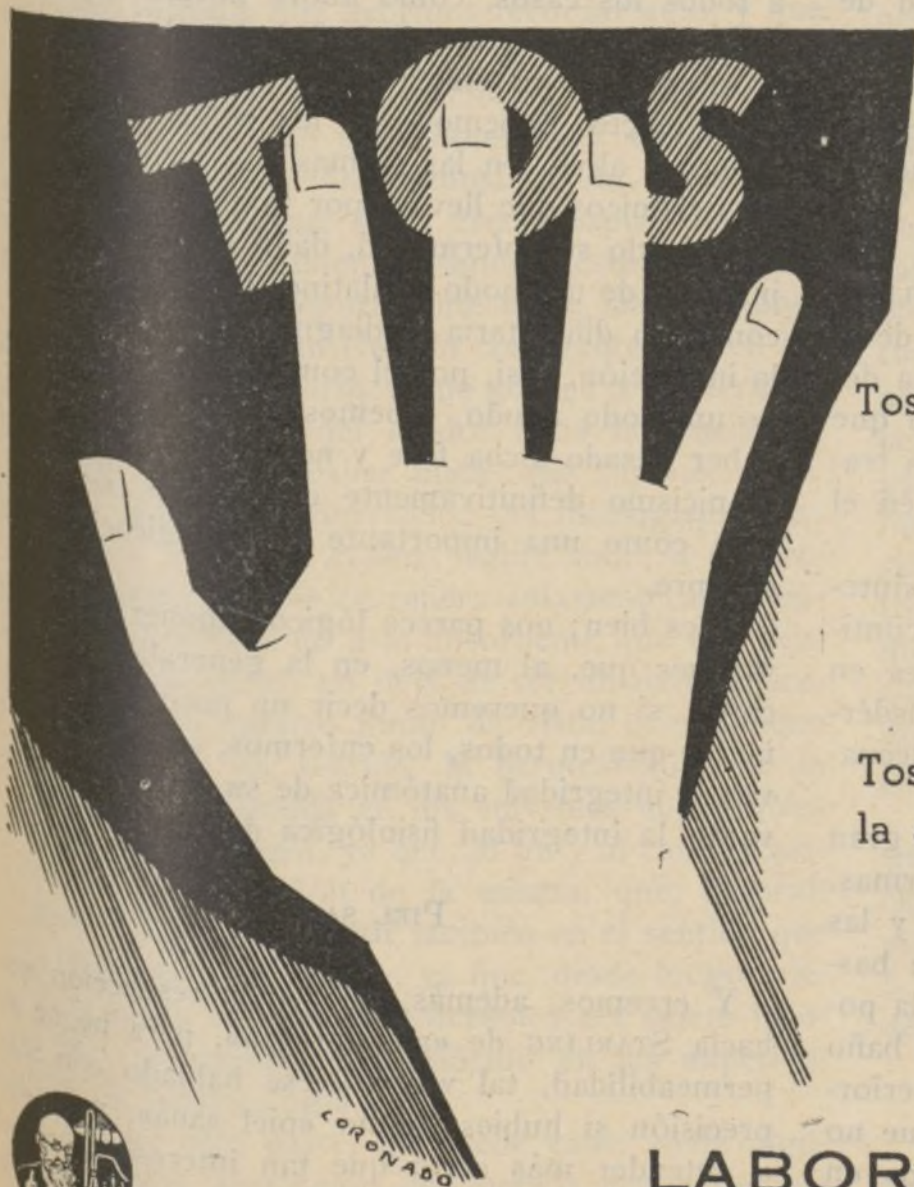
ISRAEL lo niega terminantemente. «Mucho menos—dice—depende la fiebre de la estructura histológica de los tumores malignos, ya que en nuestros casos se trataba de carcinoma, hipernefroma y sarcoma peritelial. Solamente tienen de común estos tumores la malignidad, y ésta tiene que ser la que determina la fiebre y no la histología particular del tumor.»

Pero, sin embargo, existe un hecho evidente, y es que la inmensa mayoría de las neoplasias renales que presentan elevación de temperatura como síntoma preponderante, *son hipernefromas*, confirmados por el análisis anatomopatológico.

Sin que yo pretenda afirmar que la fiebre sea propia de los hipernefromas con alguna característica especial, puesto que carezco de argumentos científicos para sentar esta conclusión, me limito a señalar el hecho, fundándome en las publicaciones existentes, y empezando por el trabajo del propio ISRAEL, vemos que de sus doce casos *nueve son hipernefromas*; pero hay más, otros dos casos que añade a los tumores de riñón con fiebre son tumores de la *cápsula suprarrenal*.

El informe anatomopatológico de nuestros quince operados en Valdecilla es como sigue:

Carcinoma, cuatro; carcinoma papilífero, uno;



Tos aguda y espasmódica

Jarabe Robert (con Efedrina y Codeína)

Tos crónica, con acción tónico-balsámica.

Bronquiaséptico Robert

ELIXIR

Tos de todos los tipos y para reforzar la acción de los preparados anteriores

Bronquiaséptico Robert

INYECTABLE

LABORATORIOS ROBERT

Maldonado, 9.-MADRID

Valencia, 314.-BARCELONA

Ayuntamiento de Madrid

adenoma, uno; adenoma papilífero, uno; adenoma de células claras, uno; rabdomiadenocarcinoma, uno; sarcoma, uno; fibrosarcoma, uno; hipernefroma, cuatro, y sólo uno de estos últimos evolucionó con fiebre.

Son, igualmente, *hipernefomas*: el caso de EINAR LJUNGGREN, el de CREEVI, el de PERARD, el de BLOCK, el de McCAGUE, el de NICHOLSON y el de BERGENDAL.

Aunque no tenga importancia, queremos apun-

tar otro detalle, y es que los autores de publicaciones más recientes ya no las denominan «fiebre en los tumores de riñón», sino que las titulan «la fiebre en los hipernefomas».

Terminamos ya, confiando en que los constantes progresos de la Oncología en el estudio de la bioquímica de las neoplasias y las posibles comprobaciones de orden experimental nos despejarán un día la incógnita de este interesante problema.

UNA INCOGNITA CRENOTERAPICA

por el

Doctor JOSE MARIA DE DAMAS

III

EL SUJETO DE LA CRENOTERAPIA

Otro aspecto del problema del posible tránsito de los elementos del agua mineromedicinal a través de la piel, y, a nuestro juicio, seguramente el más interesante de todos, es el referente a las características tan especialísimas que el sujeto de la crenoterapia tiene, que, desde luego, no se han tenido en cuenta en los experimentos de Fisiología y Terapéutica, que niegan la posibilidad de absorción dérmica.

Precisamente en el párrafo que en uno de los anteriores capítulos citábamos del profesor STARLING, al negar la posibilidad de permeabilidad de la piel, hacía la salvedad de que se refería a la «piel íntegra». Por otra parte, la dificultad que suele oponerse a la clásica experiencia de COLLIN, envenenando el caballo con cianuro a través de la piel, es que, posiblemente, la acción mecánica del chorrito puede dar lugar en el largo tiempo que la misma dura a la formación de erosiones a través de las cuales pueda penetrar el tóxico en el organismo.

Es decir, que cuando la piel deja de estar «íntegra» y en la misma existen soluciones de continuidad, hasta los fisiólogos están conformes en admitir la posibilidad de una absorción transdérmica, como si se tratase de una mucosa adecuada para ello.

Pues bien; éste es precisamente el caso de gran número de los enfermos que acuden a las termas. Muchos de los enfermos son dermatósicos, y las consiguientes alteraciones de su piel pueden bastar precisamente para que podamos admitir la posibilidad de la absorción de los elementos del baño medicamentoso. Sin embargo, ya dijimos anteriormente que se daba la curiosa paradoja de que no era precisamente en esta clase de enfermos en los que los hidrólogos modernos consideraban más necesario acudir al mecanismo de la acción

general para explicar el efecto terapéutico de las aguas mineromedicinales, aunque, desde luego, creemos que debe admitirse esta acción general, además de la local, y que sólo habría que discutir en qué grado intervienen una y otra, como decíamos que advierte oportunísimamente el profesor SAN ROMÁN en su reciente obra.

Ahora bien; nosotros creemos que, además, estas consideraciones sobre las características del sujeto de la crenoterapia deben hacerse extensivas a todos los casos, como ahora mismo explicaremos, aunque se trate de enfermos que conserven la integridad anatómica de su piel.

En efecto. Sabemos que los enfermos que encuentran alivio en las termas son siempre enfermos crónicos que llevan, por tanto, algún tiempo padeciendo su enfermedad, dado que si aquélla se instauró de un modo paulatino, la insidiosidad del comienzo dificultaría el diagnóstico, y, por ende, la indicación, y si, por el contrario, si se instauró de un modo agudo, sabemos que el hecho de no haber pasado dicha fase y no estar, por tanto, el cronicismo definitivamente constituido, se considerara como una importante contraindicación casi siempre.

Pues bien; nos parece lógico suponer por estas razones que, al menos, en la generalidad de los casos, si no queremos decir un poco arriesgadamente que en todos, los enfermos, aunque conserven la integridad anatómica de su piel, no conservarán la integridad fisiológica de la misma.

PIEL SANA

Y creemos, además, que en la restricción que hacía STARLING de «piel íntegra», para negar su permeabilidad, tal vez hubiese hablado con más precisión si hubiese dicho «piel sana», para dar a entender más claro que tan interesante como la integridad anatómica, era la integridad fisiológica, al hacer una afirmación tan rotunda.

Ahora bien; dadas las indudables correlaciones existentes fisiopatológicamente entre todos los órganos y sistemas de la economía, no es aventurado suponer que en el momento en que una afección crónica llega a su período de estado, que suele ser precisamente el momento en que la indicación hidrotermal es correcta, la piel de aquel enfermo ha de haber sufrido también modificaciones que necesariamente han de tener resonancia más o menos directa en cambios más o menos ostensibles de su fisiologismo, y, en particular, en lo que se refiere al problema que nos ocupa de su permeabilidad.

Dejando aparte otras modificaciones más difíciles de reconocer, es lógico pensar que el pH del manto ácido de la piel, que, por otra parte, tanta importancia tiene en el aspecto que estudiamos, ha de modificarse sensiblemente, como de hecho lo hace, en aquellos trastornos del metabolismo general, en que se desvía al pH de los plasmas hacia la acidosis o hacia la alcalosis, respectivamente, sobre todo si tenemos en cuenta que la secreción que mantiene en la piel dicho manto ácido es considerada como uno de los mecanismos compensadores más eficaces de que el organismo dispone en tales ocasiones.

EL SUDOR FRÍO

Otro ejemplo que debemos recordar aquí, y que puede también contribuir de un modo más directo en apoyo de esta suposición, es el hecho de la frecuencia con que el fenómeno del «sudor frío» es una manifestación sintomática de muchos de los cronicismos que en la crenoterapia encuentra su oportuno tratamiento, siendo a este respecto el caso más típico seguramente el de las afecciones reumáticas, que tan elevado contingente dan en las estadísticas de enfermos que acuden a las termas.

Este fenómeno del «sudor frío» no puede en ningún momento caber duda que supone, desde luego, una franca desviación del fisiologismo dérmico en lo que se refiere, sobre todo, a su permeabilidad, aunque se refiera solamente a la función excretora y no a la absorbente que nos ocupa. Sin embargo, no deja de ser un dato interesante desde nuestro punto de vista, que, aunque sólo sea en un sentido, la permeabilidad de la piel esté aumentada en los enfermos susceptibles de la balneoterapia, ya que, al fin y al cabo, supone una modificación de la misma, que, naturalmente, puede repercutir también en el sentido que a nosotros nos interesa, ya que, desde luego, aleja al sujeto especial crenoterápico del sujeto fisiológico que suele ser estudiado en las experiencias de farmacología.

Y, por otra parte, no puede caber duda alguna de esta afirmación que hemos hecho de que dicho fenómeno tiene que traducir una mayor permeabilidad de la piel, comparada con la que, en

circunstancias normales, la misma tiene, ya que sabemos que los estímulos que normalmente provocan la aparición del sudor son la elevación térmica del medio externo o interno, y el mayor aflujo sanguíneo a la red capilar, circunstancias ambas que dejan de existir y que llegan a ser «como innecesarias» cuando este síntoma tan característico hace su aparición en un organismo.

Mucha importancia concedemos a estas consideraciones, pero más todavía creemos que puede tener otra, que de intento hemos dejado para analizar en último término, y que se relaciona con otra que ya hicimos en el capítulo anterior.

DESMINERALIZACIÓN

Nos referimos al hecho de que la mayor parte de los enfermos que acuden a las termas para beneficiarse de la cura balnearia son sujetos en los que sabemos existe una desmineralización manifiesta, primitiva o secundariamente aparecida como consecuencia del mismo cronicismo, pero que es una realidad en la generalidad de los casos. El metabolismo mineral de estos enfermos está alterado en un sentido francamente carencial, y, por tanto, han de tener una apetencia especial para los elementos que les faltan, que precisamente se encuentran en el agente terapéutico hidromineral, y esa especial apetencia no existe con toda seguridad en los sujetos normales de la experimentación fisiológica y farmacológica corriente.

Una vez demostrado por REIN el hecho de la impregnación de la piel por los iones de las aguas mineromedicinales que se emplean en el baño, y teniendo en cuenta, además, como en el anterior capítulo indicábamos, que dichos elementos debieran considerarse más bien como alimentos que como medicamentos propiamente dichos, poco importa que en el individuo normal sean dichos iones retenidos en la piel sin pasar al interior del organismo, que, en cierto modo, se encuentra saturado de ellos, o, por lo menos, con los requerimientos biológicos cubiertos para que en nuestro caso podamos sospechar con bastante fundamento que no ocurre lo mismo al encontrarse dicho organismo en un estado que podríamos denominar de «metalopenia», o, mejor, de «ionopenia».

Debemos, pues, admitir la posibilidad de este tránsito sin dificultad alguna en estas circunstancias carenciales, que, como decimos, debemos considerar como una de las principales características, a nuestro juicio, más típicas del sujeto especial de la crenoterapia.

UNA CONCESIÓN A LOS ESCÉPTICOS

Con la verdad de la Hidrología médica, como con toda verdad secular y suficientemente demostrada, suele en muchas ocasiones obtenerse algún

provecho hasta del mismo escepticismo, al menos en lo que concierne a los detalles y mecanismos de la misma, ya que en toda discusión suele aparecer casi siempre alguna luz.

Esto es lo que ocurrió en época relativamente reciente cuando se llegaron a descubrir tantísimos mecanismos de acción posible de las aguas mineromedicinales aplicadas solamente al exterior, que nada tenían que ver con su aspecto químico ni físico-químico, es decir, considerado el problema exclusivamente en su faceta hidroterápica, ya que dicho aspecto químico y físico-químico carecería de valor desde el momento que se negaba la posibilidad del tránsito de sus elementos a través de la piel.

Creemos firmemente que esa corriente de escepticismo tan lamentable en otros sentidos, sobre todo cuando en ella se mezclaba en algún modo el apasionamiento, ha sido uno de los factores que han influido de un modo más indudable y definitivo en el actual progreso de la Hidroterapia y de sus técnicas, sobre todo en la parte de la misma que podemos denominar científico-teórica.

Ahora bien; como la crenoterapia, aunque nos refiramos exclusivamente a los casos en que el agente hidromineral se emplea sólo en aplicaciones externas, es, desde el punto de vista de sus efectos terapéuticos, algo fundamentalmente distinto en cantidad y calidad de lo que sólo es Hidroterapia simplemente, ha resultado que en la práctica la ciencia balneoterápica se ha beneficiado doblemente de esa concesión que al escepticismo se hizo en tiempos no muy lejanos.

Decimos de intento que se ha beneficiado doblemente, porque, indiscutiblemente, a la crenoterapia son enteramente aplicables todos los descubrimientos de la Hidroterapia simple, en cuanto que el agente terapéutico en ambas puede actuar como vector de temperatura y presión de una manera en todo análoga, si bien este mecanismo será un poco más complejo y, por ende, un poco más perfecto con una técnica adecuada, en el caso de las aguas mineromedicinales, por las modificaciones tan ostensibles que al agente pueden comunicar, sobre todo en su capacidad calorífica, todos los elementos disueltos, especialmente los gaseosos, que, incluso, pueden adquirir una forma especialísima, y hasta *sui generis*, como ocurre de un modo más patente que en ningún otro caso con las aguas carbogaseosas, constituyendo ese precioso mecanismo, hoy de todos conocido, y que hemos denominado «malabarismo térmico» en uno de los capítulos anteriores para expresarlo de un modo gráfico.

Pero es que, además, después de que la crenoterapia se ha beneficiado de los adelantos de la estricta Hidrología, no ha podido subsistir la concesión al escepticismo, que tanto ha influido en tales descubrimientos, puesto que existen muchos casos en que a aquélla no le basta para esclare-

cer sus hechos con todos los adelantos y nuevos mecanismos descubiertos que bastan para ésta, pues las diferencias de efectos obtenidos con una y otra no pueden explicarse sólo con las diferencias físicas y fisicoquímicas de sus agentes respectivos, y, sobre todo, queda sin solución el frecuentísimo fenómeno de que los elementos químicos del agua mineromedicinal posean aislada una actividad farmacológica y terapéutica demostrada, aunque inferior, cuando son administrados al interior, en la misma clase de enfermos en que la balneoterapia natural produce efectos beneficiosos.

Resulta, pues, que de nuevo ha sido necesario, como decíamos al principio de este trabajo, volver a admitir el postulado clásico de que «en crenoterapia ocurren los fenómenos exactamente como si muchos de los elementos del agua mineromedicinal atravesasen la barrera dermoepidérmica».

Pues bien; nosotros ahora vamos a volver a hacer una concesión semejante al escepticismo hidrológico, en lo referente a dicho tránsito, para ver si sería posible que los hechos tuviesen adecuada explicación, aun en el caso de que la absorción transdérmica no fuese una realidad casi demostrada.

OTROS MECANISMOS

Partiendo de este supuesto, podemos llegar a encontrarnos con otro mecanismo de acción, que, aunque en realidad no excluiría el de la absorción tal como en la actualidad se admite, nos serviría para aclarar de un modo más completo esta faceta del problema, ya que, en realidad, si bien parece un hecho evidente la posibilidad de absorción de los elementos de las aguas mineromedicinales, siempre resultará un poco enigmático el fenómeno paradójico de que en muchas ocasiones se da con algunas de ellas de que esta vía parezca más expedita y, sobre todo, sea más adecuada que la intestinal, a pesar de ser esta última la vía de absorción por excelencia.

Ya hicimos al principio una alusión al hecho de que en muchos casos la ingestión en bebida de muchas aguas mineromedicinales en dosis adecuadas, simultáneamente con la balneación, reforzaba los efectos terapéuticos de ésta; pero que la ingestión aislada de las mismas, sobre ser ineficaz en absoluto, solía resultar francamente perjudicial, sobre todo si las dosis se forzaban en busca del efecto apetecido, por resultar dichas aguas completamente indigestas.

Por esta razón es por la que principalmente nos hemos decidido a hacer esta nueva concesión al escepticismo, ya que, por muy expedita que la vía transdérmica sea para los elementos de determinadas aguas, siempre nos parece que tendrían razón los escépticos al afirmar que nunca llegaría a serlo tanto como la mucosa intestinal,

que está especializada para esta función de un modo preferente. Por esto es por lo que nos atrevemos a formular la siguiente pregunta:

¿Sería posible que el baño, en determinadas circunstancias, influyera en aumentar en el medio interno los elementos minerales del mismo que el agua contiene, sin necesidad de que tuviesen que atravesar la barrera dérmica?

Esta pregunta, aparente mente un poco atrevida, veremos si detenidamente meditamos sobre ella, que no es tan difícil de contestar afirmativamente como a primera vista parece.

En efecto; si imaginamos un depósito en el que simultáneamente entre y salga un líquido, estando de tal modo equilibrada la entrada y la salida que el nivel de dicho líquido permanezca constante, no cabe duda que podríamos disponer de dos medios diferentes, pero igualmente eficaces, de elevar dicho nivel a nuestra voluntad: uno sería el de incrementar la entrada, y otro, seguramente tan eficaz como aquél, sería el de aminorar la salida.

Este símil que vemos tan claro, creemos fácil el trasladarle al caso de las aguas mineromedicinales en aplicación externa para poder contestar afirmativamente a la interrogación que acabamos de formular.

Siendo así que la piel, como emuntorio del sudor, es una de las vías, y no precisamente de las más despreciables, de eliminación de sales del organismo, en el que, naturalmente, existe un aflujo de ellas con la alimentación, es fácil de concebir que podamos incrementar la concentración iónica del medio interno, lo mismo aumentando el aflujo de sales por una vía absorbente que disminuyendo las pérdidas por una vía emuntorial.

Ahora bien; respecto de este último extremo, podemos suponer que, al aumentar en la piel, sobre todo en la proximidad de las glándulas sudoríparas, de un modo artificial, la concentración de dichos iones, como ocurre en la cura balneoterápica, no sólo durante el baño, sino también después de él, por el especial estado de impregnación en que dicha piel queda, pueda el organismo mantener la concentración salina del sudor, disminuyendo la pérdida real de dichos elementos en beneficio, como es lógico, de la concentración de los mismos en el medio interno, sin necesidad de que hasta él lleguen los precedentes del agua impregnante.

Sabemos que donde más típicamente se da este fenómeno es en la cura hidrotermal de las manifestaciones reumáticas por las aguas sulfurosas. Tratemos de ver si también en el caso concreto pueden arrojar alguna luz sobre el problema estas suposiciones que venimos haciendo.

Desde luego, en el enfermo reumático debemos suponer que, una vez constituido el cronicismo, sea cual fuese en principio el origen y la forma del reumatismo que el enfermo aquejase, debe existir

un trastorno metabólico que dé lugar a productos de deshecho, de los que el organismo tiende a deshacerse por medio del sudor.

Para ello pone en marcha todos los mecanismos de que la Naturaleza dispone, y, en último término, el síntoma de los «sudores fríos» no tendría otra significación que la de un proceso defensivo.

MINERALOPENIA

Ahora bien; este proceso de sudación forzada llevará consigo una pérdida de elementos minerales, en los que seguramente sería el azufre uno de ellos, y de aquí la consiguiente baja de la cifra de tihemia que tanto llama la atención de los clínicos, pero que desde luego debe de ser extensiva a otros muchos aniones y cationes que provocarían un trastorno que podemos denominar «mineralopenia».

Pero es que esta desmineralización, a su vez, contribuiría a aumentar y complicar las manifestaciones reumáticas, según es admitido hoy día por gran número de autores, al mismo tiempo que la humedad consiguiente de la piel podría actuar en el mismo sentido, ya que dicha humedad ha sido tradicionalmente considerada siempre como causa reumatógena.

Se ha establecido, pues, un verdadero círculo vicioso doble, que de un modo paulatino lleva al enfermo a un estado cada vez más lamentable, aun en el caso más favorable de que la causa inicial haya por completo desaparecido, puesto que continuamente actúan como causas mantenedoras los mismos mecanismos defensivos de que el organismo dispone.

Veamos ahora si la cura termomineral puede en algún modo lograr romper ese círculo vicioso.

Indiscutiblemente que las curas hipertermales actúan principalmente como diaforéticas. Esto, sobre ser natural y lógico, ha sido siempre admitido. Pero es que, además, si ese agua posee una composición adecuada, podrá conseguir que al mismo tiempo que dicha diaforesis elimine con el agua los elementos nocivos, contribuya a ahorrar en el organismo esas sales que le son tan necesarias, por el mecanismo indicado.

Por otra parte, la misma composición del agua puede intervenir haciendo que el efecto de la humedad consiguiente sea más fácilmente tolerable, ya que en cierto modo la impregnación salina de la piel, fijando el agua en lugares en que no sea nociva, puede producir el mismo efecto que una sequedad más o menos pronunciada. Esto lo podríamos expresar de una manera bastante gráfica diciendo que tal agua, por su composición, resultaría «biológicamente seca», aunque sea «naturalmente húmeda», recordando la expresión de OVERTON refiriéndose a los climas.

Resultaría, pues, que en esta hipótesis el efecto

de la cura termomineral obraría de un modo análogo a como lo hace la ducha y el baño de aire caliente, que provocaría una intensa diaferesis, pero que la rápida evaporación del sudor formado contribuye al ahorro salino, por una parte, y por otra reduciría bastante los efectos de la humedad. Sin embargo, salta a la vista que el baño de aire nunca podrá ser tan diaforético como la cura hipertermal, aparte de que la transpiración insensible que el mismo produciría, independientemente de la misma diaforesis, constituiría una considerable pérdida de líquido que no aprovecharía lo más mínimo la función emuntorial.

Resulta, pues, que en último término, aunque los mecanismos de acción de ambos procederes

sean en gran parte semejantes, siempre existiría una considerable ventaja, en lo que a efectos beneficiosos se refiere, en las curas hipertermales con el agente hidromineral adecuado, comparadas con las curas exclusivamente de aire caliente.

Claro es que no debemos olvidar que dichas ventajas son todavía mucho mayores, ya que en el agente mineromedicinal han de intervenir además, y de un modo simultáneo, todos los demás factores y mecanismos de acción de que el mismo dispone, incluso el de la absorción real de muchos de sus elementos, que solamente por vía de hipótesis hemos supuesto por un momento que no tuviesen realidad.

(Continuará.)

Divulgaciones nacionales

Algunas consideraciones sobre la fiebre recurrente hispano-africana, con ocasión de los últimos casos observados

por el

Doctor A. SANTELICES DE LA MORA

Jaén.

Se acostumbra citar la fiebre recurrente entre las entidades clínicas de observación poco frecuentes, y, por tanto, ordinariamente descrita con desconsideración de los más diversos detalles. La enfermedad en cuestión no puede conceptuarse de producción vulgar ni considerarla tan problemática que parezca de remota importancia en la península.

La fiebre recurrente hispanoaficana, infección bien individualizada dentro de las producidas por espiroquetos, se caracteriza principalmente por el tipismo de su onda febril, presencia de esplenomegalia, curso benigno y curación espontánea tras varios accesos.

La etiología está perfectamente determinada, no existiendo actualmente duda alguna sobre el papel que juega la *s. hispánica*.

De un copioso acervo de espiroquetos, en el que se han distinguido hasta la fecha el *s. recurrentis* (OBERMEIER), productora de la fiebre cosmopolita; el *s. duttoni* (fiebre africana); *s. carteri*, *berbera*, *persica*, *novyi*, etc., se ha podido separar otra variedad más, la hispánica, o mejor, hispanoaficana, ya que entre ambos subgrupos no pueden establecerse diferencias claras.

FRECUENCIA CON QUE SE SUPONE LA ENFERMEDAD

Quizá por infrecuente, parece tener la enfermedad limitada importancia práctica. No obstante, se han citado numerosos casos esporádicos, y hasta epidemias (como la referida por J. GUASCH),

aunque, al decir verdad, con carácter reducido a estrecho marco y limitadísimo poder expansivo.

ETIOLOGÍA

Como más arriba se tuvo ocasión de decir, la fiebre recurrente hispanoaficana es producida por un protozoo (*Spirochaete hispánica*), cuyos caracteres morfológicos más salientes son: se trata de un espirilo que, examinado en fresco, se asemeja excesivamente al *treponema pálido*. Sus espiras son, igualmente, regulares, apretadas y en número de siete a catorce. En las preparaciones fijadas y teñidas, el aspecto varía notablemente. La *s. hispánica* muestra espiras muy abiertas, y los parásitos se agrupan entre sí—sobre todo al final de la enfermedad—formando apelotonamientos que semejan madejas.

MODO DE TRANSMISIÓN DE LA ENFERMEDAD

La propagación de hombre a hombre se establece igual que en otras muchas infecciones por intermedio de vectores animales. Se ha dado la mayor importancia a los piojos y las garrapatas (*ornithodoros*), sin que pueda descartarse la participación de otros insectos hematófagos, cual las pulgas, chinches, etc.

CUADRO CLÍNICO

Un carácter destacado de la enfermedad es su instalación brusca, con síntomas de gravedad. En



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. 8.303



Calcio por via bucal

EN COMPRIMIDOS
DE SABOR AGRA-
DABLE A CACAO
VAINILLADO

Por su bondad y tolerancia
CALCIO «GEVE»
suprime la vía parenteral

DOSIS CORRIENTE PARA AMBÁS MODALIDADES:

ADULTOS.—Dos comprimidos, antes o después de cada una de las tres comidas.

NIÑOS.— Mitad anterior dosis.

MUESTRAS GRATIS PARA ENSAYOS CLÍNICOS

2 MODALIDADES
=SIMPLE=
Y CON
Vitamina D

LABORATORIO QUIMIOTERÁPICO DEL EBRO
VERGÉS & OLIVERES, S. A. - TORTOSA



C. S. 7864



FLUOTHYMINA

COMPOSICION:

Fluoroformo. 2,80 { Thymus Vulga..... 50
Drosera Rotun..... 5

INDICACIONES:

Coqueluche (tos ferina), tos seca emetizante en los tuberculosos, bronquitis, gripe, asma.

DOSIFICACION:

NIÑOS: Hasta un año, 5 gotas cada dos horas. De uno a dos años, 12 gotas cada dos horas. De dos a tres años, 25 gotas cada dos horas. Mayores de cuatro años, de 25 a 40 gotas cada dos horas.

ADULTOS: Una cucharadita de las de café cada cuatro, tres o dos horas, según la intensidad de la tos.

Su absoluta inocuidad permite que estas dosis puedan ser ultrapasadas, según la intensidad de la tos y el criterio facultativo.

PRESENTACION:

En frascos de 50 c. c.

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

Barquillo, 32 - MADRID

Comercio, 28 - BARCELONA

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 Censura Sanitaria, núm. 4105.)

algunas ocasiones, no obstante, pueden descubrirse fenómenos prodrómicos.

El período de incubación parece ser que varía entre cinco y doce días.

La enfermedad comienza con escalofríos violentos, seguidos de fiebre elevada (39-41°) de tipo regular o ligeramente remitente; quebrantamiento general, hiperestesias cutáneas, dolores a la presión en las extremidades, cefalea intensa y un destacado dolor espontáneo en la región lumbosacra. El pulso, de acuerdo con la fiebre, oscila desde 90 a 130 latidos por minuto. A esta sintomatología fundamental acompaña todo el cortejo de accesos que es común a muchas infecciones (vómitos, anorexia, lengua saburral, estreñimiento o diarrea, etc.). La fiebre se mantiene continua o escasamente remitente durante algunos días (cinco a siete), y, pasado dicho plazo, desciende casi siempre en forma de crisis, acompañándose de intensa sudoración. No dejan de existir casos en los que el descenso febril es por lisis. Coincidiendo con la defervescencia, el enfermo experimenta notable mejoría en pocas horas en los casos de crisis, y en poco más de un día cuando se trata de lisis. Toda la sintomatología regresa, reintegrándose el paciente a la normalidad. De esta forma ha sucedido el primer acceso, llegando al primer período de apirexia. La fiebre se mantiene normal (35,8-37°) durante seis u ocho días, para sucederse un segundo acceso semejante al anterior, aunque casi siempre en términos más moderados. Los accesos se repiten con idéntico ritmo en número de tres, cuatro o cinco, algunas veces hasta seis y, excepcionalmente, en mayor cantidad.

A continuación resumimos las historias clínicas de las tres últimas observaciones:

Observación I (15 de agosto de 1944).—Matilde Jiménez Sánchez, natural de Jaén (capital), con domicilio en la calle del Hospital de San Miguel, número 10. De veintinueve años de edad; estado, casada; tiene un hijo, que se encuentra bien.

Antecedentes familiares, sin interés. Como antecedente personal, sólo puede señalarse el hecho de que hace doce años padeció paludismo. Vive en medio urbano y en condiciones higiénicas, al parecer, aceptables. No tiene contacto alguno con ganado de cerda; posee en la casa aves de corral. La enfermedad comenzó bruscamente, hace cuatro días, con escalofríos, fiebre elevada, dolores en la espalda y vómitos. Fue diagnosticada de paludismo, y nos remiten una «gota gruesa» para ratificar la opinión clínica. El examen dió resultado negativo, en lo que se refiere a hematozoarios, demostrándose, por el contrario, la presencia de numerosos espirilos. El examen hematológico (practicado el mismo día que se examinó la «gota gruesa») proporcionó estos resultados:

Hematíes, 4.200.000 por milímetro cúbico; hemoglobina (Sahli), 80 por 100; leucocitos, 4.000 por milímetro cúbico; con esta fórmula: cayados, 6; segmentados, 52; linfocitos, 34, y monocitos, 8.

Reacción de Napier, negativa.

Inoculación de sangre en el cobaya, positiva (s. hispanoafri-

cana).

Hemocultivo en bilis y aglutinaciones (T. A. B. M.), negativos.

El médico de cabecera prescribe tratamiento salvarsánico, ante el que la enferma muestra marcada intolerancia (¿púrpura salvarsánica?), por cuyo motivo es suspendida la medicación cuando solamente se han puesto dos inyecciones (0,15 y 0,30 gramos), y la fiebre desciende en crisis. Pasados cinco

días, sucede nuevamente fiebre elevada, escalofríos, malestar general y reacción meníngea. La punción lumbar proporciona un líquido raquídeo con estos caracteres:

Aspecto cristalino, sin red fibrinosa; 50 linfocitos por milímetro cúbico; reacción de Nonne-Apelt, positiva fuerte; reacción de Pandy, positiva fuerte; albúminas totales, 0,50 gramos por 1.000 (Nisal); cloruros, 7 gramos por 1.000 (Laudat); glucosa, 0,60 gramos por 1.000 (Folin-Wú).

El examen bacteriológico directo resulta negativo.

Después de cinco días de onda febril de tipo continuo, en cuyo tiempo se mantiene la sintomatología general y meníngea, la enferma mejora en muy poco tiempo (poco más de un día), desapareciendo todo el cuadro y reintegrándose a la normalidad. Hasta la fecha no ha presentado nuevo trastorno.

Observación II (27 de agosto de 1944).—Antonia Jiménez Sánchez, natural de Jaén (capital), de cuarenta y dos años de edad. Es hermana del caso anterior y conviven juntas. Los antecedentes personales y familiares no reúnen interés.

La enfermedad comenzó con escalofríos, malestar, quebrantamiento, trastornos nerviosos y sensoriales (agitación, delirio, insomnio). Es examinada en pleno acceso, descubriéndose en «gota gruesa» numerosos espirilos. El cuadro hemático (la sangre fué extraída al tiempo que se hizo para confeccionar «gota gruesa») ofrece estos resultados:

Hematíes, 4.000.000 por milímetro cúbico; hemoglobina (Sahli), 76 por 100; leucocitos, 6.000 por milímetro cúbico; cayados, 1; segmentados, 44; linfocitos, 49, y monocitos, 8; reacción de Napier, negativa.

Inoculación de la sangre al cobaya, resultado positivo (s. hispanoafri-

cana).

Con tratamiento salvarsánico, tras otros dos accesos, curación por crisis.

Observación III (12 de noviembre de 1944).—María C. Pérez, de veintiséis años, soltera. Natural de Andújar (Jaén) y residente en el mismo lugar. Antecedentes familiares y personales sin interés. Vive en las afueras del pueblo; se trata de familia campesina que convive con varias clases de animales domésticos, dentro de un ambiente higiénico deplorable.

Ha sido diagnosticada de paludismo. La examinamos la sangre en pleno acceso, y se demuestra la presencia de abundantes espiroquetos; no se han podido ver hematozoarios. La inoculación en cobaya resulta positiva.

El cuadro hemático correspondiente al momento de acmé térmico es el siguiente:

Hematíes, 4.200.000 por milímetro cúbico; hemoglobina (Sahli), 85 por 100; leucocitos, 5.700 por milímetro cúbico; cayados, 3; segmentados, 45; linfocitos, 46, y monocitos, 6.

Se intenta tratamiento salvarsánico, ante el que, al parecer, manifiesta señalada intolerancia (?); se suspende la medicación, y a los dos días se produce un cuadro meníngeo con acusados síntomas hipertensivos, acompañados de fenómenos oculares.

Se procede a la punción lumbar, y obtenemos estos resultados:

El líquido fluye a chorro (enferma sentada). Su aspecto es cristalino, no apreciándose formaciones fibrinosas. Contiene 18 linfocitos por milímetro cúbico (Fuchs-Rosenthal). Reacciones de Nonne-Apelt y Pandy, positivas débiles. Albúminas totales, 0,40 gramos por 1.000 (Sicard); cloruros, 7,20 gramos por 1.000 (Laudat); glucosa, 0,56 gramos por 1.000 (Folin-Wú).

El examen bacteriológico directo no demuestra presencia de gérmenes.

Poco tiempo después de la punción (antes de las veinticuatro horas siguientes) disminuyen, hasta desaparecer totalmente, los síntomas meníngeos y oculares, tanto objetiva como subjetivamente, al extremo que la propia enferma y sus familiares no dudan del efecto de la punción. Pasados dos días más desaparece la fiebre y todo trastorno indefinidamente.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Por la calidad de los síntomas, el diagnóstico clínico de la fiebre recurrente, en principio, es difícil. Hasta una atenta observación de la onda febril y primer intervalo de apirexia se piensa más en el paludismo, sobre todo en aquellas regiones en donde este último es endémico. Igualmente puede ser confundida en el comienzo con el kala-

azar, gripe, dengue y hasta con el tifus exantemático.

Los síntomas fundamentales son: comienzo brusco, con escalofríos; intensa cefalea, inyección conjuntival, quebrantamiento, esplenomegalia blanda, fiebre elevada de tipo continuo o escasamente remitente; dolor lumbosacro muy pronunciado, y pulso frecuente (90-130), de acuerdo con la intensidad de la fiebre.

DIAGNÓSTICO PARASITOLÓGICO

Siempre es preciso recurrir al examen parasitológico de la sangre. Este puede realizarse por métodos directos, tanto exámenes en fresco (fondo oscuro, método de Burri) como sobre preparaciones fijadas y teñidas (MAY, GRUNWALD, GIEMSA, LEISHMANN, etc.). En este último caso se recurre a extensiones en «gota gruesa», ya que este proceder facilita considerablemente el hallazgo de espiros. El procedimiento indirecto consiste en inocular sangre del enfermo en el peritoneo del cobaya. En casos positivos, pasados cinco o siete días, se aprecian alteraciones en el animal (intranquilidad, inapetencia, erizamiento del pelo, elevación térmica), y desde este momento puede demostrarse la presencia de parásitos en la sangre circulante y en muchos otros productos más. Este proceder, que es el más seguro, tiene como inconveniente su lentitud.

Repetidas veces ha sido dicho que es inútil todo intento de investigación de parásitos en la sangre periférica cuando la temperatura del enfermo es moderada. Evidentemente, es más fácil hallar resultados positivos en pleno acceso que fuera de él. No obstante, debemos consignar que repetidas veces hemos obtenido resultados positivos en la sangre de sujetos cuya temperatura axilar oscilaba entre 37 y 37,5°.

HEMATOLOGÍA DE LA FIEBRE RECURRENTE

Este aspecto de la enfermedad es, desde luego, el que más nos interesa tratar. Quizá parezca un asunto exclusivamente especulativo; pero, no obstante, no se halla carente de interés. Si bien es cierto que no puede decirse que las alteraciones citológicas de la sangre puedan constituir dato decisivo para el diagnóstico de la fiebre recurrente, no es menos cierto que, por lo menos, orientan y dan noción de la intensidad y calidad de la agresión sufrida por el organismo.

No existe unanimidad de criterios entre diversos investigadores que se han ocupado de este asunto, y, al mismo tiempo, parece ser que la cuestión ha sido tratada superficialmente. De tal suerte, LAPTSCHINSKY, SAVOTCHENKO y PEE (creemos que todos ellos se refieren exclusivamente al tipo cosmopolita) concuerdan en que en los accesos de la fiebre recurrente existe hiperleuco-

citosis. Contrariamente, KIESERITZKY encuentra siempre leucopenia, y JUKES pudo observar leucopenia en dos casos y cifras normales en uno. MANSON-BARR, con referencia a la fiebre hispano-africana, dice que ordinariamente existe leucocitosis (de 14.000 a 26.000 leucocitos). J. GUACHS, entre nosotros, dice que en los accesos de fiebre hispano-africana existe leucocitosis neutrófila moderada (de 8.000 a 11.000 leucocitos), con desviación a la izquierda y aneosinofilia.

Los datos obtenidos en nuestras observaciones (aun comprendiendo que éstas son excesivamente reducidas) son totalmente distintos a los señalados por los autores antes mencionados, excepto el caso de KIESERITZKY y JUKES. Nunca hemos hallado leucocitosis, sino cifras leucocitarias normales o, si se quiere, con tendencia a leucopenia, ya que el valor más alto que hemos obtenido han sido 6.000 leucocitos por milímetro cúbico y el más bajo 4.000. El promedio en los casos observados ha sido de 5.200 leucocitos, cifra absolutamente normal.

En ninguno de los casos hemos comprobado desviación nuclear de los neutrófilos ni neutrofilia. En los tres casos ha existido linfocitosis relativa, especialmente intensa en las observaciones segunda y tercera. La aneosinofilia ha sido la regla.

Por parte de la serie eritrocítica, no hemos descubierto ninguna alteración de importancia.

FRECUENCIA QUE SUPONEMOS EN LA FIEBRE RECURRENTE

Al principio de este artículo decíamos que se estima esta enfermedad como rara; particularmente creemos que su rareza no es tanto como se supone. Se trata, sin duda, de un proceso que cursa demasiadas veces indagnosticado. Todos los casos que hemos conocido han llegado a nosotros con un diagnóstico o suposición de paludismo, y nos eran enviados al sólo objeto de ratificar la orientación clínica. Con ocasión de la investigación de hematozoarios, se ha descubierto la espiroquetosis y se ha diagnosticado una enfermedad que, de cualquier otra forma, hubiera sido inadvertida, toda vez que, con quinina o sin ella, con arsenobenzol o sin él, el proceso ha de desaparecer — tras varios accesos — espontáneamente. Fuera de los contados casos epidémicos, los que forzosamente hay que pensar más en la espiroquetosis, en los esporádicos (que constituyen la mayoría) la enfermedad se conoce muchas veces por casualidad. Cuando se quiere interpretar la onda febril, la enfermedad, si no totalmente declinada, está camino de serlo.

A manera de resumen, queremos decir que la fiebre recurrente hispano-africana es una enfermedad de hecho más frecuente de lo que se supone generalmente.

Su etiología ha sido precisada hace tiempo y nada nuevo se puede de momento añadir. Otro tanto puede decirse sobre la forma de transmisión, reservorio del germen, etc., etc.

Su cuadro clínico es preciso, aunque tiene demasiados caracteres comunes con otras infecciones.

Las complicaciones meníngeas y meningoencefálicas son frecuentes, como han hecho notar algunos autores españoles, entre los que recordamos a ANDRÉU URRÁ. En estos casos, por producirse fenómenos de naturaleza hipertensiva, son muy beneficiosas las punciones descompresoras.

Que aunque el mayor porcentaje de positividades se consigue examinando la sangre en los accesos, no puede descartarse la existencia de espiroquetos en la sangre periférica durante las fases apiréticas.

Las modificaciones hemáticas son insignifican-

tes en esta enfermedad. Se observa cifra normal de leucocitos, con tendencia a leucopenia, linfocitosis relativa y aneosinofilia.

El examen de extensiones en «gota gruesa», teñidas, por M. G. GIEMSA, proporciona buenos resultados, aunque en ocasiones la demostración del parásito exige trabajos penosos. La inoculación, aun siendo absolutamente eficiente, no resulta práctica por el tiempo que requiere.

La enfermedad cura espontáneamente, esto es, sin tratamiento, después de un número variable de accesos, tras los cuales parece ser que se alcanza el suficiente grado de inmunidad para impedir el desarrollo de los espiroquetos.

El tratamiento medicamentoso consiste en la administración de arsenicales (arsenobenzoles), sustancias que en esta variedad hispánica no son tan eficaces como cuando se trata de la infección de tipo europeo.

Divulgaciones del exterior

La química nuclear y la Medicina

«Un enorme incremento» en el uso de la química nuclear en la práctica médica ha sido anunciado por la doctora EDITH H. QUIMBY en la asamblea anual de la Sociedad Médica del Estado de Nueva York. La doctora QUIMBY hizo la distinción entre el empleo terapéutico y los experimentos con fines diagnósticos. El uso terapéutico más eficaz hasta ahora ha sido el tratamiento del cáncer del tiroides con yodo radiactivo. Los experimentos con átomos «marcados» resultaron útiles en el estudio del «pie de inmersión», enfermedad que afecta especialmente a los hombres durante el servicio militar.

Pero la aplicación más reveladora de esta técnica ha sido llevada a cabo recientemente en la Universidad de California, donde se utilizaron gases radiactivos producidos en el ciclotrón para estudiar el curso de la sangre en su circulación por el cuerpo humano. Las investigaciones, dirigidas por el doctor HARDIN JONAS, de la unidad aeromédica de la Universidad, confirmaron y ampliaron teorías elaboradas previamente. Se comprobó que cada órgano vital del cuerpo humano—el corazón, el hígado, los riñones, el tiroides, los pulmones y el cerebro—tiene su propio depósito de sangre. Estos pequeños depósitos representan en conjunto, aproximadamente, el 70 por 100 de la cantidad de sangre del sujeto, y el intercambio entre los distintos depósitos se realiza a un ritmo rápido. Las sustancias que penetran en el organismo se difunden por estos depósitos en quince segundos. El 30 por 100 restante de la sangre llena las extremidades y otras

partes del cuerpo fuera de los depósitos vitales, con los que el intercambio de sangre se realiza de una manera lenta y perezosa. Las sustancias absorbidas tardan hasta quince minutos en llegar a las partes del cuerpo situadas fuera de los depósitos vitales.

Otro descubrimiento revela que las paredes de las células del organismo no constituyen una barrera para el intercambio de gases entre las células y la corriente sanguínea, con la sola excepción de que la rapidez del intercambio gaseoso está determinada por la cantidad de gas transportada por la sangre. El intercambio gaseoso es de suma importancia en el metabolismo y en los casos de mal de las alturas.

De las experiencias realizadas en la Universidad de Rochester (Nueva York) se espera otra contribución al estudio atómico del metabolismo, la Hematología, la Medicina física y el cáncer. Emprendidas primitivamente con el fin de obtener métodos adecuados para la protección de las personas que trabajaban en las fábricas atómicas, a estas investigaciones se debe en gran parte el hecho de que ni uno solo de los miles de empleados de dichas fábricas sufriera daños a consecuencia de los nuevos y peculiares riesgos de este tipo de trabajo. El nivel de tolerancia del organismo para la exposición a la radiación fué establecido mediante experimentos con unos 277.000 ratones y 50 millones de moscas de las frutas. Miles de análisis de orina y de sangre y de pruebas cutáneas se hicieron para determinar la cuantía de la exposición de los trabajadores. Los da-

tos recogidos en todas estas observaciones están siendo ahora examinados para su futura aplicación en Medicina.

El tratamiento de la sífilis

«La penicilina o algún otro antibiótico similar resultará ser, sin duda alguna, el medicamento antisifilítico más eficaz e inocuo obtenido hasta ahora.» Esta es la conclusión a que llegaron el doctor SIDNEY OLANSKI, del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos y encargado del Centro de Tratamiento Rápido para enfermedades venéreas en Wáshington, y el doctor BEN D. CHINN, director clínico del Departamento de Sanidad del Distrito de Columbia (Wáshington), en su informe sobre las pruebas realizadas en escala nacional a fines de 1945. Aunque los experimentos con diversas dosis y formas de tratamiento continúan sin interrupción en Norteamérica, el informe se considera como un resumen del estado actual de la penicilinoterapia en la sífilis.

Los hallazgos han despertado gran interés, particularmente teniendo en cuenta los recientes informes sobre las impurezas químicas de la penicilina, la escasa eficacia de algunas de sus variedades y un elevado tanto por ciento de recaídas. Además—por ser la sífilis una enfermedad crónica de gran duración—, en el pasado sólo podían deducirse conclusiones sobre la eficacia de cualquier tratamiento después de observaciones prolongadas durante muchos años: generalmente, del 80 al 90 por 100 de los pacientes se perdían para el estudio catamnético, mientras que el rápido tratamiento realizado en pocas semanas permite el control posterior de un tanto por ciento mucho mayor de pacientes curados.

Desde los días en que el doctor JOHN F. MAHONEY, del Servicio de Sanidad Pública de los Estados Unidos, utilizó por primera vez la penicilina, el tratamiento ha permanecido esencialmente invariable: inyecciones intramusculares con intervalos de tres horas. Modificando la cantidad de la dosis aislada o del tratamiento completo, variando la duración del tratamiento, introduciendo pequeñas cantidades de arsenóxido (mafarsén) y bismuto, se está tratando de encontrar la dosis eficaz óptima. Esta no se ha establecido todavía; pero es evidente que se requieren, por lo menos, de tres a cuatro millones de unidades para la sífilis inicial (hasta dos años) y de seis a diez millones de unidades para la neurosífilis. El tratamiento dura unos catorce días en la sífilis inicial y hasta veinte días en las formas tardías de sífilis.

La combinación más eficaz tuvo una frecuencia de fracasos provisionalmente calculada en 15 por 100. En este plan se administran 2,8 millones de unidades de penicilina, cinco dosis de arsenóxido (de 0,06 gramos cada una), tres dosis de subsalicilato de bismuto (de 0,2 gramos cada una);

dura catorce días, y se considera como lo que más se acerca al tratamiento de máxima eficacia. Se ha comprobado también que se produce una acción sinérgica, aumentando la eficacia de la penicilina, cuando se administra, además, a intervalos arsenóxido, solo o con bismuto.

Se han obtenido resultados espectaculares en el tratamiento de la sífilis durante el embarazo. En un hospital, por ejemplo, de ciento cuarenta y nueve mujeres tratadas, sólo una dió a luz un niño con sífilis congénita, y esta mujer recibió su primera inyección sólo dos semanas antes del parto. Todas recibieron, por lo menos, 2,4 millones de unidades, y algunas la combinación de penicilina, arsenóxido y bismuto. Con ningún otro método se había obtenido nunca un porcentaje igual de niños normales; sin embargo, el tratamiento no curó necesariamente a la madre. En contra de lo que se había supuesto por algunos, la penicilina no causó abortos; no se produjo ninguno entre las ciento cuarenta y nueve embarazadas sometidas a tratamiento. La penicilina tampoco provocó la menstruación.

De las detalladas observaciones recogidas, muchas ayudarán, probablemente, a establecer el mejor procedimiento para el tratamiento rápido de las enfermedades venéreas. Por ejemplo, se encontró que la penicilina en una mezcla de aceite de cacahuete y cera de abeja es tan eficaz en la sífilis primaria y secundaria como la penicilina sódica en solución acuosa. Tales mezclas han sido utilizadas con éxito en la blenorragia. Pero mientras que la blenorragia requiere elevada concentración de penicilina en la sangre durante un breve período solamente, en la sífilis se necesitan elevadas concentraciones en la sangre mantenidas durante diez, catorce o quizá más días. La mezcla de aceite de cacahuete y cera de abeja mantuvo en la sangre concentraciones eficaces durante doce horas en el 54 por 100 de los casos y durante dieciséis a veintiocho horas en el 31 por 100 cuando se emplearon 300.000 unidades inyectadas intramuscularmente.

El uso de preparados de penicilina por vía oral, en opinión de los autores del informe, deja mucho que desear, porque la absorción a través del tracto gastrointestinal varía considerablemente de unos casos a otros. Se requieren grandes dosis para alcanzar y mantener concentraciones eficaces en la sangre, los pacientes olvidan con frecuencia la medicación y no toman en serio este tipo de tratamiento.

Para controlar la eficacia de la cura, el estudio ulterior de la sangre y el líquido céfalorraquídeo es de la máxima importancia. Según recomienda el informe, deberían llevarse a cabo pruebas serológicas cuantitativas en sangre mensualmente, por lo menos, durante un año después del tratamiento y después con intervalos mayores. El título de la reacción de Wassermann comienza a descender

poco después de la terminación del tratamiento, y debe continuar descendiendo. La recaída serológica es más probable que ocurra durante los primeros seis meses. Los exámenes del líquido céfalo-raquídeo deben hacerse a los seis meses, al año y, posiblemente, a los dos años después del tratamiento. La recaída es difícil de distinguir de la reinfección; pero en ambos casos está indicado un nuevo tratamiento. La recaída clínica se anuncia por la recaída serológica. En todos los casos en los que aumentó el título de la reacción de Wassermann se produjo una recaída clínica.

Aunque se dedicó poco trabajo a la sífilis latente tardía y a la sífilis cardiovascular, los autores del informe creen «con considerable seguridad que la penicilina es eficaz en la sífilis latente inicial, primaria y secundaria.» En cuanto a la neurosífilis—con planes de tratamiento aún imprecisos, los indicios señalan la probabilidad de que la quimioterapia o la piritoterapia en combinación con la penicilina sean más eficaces que la penicilina sola. Asimismo, los resultados alentadores se obtuvieron invariablemente con dosis muy elevadas: de seis a diez millones de unidades durante un período de quince a veintidós días. Los resultados pueden compararse favorablemente con los de otros métodos, y no es preciso inyectar la penicilina directamente por vía subaracnoidea.

Entre las reacciones secundarias observadas figuran las alérgicas, especialmente en zonas de piel habitadas anteriormente por hongos. La razón podría encontrarse en impurezas de la penicilina relacionadas con el desarrollo del hongo. Relacionada también, probablemente, con impurezas, se observó igualmente fiebre baja continua, que a veces se mantuvo durante todo el tratamiento.

Cuando por inadvertencia se inyecta la penicilina subcutánea en vez de intramuscularmente, se producen abscesos estériles. Las reacciones de HERX-REIMER se desarrollan frecuentemente, pueden ser peligrosas en la sífilis tardía y complicada y requieren precaución; normalmente, sin embargo, no se consideran lo bastante graves para suspender el tratamiento.

En conclusión: el informe considera la penicilina como indudablemente superior a los arsenicales o a los antiguos métodos por su relativa falta de toxicidad y por su rápida eficacia. Además, casi el 100 por 100 de los pacientes terminaron las dos o tres semanas de tratamiento, mientras que con las antiguas terapéuticas sólo se lograba esto en el 15 al 20 por 100 de los casos. Ello significa menos pacientes contagiosos y un menor peligro de propagación; de hecho, según el informe, las cifras decrecientes de sífilis en los Estados Unidos en 1944 y 1945 pueden atribuirse directamente al tratamiento rápido con penicilina.

Los doctores OLANSKI y CHINN subrayan especialmente la grave responsabilidad del médico, quien ha de establecer, sin lugar a dudas, la existencia de sífilis antes de someter al paciente a un largo, costoso y quizá doloroso tratamiento. Las falsas reacciones serológicas positivas se presentan después de ataques de neumonía, gripe y malaria, o después de la inmunización contra la viruela, el tifus exantemático, la tifoidea, la gripe y otras enfermedades. En tales casos, caracterizados en su mayoría por un grado bajo de positividad en la prueba serológica, es importante una anamnesis muy cuidadosa; el tratamiento debería aplazarse hasta el esclarecimiento definitivo.

R. M. B.



ESCOFEDAL

(Escopolamina, Efetonina, Eucodal)

Para tranquilizar al paciente en la
anestesia local y lumbar, iniciación de la narcosis por inhalación

Cajas de 3 y 10 ampollas

Cens. Sanit. 110

Ayuntamiento de Madrid

Consultorio Médico Quirúrgico

Cuantos 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 la 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.

Ayuda al compañero en duda

Consultas recibidas y acerca de las que se invita a todos los compañeros para que aporten las indicaciones que estimen oportunas a cada tema. Independientemente, la Redacción somete las con-

sultas que recibe a sus colaboradores especializados en el asunto.

Número 5.—M. G. I.—Zaragoza.—Desea conocer la bibliografía de estos últimos años sobre eclampsia.

B I B L I O G R A F I A S

Tuberculina y asma tuberculoso, por el doctor Román Alemany Vall. Prólogo del profesor Soriano. Un volumen de 136 páginas con 39 figuras, 30 pesetas.

En la interesante colección de Estudios Monográficos de Investigación Médica que edita en Barcelona J. M. Massó ha aparecido recientemente esta magistral monografía del doctor Alemany Vall, en la que recoge detalladamente el resultado de sus estudios analíticos sobre el problema de la alergia en sus manifestaciones respiratorias, llenando así el vacío existente en el conocimiento de las manifestaciones alérgicas en regiones y tejidos alejados del foco fímico.

Científicamente no ha podido demostrarse aún de modo indudable y documentado la existencia de una alergia infecciosa, y por ello han sido recogidos en esta obra, con un amplio criterio clínico, los hechos objetivos, criterio que nos llevaría a pensar si nos enfrentamos con un asmático

con tuberculosis o ante un tuberculoso con síndrome asmático.

Es frecuente en la labor clínica cotidiana encontrar individuos asmáticos con lesiones pulmonares tuberculosas más o menos claras y definidas, en los que es preciso reiterar los exámenes clínicos en distintas épocas siguiendo su evolución.

Existe, y es frecuente, el caso de asma tuberculoso de no difícil diagnóstico, pero de penoso tratamiento, y por ello el autor estudia concienzudamente las características generales de la sensibilidad alérgica tuberculosa; de la tuberculina y su aplicación clínica; el comportamiento de la reacción de tuberculina en tuberculosos simples y en los asmáticos; las formas de asma tuberculoso; los asmáticos tuberculosos con poliposis nasal y con neumoconiosis, así como en los niños, y la evolución del mal.

La obra, cuidadosamente impresa e ilustrada, constituye un verdadero éxito del autor y un acierto del editor.

S. M.

Prolapso uterino, por el doctor Narciso Amigó de Bonet. Prólogo del profesor doctor Víctor Conill. Volumen de 100 páginas con 66 figuras. 35 pesetas.

El doctor Amigó de Bonet, profesor auxiliar de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de Barcelona, ha publicado recientemente una muy notable monografía dedicada a poner en orden y hacer destacar los más eficaces métodos para el tratamiento de esa afección de la mujer que se llama prolapso uterino, solucionando así el criterio a seguir en esta terapéutica, de tan diversas orientaciones hasta ahora, que venían a demostrar la no absoluta eficacia de algunas de ellas.

Confirman este criterio las siguientes palabras del profesor Conill, que copiamos del prólogo magistral puesto a esta monografía: «La misma evolución de ese derroche de ingenio que representa la metódica quirúrgica del prolapso, nos muestra que no ha preocupado gran cosa el perfeccionamiento de un determinado método, sino la creación de otro nuevo.» Y añade más adelante: «Amigó domina todos los procedimientos con singular habilidad técnica: tiene el convencimiento de es-

cuela que en ninguna enfermedad hay que individualizar tanto como en el prolapso genital; tiene investigaciones propias muy estimables, que hacían falta para demostrar el gran papel que barruntábamos juega en la patogenia del prolapso el magna conjuntivo, considerado hasta hace poco como simple relleno, y que hoy tenemos que estimar como mioconjuntivo, con la misión fundamental y activa de fijar y sostener el útero.»

«El doctor Narciso Amigó de Bonet, profesor auxiliar de Obstetricia y Ginecología, posee en alto grado el espíritu de perfección científica y técnica, y un amor ilimitado a nuestra especialidad, florecimiento de la noble y muy ilustre ascendencia del barón de Bonet. Como su abuelo, de tan feliz memoria, es recio, inteligente y muy español.»

Y con estas singulares condiciones, el doctor Amigó ha llevado a cabo en su interesante trabajo un acabado estudio y la más atinada y documentada crítica de los diversos métodos preconizados y utilizados para tratar esta afección ginecológica, fijando de un modo concluyente cuál debe ser la técnica a seguir en cada caso. La Editorial Massó ha hecho un verdadero alarde de presentación de esta obra.



BARACHOL

Contra la sarna, aplicando la pomada en las manos.

Evita enormes molestias y gastos.

(Censura sanitaria núm. 1.122.)

REGISTRO DE SUMARIOS

EL SIGLO MEDICO - SEMANA MEDICA ESPAÑOLA

RESUMEN SUMARIO DEL NUMERO ANTERIOR

(24 de agosto de 1946.)

Aplicaciones terapéuticas de la penicilina en la infancia, por Bosch Marín y Cardona Mateo.
Una incógnita crenoterápica (II), por J. M. de Damas.
La energía atómica, por Bernard M. Baruch.
Hace un siglo médico, por Baloardo.
La medicofobia de Bernard Shaw, por Asclepiades.
Pérez Galdós y la Medicina (VI), por F. J. Cortezo Collantes.

AVANCE SUMARIO DEL NUMERO PROXIMO

(7 de septiembre de 1946.)

La terminología médica, por R. Royo-Villanova.
Los tumores del riñón, por F. Martino Sabino.
Diarreas estivales y su tratamiento, por J. M. Mingo Torres y J. Vara Sánchez.
La Medicina japonesa, por Fernán Pérez.
Idearium de «Ich».
Hace un siglo médico, por Baloardo.

BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

(Washington, febrero de 1946.)

Constantino J. Carvallo.—La Medicina en el Perú.
J. C. Mussio Fournier y Américo Albrieux.—Avances en Endocrinología.
Manuel González Rivera.—La educación higiénica y el trabajo social en la campaña contra la tuberculosis.

REVUE DU PALUDISME

(París, febrero de 1946.)

Perves.—Observaciones de paludismo hereditario y congénito.
L. Sasportas.—La medicación antipalúdica.

(Abril de 1946.)

Chuitón.—La profilaxia y el tratamiento del paludismo en la Marina.
E. Guija Morales.—Psicosis atebrínicas.

JORNAL DO MEDICO

(Porto, 24 de agosto de 1946.)

A. Salazar.—Estudios sobre vulvovaginitis micóticas.
José M. Braga.—La fauna de los hoteles.

GALICIA CLINICA

(La Coruña, agosto de 1946.)

E. Hervada.—Contribución al estudio medicolegal de la silicosis.
E. Pérez Hervada.—Uremias funcionales verdaderas.
A. Montero Rodríguez.—La Puericultura en el medio rural.
Sal-Lence.—Diccionario oftálmico.

BOLETIN DEL INSTITUTO DE PATOLOGIA MEDICA

(Madrid, julio de 1946.)

I. García Morán.—Poliposis rectal.
G. Marañón.—Un caso de piel laxa.
J. Benítez de Huelva, J. M. Esteban y L. Lorenzo.—Técnica de la exploración funcional del poder desintoxicante del hígado.

(Agosto de 1946.)

D. Fernández Hiruegas.—Osteomielitis aguda hematógena y penicilina.
F. Vega Díaz.—Sir Thomas Lewis.

ANALES DE MEDICINA

(Barcelona, febrero de 1946.)

Pt Figueras y Garriga Barberá.—Nuestra experiencia con la sonda de Miller-Abbot en las oclusiones intestinales.
J. Berini Ferrán.—Mastoiditis, Absceso extradural y penicilina.
Manuel Bastos Ansart.—Cómo quiso Celso que fueran los cirujanos.
Jerónimo de Moragas.—Ictericia y encefalopatías.

CLINICA DEL TRABAJO

(Buenos Aires, febrero-marzo de 1946.)

Gremial.—Servicios de Medicina preventiva.
Bassó.—Proyecto de creación del Instituto del Trabajo.
Tesorieri.—Instituto de Previsión Social.
Más Guindal.—El psiquiatra ante la Medicina del trabajo.

REVISTA DE SIFILIOGRAFIA, LEPROLOGIA Y DERMATOLOGIA

(Cuba, enero de 1946.)

Pardo, Ferrer y Castanedo.—Penicilina en el tratamiento de la sífilis.
León y García.—Teoría infecciosa del líquen plano.
Argüelles.—Punción ganglionar en el diagnóstico precoz del chancro luético gigante.
Ibarra y González Prendes.—Incidencia de la lepra en Cuba según la raza.
Ibarra y González Prendes.—La lepra en San Luis de Jagua.
Trespacios y González Prendes.—Primeros síntomas y edad probable de contagio de la lepra.

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 Carlán. *Hace un siglo médico*, por el Dottore Baloardo. **TEMAS Y PROBLEMAS PROFESIONALES:** *Una interesante entrevista con el doctor Palanca*, por el Doctor Isidro de Magerit. **TERTULIA MÉDICA:** *Idearium de «Ich»*. **SILVA LITERARIA:** *María Barrientos y su muerte*, por F. J. Cortezo-Collantes. **DIVULGACIONES DE ACTUALIDAD:** *Aforismos científicos*, por Jardiel Poncela. **NUESTRO BUEN HUMOR.** **INFORMATARIO PROFESIONAL:** *Sección oficial*.

BOLETIN DE LA SEMANA

Cedieron al fin los grandes calores, y parecen reanudarse en estos últimos días las actividades médicas y sanitarias.

El director general regresó a Madrid, y el jueves acudió a su despacho; con ello esperamos volver a ver nutridas las columnas de nuestra Sección Oficial, tan *esmirriadas* durante las últimas semanas.

También comienza a tener aspecto serio la campaña del Gobierno contra el encarecimiento de la vida y las dificultades para abastecerse de materias alimenticias y objetos y prendas de primera necesidad.

Desde luego, es un hecho cierto que la provisión y precio de la gasolina se ha modificado favorablemente para el consumidor, y al facilitar el transporte es lógico que influya en todo género de mercado.

Nosotros comenzamos a mediados de julio, en nuestro número 4.708, a ocuparnos activamente del problema de la alimentación, por cuanto influía de modo colosal en el estado de salud pública presente y por venir.

A los pocos días tuvimos la gran satisfacción de leer un importante discurso del Jefe del Estado, y pocos días después otro aún más puntualizado y enérgico. De entonces acá se sucedieron disposiciones y sanciones que van de un modo indudable ejerciendo influencia bienhechora, aunque ésta aún no sea muy grande ni percibida tanto en los grandes medios de población como en las provincias más pequeñas, en que resulta más fácil la acción de los gobernadores y de las Fiscalías de Tasas sobre los desaprensivos agiotistas.

Puede decirse que en toda la Prensa española han venido apareciendo importantes artículos sobre este tema, que ha llegado a constituir una verdadera obsesión nacional. Cada vez son más frecuentes las noticias de Córdoba, Salamanca, Albacete, Barcelona, Alicante, etc., en que se registran modificaciones de interés en este problema, que parece encauzarse hacia la solución. Mas, de todo cuanto hemos leído, nos parece singularmente interesante el artículo editorial publicado en *A B C* del miércoles 28 de los corrientes, y que

no dudamos en reproducir para su divulgación y para que quede recogido en la campaña de nuestra Revista.

Por eso, a continuación del «Boletín» podrá el lector encontrarlo en el presente número.

Nunca mejor empleada la frase de que *en todas partes cuecen habas*, y por ello resulta de gran enseñanza y experiencia lo que se va haciendo en otras naciones. Especialmente en Inglaterra, el problema de los alimentos y del combustible están siendo objeto de verdaderos alardes de estudio y organización. Por lo que respecta a la alimentación, en Inglaterra, por los meses de marzo y abril, se guardaba un índice de 1.050 calorías diarias, y ya a mediados de agosto alcanzó el notable aumento de 1.337 calorías. Ciertamente que amenazan extinguirse las reservas, pero se anuncia enérgicamente la decisión de seguir mejorando las raciones, cualquiera que fuese este riesgo, y ya se espera que la colaboración con los americanos permita llegar a las 1.500 calorías diarias.

Es indudable que a nosotros los médicos nos interesa, además del aspecto del rendimiento de la alimentación en calorías, el no menor de la conjugación de las clases para mantener la necesaria variedad y selección. Quizá en este aspecto sea en el que menos se hace en España, porque las cantidades de alimento y su metabolismo no son tan escasas como las disparatadas deficiencias de determinadas sustancias y los abusos de la uniformidad de régimen.

Todos nosotros sabemos la gran influencia que en la patología humana tienen estos dos aspectos del problema alimenticio, y a ellos hay que tender para su resolución con el consejo de las autoridades científicas en la materia.

El verano ha dificultado nuestro propósito, y aunque hemos publicado trabajos tan notables como el del doctor Díaz Rubio y el de los doctores Pérez Gallardo y Useros, aún no ha llegado a nuestro poder el material que tenemos encomendado sobre el asunto a ilustres colaboradores de *EL SIGLO MÉDICO*, y que no dudamos que al ser conocido será para los médicos y las autoridades sanitarias una documentación de gran valor.

ALGO QUE DEBE DECIRSE

También en esta semana hemos leído en el importante semanario *Domingo* una crónica de don Manuel Casares, que figura como de Wáshington, acerca de la penicilina. Nos parece que no debemos reservar nuestra opinión respecto a trabajos como el citado y otros frecuentes que aparecen en la Prensa literaria y política. Nadie puede dudar de nuestra postura respecto a la conveniencia de que los grandes escritores se sientan atraídos por temas científicomédicos de la actualidad o de la Historia; pero en el caso de la penicilina y en el de otros tratamientos que han ocupado la actualidad en el pretérito, entendemos que se ha cometido y se comete una peligrosa falta. Tanto cuando se alaba desmesuradamente la acción de un agente terapéutico como cuando se señalan

fracasos alarmantes y ruidosos en la Prensa no médica, se hace un daño indudable al espíritu público.

La crónica del señor Casares sobre la penicilina está muy bien escrita y refleja hechos ciertos, que fueron perfectamente conocidos a su tiempo por los técnicos de todo el mundo y que, afortunadamente, ni fueron fundamentales ni subsisten, por lo cual la crónica del señor Casares viene en estos momentos a causar alarmas a la gente indocta e impresionable y no beneficia a ninguno, y, en cambio, producirá seguramente esa situación de debate entre el médico convencido y el enfermo mal enterado, y que es una situación que ningún médico desearía para el señor Casares, porque en todos los casos es francamente desagradable para el médico y nociva para el enfermo.

DECIO CARLÁN.

CONTRA EL AGIO EN LOS VÍVERES

Han ido creciendo en progresión tan desproporcionada los precios en España, que es inaplazable necesidad afrontar denodadamente el problema del abaratamiento de la vida. No hay otro tan perentorio. Parece como si la frenética irresponsabilidad moral de los menos amenazara hoy el bienestar familiar y la tranquilidad física de los más. En la codicia y en el desatino se ha llegado a extremos que, no ya las leyes, sino hasta las normas elementales de convivencia en una sociedad civilizada parecen menospreciadas y conculcadas por individuos aislados o por grupos de gente diestra y experimentada en la especulación, el fraude, la clandestinidad y todas las artes depravadas que conducen al enriquecimiento raudo y desmesurado. En el organismo robusto de España se ha enquistado un tumor grave: el agio con los productos esenciales para la vida de los españoles, y extirparlo es operación urgente e ineludible. Se ha dicho que el agio con el dinero—el dinero improductivo, que sólo sirve para adquirir más dinero—era la suprema inmoralidad de las sociedades modernas. Pero hay otra más perniciosa y repelente: la especulación desenfrenada que con los víveres de millones de ciudadanos perpetrar unos cuantos adoradores furiosos del becerro de oro. No hay en nuestra época nada que realmente degrade tanto a un hombre como la riqueza atropelladamente adquirida. Pero la riqueza misma parece ya una condonación del delito, y sería preciso marcar con el mismo estigma infamante al agiotista enriquecido y al villano que lo admira y adula. Conocemos y experimentamos todos el mal. Por doquiera se apunta, con timidez, a los presuntos malhechores. Son pocos y se dice que son fuertes. Son, desde luego, gente desprovista del sentido de la moral religiosa y de la conciencia social. No podemos creer que sus abusos puedan seguir medrando en una nación unida, que ha sacrificado y está en toda ocasión pronta a sacrificar la paz y la vida por ideales nobles e impercederos; donde las palabras «justicia social» no

son ya vanas, sino que están henchidas de significación real y fecunda; donde el espíritu de convivencia e interdependencia y compenetración de las clases sociales es efectivo y gozoso; donde el esfuerzo privado tiene una compensación equitativa y generosa; donde no puede prosperar el desorden ni ser hollado el derecho.

Oficialmente se han anunciado medidas que acarrearán una rápida marcha regresiva en los precios de los artículos de primera necesidad y que facilitarán la normalidad en la distribución de los abastecimientos. El propósito es loable, y estamos seguros de que acabará por bañar de luz justiciara esos oscuros contubernios, donde, al parecer, se conspira contra la buena fe y la capacidad de estoicismo de la gran mayoría de los españoles. No hay motivos supremos para que así no sea. Y será. La preocupación única y cotidiana de los españoles está permanentemente clavada en el problema de la carestía desproporcionada. Si sólo fueran reveses externos y superiores al poder de los hombres los que caldearan esa ascensión mercurial en el coste de la vida, la entereza de los españoles sabría, como siempre, sufrir risueñamente la adversidad impuesta e ingobernable. Pero hay en España, no un problema de abastos, sino un problema de moral resquebrajada, que afecta, es cierto, a unos pocos, muy pocos y muy malos españoles; un problema de saneamiento público e implacable de los turbios cenáculos donde se amañan, en unas horas, y en perjuicio de la comunidad, fortunas impúdicas.

Porque es unánime y razonada la confianza de los españoles en sus gobernantes, y porque las virtudes acendradas del Caudillo abonan esa confianza del pueblo en su integridad y en su voluntad inquebrantable de velar por el bienestar general, tenemos hoy fe ciega en que el mal—el tumor de España—será inexorable y definitivamente desarraigado de nuestras costumbres.»

(Del diario *A B C*.)

HACE UN SIGLO MÉDICO

por el

DOTTORE BALOARDO

Comencemos hoy nuestro comentario por resaltar la gran difusión que en esta época tenía entre los médicos de España el *Boletín de Medicina y Cirugía*, fundado y dirigido e impreso por don Mariano Delgrás. En efecto, ni la modestia de su edición ni las grandes dificultades de la época impedían que las clases médicas españolas leyeran semanalmente esta revista científica y profesional y a ella acudieran en todas sus dudas y problemas.

Basta decir que la Redacción y la imprenta del *Boletín de Medicina* estaban alojados en Madrid en la calle del Amor de Dios, número 15, y, a pesar de ser tan céntrico el local, tenía delegaciones de suscripción en las boticas de Bañares, Codorníu, Ferreri, Lleget, Llorente y Moreno.

En las provincias españolas contaba con delegaciones en Avila, Barcelona, Belmonte, Calatayud, Coruña (La), Cuenca, Castellón, Cáceres, Guadalajara, Gerona, Granada, Figueras, Huesca, Jaén, León, Mallorca, Mahón, Murcia, Málaga, Oviedo, Ponferrada, Pontevedra, Palencia, Reus, Segovia, Soria, Salamanca, Sevilla, San Sebastián, Tarragona, Tortosa, Toledo, Teruel, Tudela, Trujillo, Vich, Valladolid, Valencia y Zamora. En cada una de estas villas y ciudades representaba al *Boletín de Medicina y Cirugía* un farmacéutico con oficina abierta, cuyos nombres no reproducimos por no cansar al lector, y además tenía centros de suscripción en las principales librerías de toda España, desde Albacete y Alcoy hasta La Habana.

No es, pues, extraño el gran arraigo que en las clases médicas españolas tuvo esta revista y su continuadora EL SIGLO MÉDICO.

Por estos días, y hace un siglo justo, terminaba el *Boletín* de publicar el interesante artículo del doctor Boisseuil, corresponsal de la revista en Burdeos, del cual artículo hablamos con elogio y que se ocupaba del aislamiento en sus relaciones con la higiene moral del hombre.

Publicaba también en la sección de Cirugía práctica un caso bien estudiado y referido de cáncer de la mejilla derecha, del tamaño de un huevo de gallina, operado con éxito, y cuya curación databa de cuatro años.

En la sección de Farmacia experimental, el doctor Girau daba a conocer su nueva fórmula para fabricar cápsulas gelatinosas. Se reducía ésta a formar una solución con las sustancias siguientes:

Gelatina diáfana.....	24 partes
Solución gomosa de la consistencia de jaraba	4 —
Jarabe simple.....	6 —
Agua	20 —

Las cápsulas resultaban perfectas, y una vez llenas de la substancia medicamentosa se cerraban con una gota de la misma solución.

Háblase también de la preparación de un líquido apropiado para el alumbrado, procedimiento por el que obtuvo M. Rousseau un privilegio exclusivo de venta en París por cinco años. Está fundado el procedimiento en la propiedad que tiene el ácido oleico u otro ácido graso, sea o no volátil, unido con el alcohol, de disolver casi en todas proporciones la esencia de trementina o un carburo de hidrógeno líquido de composición análoga, como los aceites procedentes de la destilación del carbón de piedra, de los betunes, del caucho, etc., etc.

Muchos de estos líquidos, unidos solamente al alcohol y el ácido oleico, no producen siempre un compuesto perfectamente homogéneo, pero si se añade esencia de trementina en proporción, según la naturaleza del carburo de hidrógeno empleado, entonces la unión de todas estas substancias es lo más completa posible.

Por la cantidad de oxígeno que contiene el ácido oleico y el hidrógeno que da el alcohol, se encuentra la esencia de trementina perfectamente descarburada para arder sin olor y sin humo, con luz blanca en toda su longitud, sin dejar residuo y sin producir emanación alguna nociva.

Las proporciones empleadas como más convenientes para adaptarlas a las lámparas comunes, son las siguientes: Una tercera parte de alcohol de 36°, dos terceras partes de esencia de trementina común y la quinta parte de ácido oleico. Se mezcla todo, favoreciendo la combinación con un calor muy suave, y cuidando que no se inflame, siempre que no pueda efectuarse con el calor del ambiente.

Se hace observar que se usan estas substancias en el estado que las suministra el comercio, sin sujetarlas a ninguna concentración ni rectificación, con las que se podría obtener un líquido perfectamente claro y homogéneo.

He aquí una anticualla de interés de actualidad, por constituir un producto sintético que pudiera ser sustitutivo de carburantes y luminosos.

No entendemos mucho de estas cosas, ni mucho ni poco; pero no tendría nada de particular que este procedimiento fuese base de muchas cosas modernas hoy día.

También se da a conocer el jarabe de corteza de olmo piramidal, preconizado por Devergie en las enfermedades llamadas secretorias de la piel, en el linfatismo, en el eczema impetiginoso; y, por último, el doctor Cap da a conocer su jarabe

antiespasmódico y porción calmante extemporánea, formulada así:

Agua de tila.....	120 gramos
Flor de naranja doble.....	15 —
Azúcar de pilón.....	270 —

Disuélvase en frío y añádase éter sulfúrico, 25 gramos.

Se coloca todo en el aparato de jarabe de éter, se agita durante algunos días y se deja reposar. Cuando está claro se le saca por la parte inferior mediante llave y se conserva en frasco herméticamente cerrado.

Con una cucharadita de este jarabe y dos cucharadas de agua se prepara una poción calmante extemporánea, que puede renovarse a cada instante y hacerse con facilidad, aun en trance de viaje.

Don Mariano González Samano dedica un largo artículo a las reformas de la enseñanza en Medicina, y continúa en el pleito de las distintas clases profesionales, del cual desbarajuste se valían los Ayuntamientos para hacer todo género de tropelías.

Como novedades se cuenta que el doctor Melchior, de Copenhague, ha recurrido a la hyaloxya para operar a los enfermos de cataratas. Consiste ello en introducir la aguja a través de la esclerótica a tres o cuatro líneas de la córnea. De este modo la lente puede colocarse más fácilmente en la parte inferior del cuerpo vítreo. Añade Melchior que jamás ha visto sobrevenir accidente en los muchos operados por este método.

Según parece, los médicos dinamarqueses militares estaban tan mal retribuidos, que presenta-

ron al rey en aquellos días, por medio del Senado, un proyecto de reglamento para aumentarles los honorarios.

Los periódicos ingleses y los diarios españoles se ocupaban del cólera esporádico que reinaba en Londres en aquella época del año (agosto), y aquí se añadía que no tenían en cuenta que todos los años, en la época de los fuertes calores, reinaba el cólera en la mayor parte de las grandes poblaciones. ¡Qué delicia!

Durante un viaje que realizaba entonces el gran sultán hizo vacunar en presencia suya a un sinnúmero de niños cristianos y turcos, facilitando al mismo tiempo limosna a los que eran pobres. También ordenó, para favorecer el estudio de las ciencias médicas en Turquía, que todas las esclavas que murieran se entregasen inmediatamente a los discípulos de la Escuela de Medicina de Galata-Seraí para su instrucción en los estudios anatómicos.

La Sociedad de los Resurreccionistas Ingleses, la que se encargaba de desenterrar los cadáveres y facilitarlos a quienes los pedían para su instrucción, se disolvió en aquellos días. De ello resultó que varios estudiantes de Medicina pasaron a Francia con objeto de estudiar la Anatomía en los anfiteatros.

Termina el *Boletín* rogando a la revista *Gaceta Médica Belga* que no dé asenso a varias noticias médicas que publicaban algunos periódicos diarios y políticos, pues no eran más que cuentos, y a! darlas publicidad y hacer comentarios sobre ellas no se hacía ningún favor.

¡Cáscaras, no estaría demás repetir el ruego, pero a los periódicos diarios, para evitar muchas cosas!



TEMAS Y PROBLEMAS PROFESIONALES

Una interesante entrevista con el doctor Palanca

por el

Doctor ISIDRO DE MAGERIT

Las vacaciones estivales han impuesto, como es lógico, a las actividades legislativas sanitarias una marcada sordina, y apenas aparecen de tarde en tarde en el *Boletín Oficial del Estado* disposiciones de un elemental interés para el mundo de la sanidad. Pero la diosa Casualidad, hada protectora de los periodistas, y nuestra agudeza visual, casi de linçe, a pesar de las gafas cilíndricas de estigmata con que presumimos de leídos y sabidos, nos permitieron cruzarnos en la Gran Vía con un coche oficial, en el que vislumbramos la figura, madura y juvenil a la vez, del doctor don José Alberto Palanca y Martínez Fortún, director general de Sanidad, al que suponíamos cabe las

linfas hidroterápicas de Alzola, departiendo amistosamente con el nuevo jefe provincial de Sanidad de Madrid, doctor don Víctor María Cortezo y Collantes, y el presidente de la Real Academia de Medicina de Zaragoza, doctor don Ricardo Horro Alcora. Y sin meditarlo ni un segundo, volvimos grupas, y, después de las peligrosas prácticas de alpinismo que hay necesidad de efectuar para ir de la Gran Vía a la Dirección de Sanidad, entrábamos, sanos y salvos, en el rojo edificio con aires de Ministerio de aquel Centro.

Y el doctor Palanca tuvo la gentileza, que nunca agradeceremos bastante, de hacernos pasar, *ipso facto*, a su presencia.



Fuerza

Fosvitanón
Kemburg

Temple

Resistencia

Depositarario para España: GUSTAVO REDER, Zorrilla, 17, MADRID

(C. S. núm. 4.219)

AGUA

DE

BORINES

**La mejor agua
de mesa**



Padilla, 12

MADRID

Concurso de Premios DE EL SIGLO MÉDICO

NUESTRO BUEN HUMOR

La tristeza es uno de los males más intensamente diseminados en los momentos actuales por toda la faz de la tierra, y como ya hemos quedado que la risa es un excelente medicamento, vamos a ver si es posible que entre unos y otros pongamos una poquita sal en las rejuvenecidas páginas del venerable SIGLO MEDICO.

A este efecto, anunciamos a nuestros lectores la celebración de un concurso quincenal para premiar las mejores anécdotas de carácter sanitario. En este original Concurso admitiremos la colaboración de todos nuestros compañeros médicos o farmacéuticos, sean o no suscriptores de EL SIGLO MEDICO. Nosotros somos así de generosos. No exigimos el haberse retratado antes en la taquilla de la Administración abonando las cincuenta pesetillas que cuesta cada semestre el estar suscrito a nuestra magistral Revista.

Para tomar parte en este Concurso, basta con ser sanitario y con enviar a esta Redacción una anécdota o chiste de una extensión máxima de una cuartilla, escrita a máquina por una sola cara. Nosotros seleccionaremos los originales recibidos y los publicaremos en la página quincenal de NUESTRO BUEN HUMOR. La Redacción juzgará del interés, gracia, salero, buen humor, etc. que reúna cada uno de los trabajos publicados y concederá DOS PREMIOS que consistirán en una OBRA, a elegir, de la Colección LIKE, editada por Javier Morata.

Esta Colección es de un interés literario e histórico extraordinarios. Fué presentada por el editor con las siguientes palabras: «Buscar en las tinie-

blas de la Historia la luz de la verdad: he aquí el propósito de LIKE. Deshacer la oscuridad que angustia nuestro humano deseo de saber; llevar luz a esas íntimas y ocultas reconditeces de la Historia de la Humanidad—presumidas, pero ignoradas—que encierran miserias del pasado, al par que provechosas enseñanzas para los días venideros...

»La eterna lucha entre la Luz y las Tinieblas, entre el Bien y el Mal, el Saber y la Ignorancia—pugna antigua, como la historia del hombre—, apunta ya en las admirables palabras del Génesis: «... vió Dios que la Luz era buena; y apartó Dios la Luz de las Tinieblas...»

»Esta apetencia de Luz que es decir de Saber y de Verdad, nunca plenamente satisfecha, es la que lleva a Goethe a pedir en el momento de su muerte: «¡Luz, más luz...!», no bastándole la que su genio derramara por el mundo.

»Quisiéramos que LIKE—luz en la lengua de Homero—fuese llama que ilumine a sus lectores ante los severos pórticos que encierran intrigas, pasiones, intereses y tantos otros problemas de la Historia. Y guía capaz de conducirlos al remanso desde el cual se contempla la Verdad...»

Esta colección está hasta ahora constituida por las siguientes obras, una de las cuales puede elegir como premio cada uno de los colaboradores de NUESTRO BUEN HUMOR que por su originalidad y gracia haya merecido el ser laureado con esta distinción. Y hasta, si el autor nos lo consiente, publicaríamos también su retrato, para estimular un poquito su vanidad de humorista.

OBRAS PARA ELEGIR

N. BERNARD: *La estela de Pasteur.* (Los iniciadores franceses en Patología infecciosa.)

L. BERTRAND: *El enemigo de Felipe II.* (Antonio Pérez.)

LEON BLUM: *Con sentido humano.* (Meditaciones sobre el presente y el porvenir de los pueblos.)

G. BORGHETTI: *La enemiga de Napoleón.* (La baronesa de Stäel.)

CARLOS CABA: *Roger de Flor.* (Adalid de almogávares.)

J. A. CABEZAS: *Ruben Dario.* (Un porte y una vida.)

M. V. CARCELLER: *Medicina y Moral.* (Los problemas de la sexualidad.)

H. CARRE: *Gabriela D'Estrées.* (De las gradas del trono a la huesa.)

H. CARRE: *Luisa de la Vallière.* (De la Corte de Luis XIV a las Grandes Carmelitas.)

A. CASTILLO DE LUCAS: *Folklore médico-religioso.* (Hagiografías paramédicas.)

M. DUPONT: *La víctima de Napoleón.* (El duque de Eghien.)

J. FAYET: *La invención y el inventor.* (Ensayo de ciencia humana.)

G. GAFENCU: *Guerra en el Este.* (Berlín junto a Moscú. Moscú contra Berlín.)

FELIPE GONZALEZ RUIZ: *Doña Marina.* (La india que amó a Hernán Cortés.)

FELIPE GONZALEZ RUIZ: *Pizarro.* (El Perú prehispánico y la conquista.)

N. GONZALEZ RUIZ: *La Caramba.* (Vida alegre y muerte ejemplar de una tonadillera del siglo XVIII.)

H. JUNG: *Por qué perdió Hitler la guerra.* (Testimonio de un periodista alemán.)

J. KARSKI: *Historia de un Estado secreto.* (La tragedia de Polonia.)

KOPFE Y VEGA: *Nazismo contra cristianismo.*

J. LUCAS DUBRETON: *El rey huraño.* (Enrique IV de Castilla y su tiempo.)

A. MAJOCCHI: *Orto y ocaso de un cirujano.*

T. MALADE: *Semmeheis.* (El salvador de las madres.)

M. MASSIS: *La U. R. S. S. al desnudo.* (Revelación del potencial ruso.)

J. G. MERCADAL: *Antonio Pérez.* (Una vida borrascosa.)

E. MORENO: *Lola Montes, reina de reyes.*

J. NICOLAIEVNA: *La emperatriz trágica.*

A. PANZINI: *Cavour.* (El artífice de la unidad de Italia.)

A. DE SANDOVAL: *Menéndez y Pelayo.* (Intimidades de este gran español.)

A. VARALDO: *Estampas napoleónicas.*

E. ZORZI: *Draga, la reina fatal.*

Lector: Una de estas obras puede ser el premio concedido a su ingenio, expresado en una simple cuartilla.

—Acabo de llegar del Norte. Siéntese usted mientras despacho con el doctor Oñorbe. Luego hablaremos.

Y el doctor Oñorbe, que actúa de secretario accidental del Patronato Nacional Antituberculoso, fué poniendo a la firma del señor director uno, otro, otro, innúmeros documentos. Pero mientras tanto, el doctor Palanca iba dando órdenes a su secretario particular:

—Ponga usted un telegrama al jefe provincial de Sanidad de Pontevedra, comunicándole que va el ministro a inaugurar los nuevos pabellones del Sanatorio del Rebullón. Digale que yo salgo de aquí mañana en el expreso de Vigo. Telegráfíe también a los jefes de Málaga, Jaén, Oviedo y Albacete, preguntándoles si pueden ser inauguradas en octubre las respectivas obras del Patronato Antituberculoso. Llame usted al jefe de Contabilidad para que libre inmediatamente al presidente de la Diputación de Sevilla cien mil pesetas, de conformidad con el expediente remitido y aprobado.

Y dirigiéndose al doctor Oñorbe, continúa diciendo:

—Escriba usted a Bilbao autorizando la instalación de las cocinas de que le hablé.

Y hablando de nuevo a su secretario, dice:

—Pregunte al doctor Hergueta cuándo se ha mandado el millón ochocientas mil unidades de penicilina al jefe provincial de Sanidad de San Sebastián, que yo pedía desde allí por telégrafo...

Por fin, terminó el despacho con el secretario del Patronato, y, ya solos, preguntamos:

—¿Es verdad que va usted a hacer el curso de coroneles para ascender al generalato?

—Eso quiero.

—Pues que sea enhorabuena, de antemano.

—Diga usted a sus lectores—continúa diciéndonos—que van a ser anunciadas en breve oposiciones libres a médicos de A. P. D., concediéndoles el que el tiempo que lleven como tales será valorado como mérito puntuable, concediéndoles de este modo una efectiva preferencia sobre los opositores libres, que, por otra parte, pueden también obtener brillantes resultados con su preparación facultativa.

—Es una noticia sensacional que va a ser muy bien acogida, tanto por los interinos como por los recién licenciados o los que tengan interés en ingresar en el Escalafón. ¿Y qué programa servirá para estas oposiciones?

—El mismo de las anteriores. No hay necesidad de modificarlo.

—¿Y de sueldos?

—También puede usted dar cuenta de que los sueldos serán inmediatamente aumentados en la proporción que se fijó en principio, pero sin necesidad de tener que esperar a la nueva clasificación de partidos, que sería *ad calendas grecas*.

—¿Y del Reglamento de Sanidad municipal?

—Eso va lentamente, pero va.

—¿Asistirá usted a la inauguración del Congreso de Oftalmología de La Toja?

—Si estoy todavía en Galicia, iré con mucho gusto.

Hemos prolongado la charla todavía un rato, pero sobre temas sin interés para el lector, y, cerca de las dos, nos hemos despedido del doctor Palanca, deseándole feliz viaje y un poco de reposo...



TERTULIA MÉDICA

IDEARIUM DE "ICH"

Los errores en la conducta son faltas que se subsanan cuando se reconocen. Las locuras son deudas que se saldan y saldadas se olvidan; pero las tonterías son censos vitalicios e irremediables que pesan constantemente sobre nuestro porvenir.

* * *

El arte del actor no es más ni menos que todos los demás artes: un alarde de producir realidad, realidad idealizada con medios materiales utilizados por el talento para aquel fin. Como el pintor con sustancias químicas en el fondo inerte e indiferente, finge Naturaleza, luz, sombra, contorno, perspectiva y acaba por producir la obra que concibió e idealizó su genio; como el escultor hace expresar al mármol y al bronce lo que su espíritu siente, y el músico aprovecha medios materiales para transmitir la vibración espiritual de su sentimiento, así el actor, con los medios materiales de su voz, de su ademán, de sus movimien-

tos, de su vestido y de la vida artificial que crea, agrega inspiración a la inspiración del poeta, y muchas veces el soplo de su sentimiento levanta llama de un rescoldo insignificante que se le presenta y en el cual su talento o su instinto descubre fuego aprovechable, que sin la interpretación de su talento esforzado se hubiese extinguido en insignificante cuando no maloliente humareda.

* * *

El sueño material es el reposo; el ideal es la dicha, hija de la esperanza, y en todo es el remedo de la muerte. ¡Y aún amamos la vida!

* * *

¿Qué es la Poesía?

Perfume en la flor, polvo de oro en las alas de la mariposa, espuma en el arroyo, iris en la lluvia..., cosas inútiles y sin objeto... ¡Por compa-

sión, no me lleves, Señor, a un mundo donde todo sea útil y necesario a los blasfemos inconscientes, que pensando alabarte dicen que todo lo has crea-



(Aprobado por la Censura Sanitaria núm. 5.013)

do para que sirva al hombre, y si esto fuese cierto no habría mayor crueldad que la vida!

* * *

Más fácil es encontrar la gloria renunciando que ambicionando.

* * *

La apelación a la palabra humana para que exprese la música que sentimos brotar del alma; ésa es la poesía lírica.

* * *

La vulgaridad es la gravitación del mundo moral; nada más cierto que el dicho popular: «Quien mucho subiendo va, más fuerte porrazo da.»

Solamente que el pueblo aplica esto a la fortuna, mientras que es aplicable a la inteligencia y a la moral.

* * *

Escucha una lección de agricultura: Cuando cava, afanoso, el hortelano—para sembrar la tierra seca y dura—de que espera obtener fruto lozano—lo que al cabo y al fin labró su mano—el hoyo es de su propia sepultura.

* * *

La Historia no es otra cosa que un testamento que nos confía el pasado para que se lo leamos al porvenir.

* * *

No hay nada tan propenso a la risa como la imbecilidad y la ignorancia. La primera tentativa de un tonto cuando se le habla y se le pregunta sobre una cosa que ignora, es reírse de ella. Parece como si sus neuronas, empapadas en el propio jugo de su estolidez, sintieran como primer reflejo la necesidad de reírse de sí mismas. Lo más fácil y lo más cómodo para resolver un problema es decir: «Yo no creo en eso... Yo me río de eso.»

* * *

Conforme hay arquitectos que por economía de tiempo y de esfuerzo prefieren construir sus edificios con los escombros de otros anteriores, así hay personas que no conciben hacerse una reputación sin destruir las de los demás.

Tiene esto una revancha, y es la de que tales edificios se agrietan pronto y son a su vez destruidos, pero no para aprovecharlos en nuevas construcciones, sino para rellenar barrancos y rellenar.

SILVA LITERARIA

MEMENTO

Al conjuro de otro Cortezo
—voz que tiene dejo ancestral—,
La Semana y *EL SIGLO MÉDICO*
han podido resucitar.

Surgen los dos fuertes y sanos;
mas ya en ellos *Decio Carlán*
de los fastos facultativos
no comenta la actualidad;
y si traen Pensamientos de *Ich*,
se reciben del más allá...;
si pensador fué aquí don Carlos,
en la ultravida lo es aún más,

Aún allí rige los destinos
de esta pareja singular,
por la que fluye una centuria
en breve cauce semanal,
el Abuelo, de nimbo ungido,
que en su falsete cantará
el *andante* de la *Patética*,
de Beethoven, para solaz,
entre los cánticos angélicos,
de nuestro Padre celestial
en la gloria que le ganaron
virtud, talento y probidad.

Eduardo L. del Palacio

MARÍA BARRIENTOS Y SU MUERTE

por

F. JAVIER CORTEZO COLLANTES

Dejemos hoy, querido lector, descansar al buen don Benito Pérez Galdós, y vamos, a impulso de la actualidad, a comentar algo con motivo de la muerte de esta ilustre artista española que fué María Barrientos.

Hace próximamente dos semanas leí en un popular diario de Madrid la triste noticia de su fallecimiento en San Juan de Luz.

Sorprendióme en extremo la forma de dar la noticia, *de segunda mano*, tomada de *La Nación*, de Buenos Aires, y limitándola a un párrafo de treinta líneas.

Esperé que en días sucesivos se ocupara más extensamente la Prensa de esta singular artista y se la rindiese el homenaje debido a su gran mérito y a su larga carrera por Europa y América llevando el nombre de España y floreciéndole con sus grandes éxitos.

Nada he visto ni leído, acaso por no haber bus-

un palco interior del escenario del teatro Real, que era propiedad del primer marqués de Villamejor, y a donde íbamos nosotros por la gran intimidad que unió a mi padre con esta familia.

Lo digo para que no extrañe que asegure a continuación que una de las más grandes impresiones que recibí en la ópera madrileña fué la primera vez que escuché cantar a María Barrientos (1901 ó 1902).

Se hablaba mucho en mi casa de tiples anteriores a la Barrientos, y se discutían, analizando, las dotes de su voz y de su escuela por comparación, sobre todo cuando iba Julián Biel a cenar a mi casa. Yo no había conocido hasta entonces nadie que cantara *El barbero de Sevilla* ni *Linda de Chamounix* como María Barrientos, y sentía verdadera admiración por ella. Los éxitos de aquellas temporadas de comienzo del siglo fueron para María Barrientos, en Madrid, su verdadera con-



Primitiva fachada del teatro Real.

cado bien; pero el pensar en ello me ha traído a la memoria recuerdos y sugerencias al espíritu, y me voy a permitir dedicarla este modesto artículo.

Es bien sabido la gran afición que a la música y al canto tuvo mi padre, y no era menos la que mi madre sentía por ambas cosas. El vivir durante mis primeros diecinueve años en las cercanías del teatro Real, de Madrid, y el trato frecuentísimo con grandes artistas líricos que visitaban la casa de mis padres, así como su ejemplo y educación, nos dieron a todos los Cortezo muy temprana entrada en los grandes coliseos de ópera, y yo, por mí, puedo asegurar que fuí al teatro Real cuando otros niños van al Guíñol o al Circo. Por ello conocí y escuché grandes cantantes que muy pocos de mis contemporáneos han escuchado. Recuerdo que, en las grandes noches de gala y en muchas tardes de domingo, acudía con mis hermanos a

sagración, pues habéis de saber que por aquel entonces la admirable «Rosina» cobraba 2.300 pesetas por función, y a fuerza de trabajo, y a este precio, logró ganar en la temporada de 1902 veintitres mil trece pesetas con ochenta céntimos.

Los que hoy estamos acostumbrados a los precios de artistas y toreros (también artistas) nos echamos las manos a la cabeza al leer estas cifras, pues, aun con las patatas a veinte céntimos los dos kilogramos, era barato.

Claro que Matilde de Lerma, que puede decirse fué el éxito más rotundo de aquellos años, cobraba 1.250 pesetas por función, y Francisco Viñas, el asombro de la Ópera de Berlín y el magnífico «Lohengrin» de aquellas temporadas, cobraba 1.400 pesetas y ganaba en un año 2.000 duros.

Nuestro buen amigo Julián Biel, que entonces tenía una voz maravillosa, y a quien se educó en

Italia por intervención de mi padre y a costa de la marquesa de Villamejor, cantaba por 2.500 pesetas y ganaba en un año de actuación en el Real 7.500 pesetas.

No es fácil darse idea, las juventudes de hoy, de la gran emoción y entusiasmo que en mucha-



María Barrientos en «Linda de Chamounix».

chos de mi edad causaba el gran lujo y distinción de aquel teatro Real, que hemos perdido en fuerza de querer hacerlo mejor, olvidando que lo mejor es enemigo de lo bueno.

María Barrientos cantó bastantes temporadas en Madrid, e ignoro por qué causa estuvo muchos años sin volver cuando yo era ya un hombre hecho y derecho; mas, cátese, que en el mes de abril de 1921 fuí a embarcar en Vigo, con rumbo a Buenos Aires, viaje que hice a bordo del gran trasatlántico francés *Massilia*. Fué un viaje encantador, por cuanto, además de los pocos españoles que íbamos, formaba en el pasaje la famosa compañía argentina de Muiño, gente divertida y graciosa, y una gran compañía francesa de comedia. Al llegar a Lisboa subió a bordo María Barrientos, acompañada de un caballero, de quien luego hablaremos.

Desde Lisboa a Buenos Aires hice una gran amistad con la ilustre artista, y nos reímos bastante con las anécdotas que voy a contar y que ahora recuerdo por motivo de la triste noticia de su muerte.

Quiero antes decir que, a los pocos días de estar en Buenos Aires, fuí al teatro Colón a oír *El barbero de Sevilla* cantado por María Barrientos, y fuí con la intención de entrar a saludarla en un entreacto, como era de rigor dada nuestra reciente amistad y mi condición de compatriota.

Mas no lo hice porque sufrí durante la representación una verdadera congoja escuchando aquella voz, que yo recordaba límpida, cristalina y magníficamente manejada, en la más tremenda decadencia. No sé si llegué a llorar, pero debió faltarme poco para ello y me sirvió de lección para no ir nunca al teatro a ver artistas que prolongan su *vida* más allá de lo que sus facultades naturales permiten.

¡Pobre María Barrientos! El aplauso y las flores del elogio, que tantísimas veces mereció, debieron parecerle amarga cosa en sus últimos años de cantante.

En fin, descansen en paz la inolvidable «Rosina», y dediquémosla el recuerdo de los hechos que tanto la divirtieron en aquella memorable travesía.

María Barrientos no era guapa, no era una mujer bella, pero era una mujer atrayente y graciosa. Tampoco se vestía con gran gusto, y, sin embargo, fué una mujer de grandes atractivos para los hombres. Su cultura, su conversación, su simpatía, eran su mejor belleza, y cuando cantaba, entonces era una verdadera diosa.

Pues habéis de saber que entre las muchas cosas que ocurrieron en aquel viaje, sucedió, una mañana de gran calor, cercanos ya a la línea ecuatorial, que la primera actriz de la compañía francesa, que, entre paréntesis, era una señora vieja, jamona y pintarroteada, y hacía el viaje en un *flirt* complicadísimo con el galán joven de la com-



• Matilde de Lerma en «Aida».

pañía, que apenas contaba veinticinco años, y que, además, era de un bonito escandaloso; a fuerza de amor y de calor, una mañana, decimos, aquella buena señora sufrió un colapso y cayó al suelo en uno de los puentes de paseo. Los pasajeros, asustados, la rodearon; nadie sabía qué hacer y

todos corrían en busca del médico oficial del barco. Yo, que me paseaba con María Barrientos, me acerqué al grupo, me permití intervenir, asistí a aquella señora, y cuando el médico de a bordo llegó ya había pasado todo, entre los mimos del galán y las carantoñas de la dama.

Este episodio, con las exageraciones de las francesas, hizo que la buena señora se diese a decir que yo había sido su salvador, y esto trajo la tragedia, porque a los dos o tres días del suceso, y estando yo visitándola en su camarote, me comunicó que en *honor mío* iba a dedicarme su actuación en la gran fiesta que se estaba organizando en el barco, y me pidió que rogase a María Barrientos que la acompañara al piano en tal ocasión.

Llegó la tal ocasión, y en medio de la magnífica fiesta apareció el galán, correctamente vestido de etiqueta, y anunció a la concurrencia que su dama iba a cantar en honor del doctor Cortezo la habanera *La paloma*, acompañada al piano por María Barrientos. ¡Gran sensación! Y el *galancito* que se adelanta hacia mí, me toma de la mano y me sienta al lado mismo del piano en donde se preparaba ya a actuar María Barrientos. Transcurre un minuto, se abren las puertas del salón

podía mirarse sin soltar el trapo. Tal nos pasó a María Barrientos y a mí; pero fué aún peor el rato cuando aquella señora nos dijo en francés que ella no sabía de español ni una palabra, y se había aprendido la habanera *de oído*. Puede imagi-



Francisco Viñas en «Lohengrin».



Julián Biel.

y aparece la máscara más ridícula que imaginarse puede. Ni en broma han llegado a vestirse de españolas las artistas más ridículamente que aquella señora. Mantilla, mantón, pericón, peinetas, todo ello con tan estúpida exageración, que no

narse el lector el ratito que pasamos y los comentarios que se siguieron, porque aquello no fué una *paloma*, fué una manada de pavos, que eso era lo que la buena señora parecía.

Otra chuscada que recuerdo de aquel viaje se debió a un joyero judío que iba a bordo y que, según se nos dijo luego, era *enemigo jurado* del gentil acompañante de María Barrientos.

Este acompañante debía sin duda ser judío también; era hombre distinguido y bien cortado, pero enormemente presumido, y, además, tenía una magnífica barba negra que parecía meterla por los ojos a cuantos se cruzaban con él, y ya imaginará el lector que una barba así fatiga dentro de un trasatlántico en donde nos la encontramos cada cinco minutos durante más de doce horas del día. ¡Era mucha barba!

Pues, señor, en una gran subasta que se hizo de objetos y regalos, con destino a los huérfanos de la Marina francesa, terminada casi la fiesta y no habiendo ya nada que subastar, el capitán iba a levantar la sesión, y en este preciso momento se adelantó el judío aludido, que era bajete y rechoncho, todo lo contrario al de la barba negra. Se situó en el centro del salón, sacó una máquina de afeitar, una brocha y una barra de jabón y dijo a voz en cuello que daba 1.000 francos por afeitar la barba al compañero de María Barrientos. La risa y la algazara se mezclaron a grandes aplau-

sos, y *el de la barba* pujó 200 francos más por que no le afeitaran; subió el *barbero* hasta 1.500; subió el *barbado* hasta 1.750, y la cosa empezó a ponerse bastante fea, pues las pujas llegaron hasta 5.000 francos, momento en el cual intervino el capitán, muy acertadamente.

Los españoles y los argentinos que íbamos a bordo supusimos que a la mañana siguiente echaríamos a la mar el cadáver de uno de los dos enemigos; pero *no pasó nada*, y ni siquiera al llegar a tierra cambiaron unas balas.

María Barrientos se divertía grandemente con estas cosas y otras que desisto de contar por no pesar de largo en este artículo, y terminaré recordando que, como al llegar al golfo de Santa Catalina la mar estuviera muy brava, se mareó

casi todo el mundo, y a pesar de su gran costumbre de viajes marinos, María Barrientos estaba mareadísima. Como yo tengo la suerte de no sentir nada, aunque el barco baile el propio can-cán, me paseaba fumando o leía tranquilamente, y en uno de estos momentos me asustó la actitud airada de María Barrientos, que dirigiéndose a mí me dijo con furia:

—¿Pero es posible que usted no se maree, doctorcito?...

Y yo contesté como el baturro:

—Y yo, ¿pa qué?...

Descanse en paz y sirva este cordial recuerdo de un admirador y amigo, de compañero a la oración por el descanso de su alma.

DIVULGACIÓN DE ACTUALIDAD

A FORISMOS CIENTÍFICOS

**Sugeridos por un personaje siniestro inmortal, invisible,
pero siempre presente en nuestra vida**

por

JARDIEL PONCELA

AFORISMO

Prólogo.—Se habla ahora mucho de los «criminales de guerra». Hablemos un poquito nosotros de un «criminal de paz»: del peor, del más desalmado y más feroz «criminal de paz» que existe y que haya existido nunca, al que el día 18 del pasado mes de mayo, como todos los años, se le dió una batida general con el nombre de «Fiesta de la Flor», y contra el cual abro yo el fuego hoy con estos «Aforismos científicos».

Hablemos de DON BACILO DE KOCH y FRAATZ.

AFORISMOS BIOGRÁFICOS

El famoso y tristemente popular don Bacilo de Koch y Fraatz vino al remedo visible de un microscopio, en 1882, en Woltstein (Prusia Oriental), y en casa de las personas que más se interesaban por su existencia: el médico rural don Roberto Koch y su esposa, doña Emilia Fraatz.

Se calcula que desde el principio de la Era Cristiana hasta hoy, las guerras, utilizando toda clase de ingenios destructores, «han causado la muerte a SEISCIENTOS MILLONES DE SERES HUMANOS».

En ese mismo tiempo, y utilizando nada más que su arma genuina, que es la tuberculosis, don Bacilo de Koch «ha asesinado», según cálculos, CIENTO DOS MIL MILLONES DE SERES HUMANOS, o sea UNAS CIEN VECES LA POBLACION TOTAL DEL PLANETA.

AFORISMOS DIVULGATIVOS

No os fiéis de los pequeños, que son los más temibles.

El monstruo criminal de don Bacilo de Koch, el elefante más poderoso de la Creación, mide de estatura una milésima escasa de milímetro.

Un tigre significa tanto como una fiera; veinte tigres significan tanto como una manada de fieras; cuarenta manadas de fieras significan tanto como un don Bacilo de Koch.

Don Bacilo de Koch ha hecho millonarios a 5.856.976 marmolistas especializados en lápidas y mausoleos.

Un hombre puede ser guapo, elegante, apuesto, preferido por las mujeres, simpático, rico, joven, alegre, inteligente, culto, discreto, amable, triunfador, célebre...

Y una mujer puede ser hermosa, distinguida, esbelta, atractiva, encantadora, deseada y amada por todos los hombres, admirada y envidiada por todas las mujeres, lista, refinada, sagaz, espiritual, graciosa, luminosa, brillante, resplandeciente.

Pero que un solo don Bacilo de Koch penetre en el organismo de ese hombre o de esa mujer, y, poco tiempo más tarde, dejarán de ser ellos todo eso para ser una esquila en los periódicos.

¿Sabéis cuántas cifras hay que alinear para escribir un billón? Todas éstas: 1.000.000.000.000.

¿Os fijáis bien?

Para escribir un billón hay que alinear sobre el papel trece cifras.

Pues no olvidéis esto otro:

En VEINTICUATRO HORAS, DE CADA BACILO DE KOCH NACEN SEIS BILLO-
NES DE BACILOS DE KOCH.

Desde hace sesenta y cuatro años, en que don Bacilo de Koch fué visto por primera vez entre los dos cristales del «porta» y del «cubre» de un microscopio, la Humanidad sólo persigue y desea conseguir y estamparle el sello que debe ponerse debajo de algunos reportajes y fotografías de prensa: «PROHIBIDA LA REPRODUCCION».

Para don Bacilo de Koch, el cuerpo humano es un parque de atracciones.

Con la mitad de un don Bacilo de Koch se podría destruir, dejando al instante tieso y con las cuatro patas por alto, al fiero y poderoso toro de lidia en el momento en que surge, con los ojos echando lumbre y bufando, por la puerta del toril de la plaza de toros.

Y con un don Bacilo de Koch entero se podría destruir el toro, el toril, la puerta y la plaza.

Los ladrones entran en las casas cuando están las ventanas y los balcones abiertos.

Por el contrario, el asesino más terrible, implacable y despiadado, don Bacilo de Koch, entra en las casas cuando las ventanas y los balcones están cerrados.

Si queréis evitar que os roben, cerradlo todo.

Si queréis evitar morir, abridlo todo de par en par.

La suciedad, el abandono, la dejadez y la imprudencia son las cuatro ruedas del coche en que se pasea, atropellando a todo bicho viviente, don Bacilo de Koch.

Donde entra don Bacilo de Koch, se hace el amo a poca confianza que se le dé.

Una tarde fué de visita a un teatro, y allí está todavía *La dama de las camelias*.

El compañero más fiel del hombre no es el perro, sino don Bacilo de Koch.

El doctor Petiot, al lado de don Bacilo de Koch, es una señorita de conjunto.

Los padres y las madres prudentes no viven ni sosiegan pensando, atemorizados, en con quién hacen amistad sus hijos y a qué persona tendrán ocasión de ser presentadas sus hijas; pero ningún padre ni ninguna madre se preocupa ni teme lo más mínimo de que sus hijas o sus hijos pue-



(Aprobado por la Censura Sanitaria)

rían trabar conocimiento un día con don Bacilo de Koch.

Y, sin embargo, si eso ocurre, ni los hijos van a hacer más amistades ni a las hijas les van a presentar a nadie ya.

Es cierto que la unción crea el órgano; pero cuando el bacilo de Koch se mete en un órgano, se acaba la función.

Don Bacilo de Koch mata más que «Manolete».

AFORISMO RESUMEN

En la lucha contra don Bacilo de Koch, lo único que no se puede es vacilar.

(Publicado en *Levante*, de Valencia.)

(Autorizada su reproducción en EL SIGLO MEDICO por el delegado nacional de Prensa del Movimiento.)

NUESTRO BUEN HUMOR

Publicamos en esta sección las anécdotas y ocurrencias que vamos recibiendo para tomar parte en el concurso mensual abierto por nuestra Revista.

Aparecerán los materiales recibidos por riguroso orden de su llegada a nuestra Redacción sin someterlos a selección alguna, aparte la lógica de los que pudieran ser impublicables por su mal gusto u otras cualesquiera causas.

DEONTOLOGIA ANTICONCEPCIONAL

Por J. Falado, de Valencia.

Doña Elsa era una damita que a los veintinueve años de edad, confesados por ella y confirmados por la partida de nacimiento, había dado a luz cuatro herederos, criados con la misma pulcritud y elevado criterio que cualquiera de nuestras mejores puericultoras diplomadas. Pero le aterraba la perspectiva de continuar recibiendo encargos de la factoría infantil, que la leyenda ha situado en la capital francesa, y que, paradójicamente, es donde menos hijos vienen al mundo. Y decidida a poner remedio al *record* iniciado, se atrevió a consultar con un tocólogo, moral y profesionalmente enemigo de la moderna eugenesia anticoncepcional, tan exaltada en aquel célebre Congreso de Eugenesia capitaneado por una mujer-macho que se llamaba Hildegart.

—Doctor, por Dios, apiádese de mí, y hágame la merced de explicarme qué debo hacer para evitarme tan frecuentes gestaciones, que van a acabar con mi vida y con la paciencia de mi marido.

—¡Ah, señora, eso es muy sencillo! Hay un remedio infalible y facilísimo de poner en práctica. Basta, simplemente, con que usted se tome un buen vaso de agua fría. Con este sencillo remedio, puede tener la absoluta seguridad de que no volverá a quedarse embarazada.

—¡Pero, doctor! ¿Con un solo vaso de agua?

—Efectivamente; con ese sencillo recurso, logrará lo que desea.

—Y dígame, doctor. ¿Cuándo he de tomar el vaso de agua fría? ¿Antes de ... o después de ...?

—¡Ah, no, señora! Ni lo uno ni lo otro, sino todo lo contrario. En lugar de ...

A LA CHINCHE

Por Antonio Bendicho, de Fuenteovejuna.

Pues conciliar no puedo el dulce sueño porque tu cruel picar me trae inquieto, desfogaré mi enojo en un soneto, y en él te afrentaré con todo empeño.

Tú eres, de los insectos, el más bajo, pues nos hieres de noche y alevosa, marchándote en seguida sigilosa, dejándonos en el rascar trabajo.

Tráigame peste pulga saltarina o tifus petequial piojo goloso; pero libreme Dios de aquesta inquina que causa tu picar, bicho asqueroso. Antes morir en fétida sentina que alimentar insecto tan odioso.

RIGUROSAMENTE HISTORICO

Por J. Mendiguren Bollegui, de Uztarroz.

Estando de médico interno en el hospital de P... salas de Medicina (hombres) e infecciosos, había veces en que, por ausencia del jefe de sala, pasaba solo la consulta, que era en días alternos. Aquel día (jueves) entró una mujer de un pueblo, que venía afligida, a preguntar por su hijo enfermo ingresado hacía dos días. Recordaba perfectamente los ingresos que hubo el día a que hacía referencia la mujer, pero, sobre todo, un muchacho que ingresó con un cuadro típico y en estado bastante grave de tifus abdominal. Y, sin pensarlo más, pregunto a la mujer:

—¿Es uno de tifoidea?

—No. Es de Ribaforada.

(Ribaforada es un pueblo de la provincia de Navarra.)

Informatorio profesional

NUESTRO ACERCAMIENTO A LAS PROVINCIAS ESPAÑOLAS

EL SIGLO MÉDICO siente la imperiosa necesidad de ponerse en contacto directo con las actividades científicas, sanitarias, profesionales y sociales de los médicos que ejercen su sagrado ministerio alejados de Madrid. Necesitamos conocer *de visu* cómo se desenvuelven los Centros hospitalarios, benéficos y sanitarios de las provincias españolas. Nos interesa conocer el progreso creciente de las industrias, laboratorios y fábricas en relación con la Medicina. Y nos satisfará extraordinariamente el poder ser los portavoces ante los compañeros del resto de la península de estos avances.

Con el natural deseo de contribuir a su remedio, no recataremos ante los ojos de nuestros lectores las deficiencias que hallemos en nuestras visitas, aspirando únicamente a que por intervención nuestra pudieran anularse del todo o atenuar las insuficiencias o defectos con que nos podamos enfrentar.

Con este natural y entusiasta deseo nuestro de conocer en su casa a nuestros colegas de provincias, EL SIGLO MÉDICO iniciará, a partir de septiembre próximo, la publicación de ediciones especiales, de números extraordinarios, con periodicidad mensual, destinados a acontecimientos científicos y a visitas efectuadas por nuestros redactores a diversas provincias españolas.

El número extraordinario de septiembre estará principalmente dedicado al Congreso Oftálmico de La Toja, a la XXIV Asamblea de la venerable y prestigiosa Sociedad Oftalmológica Hispanoamericana, que tendrá lugar en La Toja durante los días 9 al 14 del mes próximo. En este número extraordinario iniciará su misión informativa oftalmológica una crónica de nuestro redactor encargado de la Sección de Oftalmología, doctor don Mario Esteban Aránguez, teniente coronel médico de Aviación y director del Hospital de Medicina del Aire. En él colaborarán prestigiosos oftalmólogos de los que concurran al Congreso, y a la cabeza de ellos el ilustre maestro de la especialidad doctor don Hermenegildo Arruga.

Irà ilustrada esta edición con retratos de congresistas, fotografías de los actos efectuados y de los agasajos y excursiones llevados a cabo y con dibujos que le hagan atrayente y que sirva de agradable recuerdo de esta semana, en la que se

mezclarán los trabajos severamente científicos con las amenidades y fiestas propias de estos Congresos, que tan exactamente permiten conocerse unos a otros.

Un número del mes de octubre se titulará EL SIGLO MÉDICO EN ZARAGOZA, y a la españolísima capital de la Pilarica estará preferentemente dedicado.

El mes de noviembre iremos a Sevilla, y también una de las ediciones de aquel mes estará destinada a presentar a nuestros lectores el nuevo Instituto Provincial de Sanidad y el Instituto de Anatomía, recientemente inaugurados en la capital de la Giralda.

Para fin de año preparamos un número-almanaque, que dedicaremos a recoger en sus páginas, sobre todo, las actividades de la industriosa capital de Cataluña.

Para lograr el mejor y más brillante éxito, invitamos a nuestros amigos de toda España a sugerirnos ideas y orientaciones, que nosotros estudiaremos con el máximo cariño e interés y que adoptaremos en cuantos casos nos sea posible.

EL SIGLO MÉDICO es de todos y debe trabajar para todos.

LA PRODUCCION DE PENICILINA EN FRANCIA

Comunican de Francia que la producción de penicilina en escala industrial marcha prósperamente. Desde finales de 1946, cincuenta millones de millares de unidades por mes se pondrán a disposición de la Sanidad Pública. Los establecimientos del Ministerio de Armamentos aportan igualmente una gran ayuda y apoyo a esta producción. Además, por una ley reciente, se ha creado un establecimiento nacional denominado Sociedad de Productos Bioquímicos, que emprenderá la fabricación de penicilina y de todos los medicamentos antibióticos modernos.

DECLARACIONES DEL PROFESOR PORTUGUES DOCTOR GENTIL

El profesor Gentil, figura eminente de la Medicina portuguesa, está dando una serie de conferencias en el aula de la Casa Valdecilla, con motivo del curso de Oncología organizado por

el Instituto Nacional del Cáncer. Como director del Instituto portugués, ha hablado de los procedimientos actuales de curación del cáncer, y que es mucho lo que todavía falta por hacer en todos los países del mundo, no obstante los evidentes progresos realizados en este sentido. Cree que nos encontramos en un momento interesantísimo en lo relativo a la curación de esta enfermedad. Lo más moderno, sin duda, son los métodos terapéuticos mediante aparatos eléctricos de gran voltaje.

El profesor Gentil, que ha estado otras veces en España, afirma que en Santander hay un establecimiento sanitario importante de Europa, y conste—añade—que no me refiero sólo a la magnificencia de las instalaciones de la Casa de Salud Valdecilla, sino también a su categoría científica, que hacen de ella una instalación modelo desde todos los aspectos que se la considere.

IMPOSICION DE INSIGNIAS

La Cruz de Sanidad le ha sido impuesta el lunes, día 26, al doctor don Antonio García Vélez, jefe provincial de Sanidad de Guipúzcoa. Presidieron el acto, celebrado en el Instituto Provincial de Sanidad e Higiene, el director general de Sanidad, doctor Palanca; el gobernador civil, el presidente del Consejo General de Colegios Médicos de España y otras autoridades, y asistieron numerosos médicos de la localidad.

El jefe del Negociado de Médicos titulares, doctor Barrios; el presidente del Consejo General de Colegios Médicos, doctor González Bueno, y el doctor Palanca pusieron de relieve la gran labor humanitaria realizada por el doctor García Vélez, quien contestó con palabras de agradecimiento.

SECCION OFICIAL

TRIBUNAL DE OPOSICIONES A LAS CÁTEDRAS DE DERMATOLOGÍA Y VENEREOLOGÍA, VACANTES EN LAS FACULTADES DE MEDICINA DE LAS UNIVERSIDADES DE VALLADOLID Y ZARAGOZA.—*Señalando fecha, hora y local en que se han de presentar los opositores.*

Los aspirantes a estas cátedras se presentarán el día 16 de septiembre próximo, a las once y me-

dia de la mañana, en la sala de Grados de la Facultad de Medicina de Madrid, a fin de conocer el sistema acordado por el Tribunal en orden a la práctica de los dos últimos ejercicios de estas oposiciones.

En dicho acto, los señores opositores entregarán al Tribunal los trabajos científicos y la exposición escrita del concepto, método, fuentes y programa de la disciplina, sobre lo que han de versar los dos primeros ejercicios, de conformidad con lo prevenido en el vigente Reglamento de oposiciones a cátedras de Universidades. Asimismo entregarán el recibo de haber ingresado en la Habilitación del Ministerio de Educación Nacional los derechos que previene el Real Decreto de 12 de marzo de 1925.

Madrid, 20 de agosto de 1946.—El Presidente del Tribunal, *Fernando Enriquez de Salamanca*.

(B. O. del E. de 23-VIII-1946.)

Rectificación a la Orden ministerial de 1 de agosto de 1946 en la que se convocaba a concurso voluntario de traslado entre Oftalmólogos de los Servicios Provinciales de Sanidad para cubrir las vacantes existentes en su plantilla.

Habiéndose padecido error material al redactar la Orden ministerial de 1 de agosto (inserta en el *Boletín Oficial del Estado* de 4 del mismo mes) por la que se convoca a concurso voluntario de traslado entre Oftalmólogos de los Servicios Provinciales de Sanidad para cubrir las vacantes existentes en su plantilla, toda vez que aparece como vacante dicho cargo en Zaragoza, que se halla cubierto en propiedad, y, por el contrario, se han omitido los de Tarragona y Teruel, se publica la presente rectificación, para conocimiento de los interesados, haciéndose constar que no se anuncia la plaza de Zaragoza por no estar vacante y que podrán ser solicitadas las de Tarragona y Teruel, que no están provistas en propiedad.

A tal efecto, se entenderá que el plazo de veinte días señalado para tomar parte en dicho concurso comenzará a contarse a partir del siguiente al de la publicación de la presente rectificación en el *Boletín Oficial del Estado*.

Madrid, 12 de agosto de 1946.—El Subsecretario, *Pedro F. Valladares*.

(B. O. del E. de 26-VIII-1946.)

HERBOLARIO

del barrio de Salamanca

*Tiene el gusto de ofrecer a usted
toda clase de plantas seleccionadas
medicinales, aromáticas y especias
naturales en*

== **HERMOSILLA, 10** ==

Frente al Teatro Beatriz, entre Serrano y Claudio Coello

Traductor médico de LENGUAS VIVAS

EL DOCTOR

Don Eduardo del Palacio Chevallier

Catedrático numerario de francés y Profesor diplomado de inglés
por la Escuela Central de Idiomas.

Médico y periodista diplomado de la Escuela Oficial de Periodismo.

OFRECE

sus servicios para traducciones directas e inversas de las lenguas inglesa, francesa, italiana y portuguesa.

Con dominio absoluto de la terminología médica.

Dirigirse a **EDUARDO DEL PALACIO CHEVALLIER**, calle de Joaquín Costa, 9, hotel, Madrid. Teléfono 41819.



BACTOLACTINA

BACTERIOTERAPIA INTESTINAL POR LACTOBACILLUS ACIDOPHILUS
EN ESTADO DE VIDA LATENTE, POR VIA ORAL.

Enteritis agudas y crónicas, colitis y enterocolitis, especialmente
la enterocolitis estival infantil (DIARREAS DE VERANO).

DOSIS

Niños: media o una ampolla diaria en agua poco templada o fría.

Adultos: una ampolla antes de las comidas disuelta en agua.

Agitar el contenido antes de su uso.

PRESENTACIÓN

Caja de 6 ampollas de 5 c. c.

Preparado de la Fábrica de Productos Químicos y Farmacéuticos
-ABELLÓ-MADRID-LEÓN

