



EL SIGLO MÉDICO

SEMANA MÉDICA ESPAÑOLA

REVISTA TÉCNICA Y PROFESIONAL DE LAS CIENCIAS MÉDICAS

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 14 de septiembre de 1946

NÚMERO 4.717



PRODUCTOS
FARMACÉUTICOS



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

- = CITRONITRINA
- = CALCIO «GEVE»
SIMPLE
- = CALCIO «GEVE»
CON VITAMINA D
- = SULFOLAPINA
- = TÓNICO «GEVE»
- = LINITUL
- = EUBORAL
- = POMADAS
OFTÁLMICAS «GEVE»
- = POMADAS
DORADA VERGÉS

Doctor:

Sírvase Vd. pedirnos literatura y muestras para ensayos clínicos.



Una excelente
preparación de kola:

Tónico GEVE

Estimula la actividad cardíaca
y aumenta la tensión arterial

Granulado a base de nuez de kola
y glicerofosfatos con pepsina

FORMA DE ADMINISTRACIÓN:

Tónico GEVE puede tomarse solo o disuelto en vino, agua o leche, antes o después de las comidas. Igualmente puede tomarse mezclado con nata o con yoghurt, a los que comunica un sabor muy agradable

DOSIS (Salvo prescripción facultativa)

Una cucharadita de las de café, bien llena, dos o tres veces al día.



LINITUL GEVE

Compresas de tul engrasado y esterilizado a 120°

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

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

EL SIGLO MÉDICO

SEMANA MEDICA ESPAÑOLA

REVISTA TECNICA Y PROFESIONAL DE CIENCIAS MEDICAS

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

Programa científico:

PROGRESSI SUMUS, PROGREDIMUS, PROGREDIEMUR

SUMARIO DE ESTE NUMERO.—SECCIÓN CIENTÍFICA: COLABORACIONES: *Problemas que plantea la queratoplastia*, por el Doctor A. Poyales. *Calculosis y cura balnearia*, por el Dr. A. Chaminade Yuste. DIVULGACIONES NACIONALES: *Los estados leucemioides*, por el Dr. Francisco Alberico. ACADEMIAS Y SOCIEDADES CIENTÍFICAS. CONSULTORIO MÉDICO QUIRÚRGICO. BIBLIOGRAFÍAS. REGISTRO DE SUMARIOS.

COLABORACIONES

PROBLEMAS QUE PLANTEA LA QUERATOPLASTIA

por el

Doctor A. POYALES

La queratoplastia plantea, ante todo, dos tipos de problemas: unos inherentes a toda intervención intraocular con amplia abertura de globo, y otros específicos del injerto corneal en sí. En esta comunicación nos referiremos exclusivamente a estos últimos.

Dos grandes grupos pueden establecerse, los correspondientes al dador y aquellos que se refieren al receptor.

PROBLEMAS QUE SE REFIEREN AL SUJETO DADOR

Salvo los casos de autoplastias, empleamos sistemáticamente ojos de individuos fallecidos por accidente. El tiempo que haya transcurrido desde la defunción no es grave problema, dentro de ciertos límites. Que no haya putrefacción es lo más importante y a ser posible que el cadáver haya permanecido con los ojos cerrados, con lo que se evita la descamación del epitelio corneal, aunque, por otra parte, tampoco es de una extraordinaria importancia la integridad perfecta del epitelio, pues se regenera rápidamente.

El hecho de preferir los fallecidos por accidente lo justificamos pensando en la perfecta crisis que habían de poseer, cuando se dedicaban a sus habituales actividades, contrastando con el estado de los fallecidos por enfermedades metabólicas o vasculares, únicos casos a considerar, pues los infecciosos evidentemente no sirven. Claro está que, por lo general, en los muertos por accidente des-

conocemos los antecedentes patológicos, sífilis ante todo, pero no parece que una córnea sana y un ojo sano sean capaces de albergar treponemas, y parece confirmarlo el hecho de no haber observado ni una sola infección ni un solo contagio en treinta y seis casos operados.

Hay que hacer notar, sin embargo, que solamente deben utilizarse ojos de fallecidos a consecuencia *directa*, y jamás de aquellos que lo han sido ulteriormente a consecuencia de complicaciones infectivas. Las córneas procedentes de individuos fallecidos en tales condiciones deben considerarse totalmente inadecuadas o, mejor dicho, extremadamente peligrosas.

Algunos autores han utilizado córneas fetales, muy fáciles de obtener en magníficas condiciones. El mayor inconveniente que tienen consiste en la diferencia de espesor que presentan con respecto a la del adulto; y adelantemos que uno de los fundamentos del éxito de la queratoplastia estriba en la perfecta coaptación, capa por capa, sobre todo Descemet, y endotelio del injerto con el patrón, y esta condición es prácticamente imposible de obtener con córneas obtenidas de fetos. Por todo esto, la utilización de tales dadores se ha ido desechando cada vez más, hasta el punto de que, revisando la literatura, no hemos sabido de nadie que actualmente los emplee.

El caso ideal lo constituyen las autoplastias. Aunque no es frecuente, a veces se encuentran individuos ciegos a consecuencia, por ejemplo, de

un desprendimiento de retina u otra afección de fondo en un ojo, y una opacidad corneal más o menos extensa en el otro. La queratoplastia, en estas condiciones, da hoy por hoy los máximos resultados que se pueden esperar: si la técnica operatoria ha sido correcta, al cabo de unos meses sólo es posible observar en el ojo injertado, a más de la cicatriz corneal circular, leves alteraciones en Descemet y endotelio, sólo visibles a la lámpara de hendidura, siendo la transparencia perfecta a simple vista y oftalmoscopio.

Entre las autoplastias se pueden incluir también las queratoplastias por rotación. Supongamos un ojo con un leucoma central, más bien pequeño, y el resto de la córnea en perfectas condiciones de transparencia; hagamos en este ojo una trepanación excéntrica bastante mayor que el leucoma de modo que el borde del trépano toque justamente al borde del leucoma, y, una vez obtenida la rondela corneal, girémosla 180 grados alrededor de un eje anteroposterior, con lo cual se habrá logrado que la zona transparente haya venido a situarse delante de la pupila, y la opaca en un sector excéntrico.

La queratoplastia por rotación adolece, sin embargo, de un gran inconveniente. Este se aprecia ya en el enunciado de las condiciones precisas; necesitamos se trate de un leucoma central y limitado, y estos casos han venido resolviéndose bastante bien con iridectomía y tatuaje. Y lo que es evidente es que con la queratoplastia se puede ganar mucho más que con la iridectomía, pero también se puede perder todo con mayor facilidad. Nos encontramos, pues, ante un problema análogo al que se planteó hace veinte años entre la extracción total y la extracapsular de la catarata, que únicamente se ha podido resolver a favor de la primera, en virtud de innumerables progresos de técnica quirúrgica. Así, pues, es de esperar que dentro de algunos años no se practiquen más iridectomías ópticas, sino únicamente queratoplastias, «de la clase que fuere», lo que evidentemente es mucho más quirúrgico y mucho más lógico en el sentido óptico.

Por último, en lo que respecta a la obtención del injerto, quedan los ojos procedentes de la clínica y que han de ser enucleados. Sólo dos casos hay que considerar: ojos dolorosos por glaucoma y ojos enucleados por tumores malignos intraoculares. Los primeros no dan buenos resultados en lo que a transparencia del injerto se refiere, y en cuanto a los segundos, son generalmente utilizables. No parece, si la córnea no está invadida, haya peligro alguno de implantación de tumor. Pero los tumores intraoculares son de por sí raros, y la coincidencia de uno de ellos con un sujeto tributario de queratoplastia es una circunstancia muy difícil de lograr.

En cuanto a la conservación de la rondela corneal desde que es extraída del cadáver hasta su uti-

lización, se han propuesto diferentes técnicas: tratamiento con peptonas; inmersión en suero, en sangre citratada del cadáver dador, etc. Personalmente nos parece lo mejor conservar el injerto en seco, si bien en atmósfera saturada de vapor de agua, con lo cual ni se hincha por imbibición ni tampoco se deseca. Para lograr esto, se coloca la rondela corneal en un tubo de ensayo, pegada a su pared por la cara epitelial. En el fondo del tubo hay un algodón empapado en suero fisiológico y se cierra herméticamente con tapón de goma. Todo ello se coloca a una temperatura de 3 ó 4 grados sobre cero, que es la de las neveras usuales, para evitar procesos de autólisis y de cultivo de los posibles gérmenes que se hallasen en la superficie del injerto. El tiempo que puede conservarse el injerto en estas condiciones es probablemente largo. Nosotros, lo más que lo hemos conservado han sido tres días, con buen resultado, y hasta incluso parece conveniente dejar transcurrir veinticuatro horas entre la obtención del injerto y su utilización, lo cual podría atribuirse a una pérdida de especificidad.

Ni que decir tiene que tanto la obtención del transplante como su conservación ha de hacerse con todas las reglas asépticas, siendo conveniente explorar, siquiera sea sumariamente, las vías lagrimales del dador, sobre todo si se trata de una mujer, pues la existencia de una dacriocistitis lo haría inutilizable.

Hay operadores que prefieren, en lugar de obtener el injerto directamente del cadáver, enuclearlo el ojo y luego trepanar en el momento de la intervención. Tal vez tenga esto ventajas en lo que respecta a la integridad, tan importante, y asepsia de las capas posteriores del transplante; pero una enucleación, aun en el depósito judicial, requiere más instrumental que una trepanación, y además, generalmente por justificadísimos motivos de índole social, se hace preciso colocar una prótesis de cristal en la órbita del cadáver.

PROBLEMAS REFERENTES AL PATRÓN

Mucho más importante que las condiciones referentes al injerto son las correspondientes al estado del ojo patrón, hasta el punto de que se puede decir siempre, salvo los imponderables aún desconocidos, son las que deciden el éxito o el fracaso de la intervención.

La queratoplastia es intervención muy delicada. Sobre todo si se sutura directamente el injerto a la córnea receptora, los errores no han de sobrepasar la décima de milímetro. Se precisa, pues, una absoluta inmovilidad. La general la obtenemos con un prenarcótico del tipo del escofedal, y la local con una perfecta anestesia, aquinesia del orbicular y fijación de los rectos, a veces de los cuatro, pues es frecuente que estos ojos presenten nistagmo. La inyección de novocaína en el ganglio

ciliar es muy útil, sobre todo en los casos complicados con probable pérdida de vitreo, por la hipotonía de globo que ocasiona y por la anestesia de iris, que, precisamente aquí, casi siempre habrá que resecar, por lo menos en parte.

Referente al estado del ojo, anatómicamente considerado, distinguiremos dos tipos de problemas: los referentes al pronóstico funcional y los meramente técnicos.

Son ojos de buen pronóstico aquellos que presentan leucomas limitados; es norma que cuanto mayor sea el perímetro del injerto que asienta en córnea sana, tanto más fácil es que se obtenga una transparencia definitiva.

La existencia de una sinequia anterior parcial no empeora el pronóstico. Ahora bien, o se huye de ella o se destruye, resecando una buena porción del iris próximo al incluido en la cicatriz corneal, ya que el contacto del iris con el injerto le aportaría vasos sanguíneos que, por razones aún no del todo esclarecidas, motivarían su opacificación. De todos modos, si no hay razones técnicas que lo impidan, se debe proceder a la eliminación de la sinequia, ya que así pondremos el ojo a cubierto de los peligros que ésta suele llevar consigo, a veces en fechas muy tardías (glaucomas secundarios, sobre todo).

Aun en ojos con leucomas limitados, el pronóstico es distinto según la anatomía patológica de la lesión. En todo caso, los avasculares dan mayor tanto por ciento que los vascularizados. Así, pues, podemos considerar de muy buen pronóstico las queratitis degenerativas—queratosis sería la palabra más exacta—, y ante todo la rara queratitis en banda (rara en ojos por lo demás sanos), las opacidades ya avasculares de antiguas queratitis intersticiales y los viejos leucomas postúlceras no perforadas. Una excepción habremos de hacer, y es la serosis córneoconjuntival: en ella no debe practicarse el injerto corneal, pues su epitelio anterior se hace serótico rápidamente.

Peor pronóstico tienen las queratitis intersticiales con vasos. En éstas es conveniente esperar, porque la existencia de una vascularización nos indica hasta cierto punto un estado evolutivo del proceso.

De muy mal pronóstico son los casos en que el leucoma es total y vascularizado. La sinequia anterior también lo es, y, por lo general, cuando existe un catarata. Un caso de este tipo es el que se presenta en la proyección cinematográfica.

Técnicamente, el primer problema que se plantea es el referente al tamaño del injerto y al tamaño de la trepanación, que si bien casi todos los oculistas hacen iguales, hay algunos que prefieren el injerto algo mayor (una décima de milímetro), para obtener una mejor coaptación, mientras que hay otros que lo prefieren más pequeño, siendo esto último tal vez útil si por abundante pérdida de vitreo el globo se retrae tanto que un injerto

de igual tamaño que la trepanación resulte imposible de colocar.

El tamaño oscila entre los 3 1/2 milímetros y la totalidad de la córnea. Naturalmente, hay que decidirse por un tamaño que en cada caso particular permita la mayor superficie de contacto entre el injerto y córnea sana, por el papel importantísimo que juega este factor en el mantenimiento de la transparencia. Sin embargo, no hay que extremar las cosas, pues los injertos de diámetro superior a 6 milímetros siempre se opacifican; y no digamos nada de la queratoplastia total. Yo sólo he practicado una, y, tras la opacificación completa, hube de enuclear el ojo, por fenómenos glaucomatosos. Mi única experiencia no puede ser más desastrosa y por lo demás coincide con todo lo publicado sobre este tipo de intervención.

En lo referente a la forma, hoy se prefiere la redonda, obtenida por trepanación, a la cuadrada y a la poco experimentada queratoplastia en herradura, obtenida con sacabocado, previa incisión lineal en limbo esclerocorneal. Las ventajas de la trepanación redonda son evidentes: máxima superficie transparente para mínima longitud de herida corneal. El aspecto estético tampoco es de desdeñar, pues la plastia redonda se asemeja, si bien de un modo no absoluto, a la pupila, pero fundamentalmente en la trepanación redonda hay una exacta correspondencia entre patrón e injerto, ya que ambos han sido seccionados circularmente por idéntico instrumento, mientras que la queratoplastia cuadrada, realizada obteniendo un pedazo de córnea cuadrada mediante sección con el cuchillete de Graefe, no puede nunca llenar esta condición.

Se han propuesto algunos instrumentos con el fin de obtener injertos tronco-cónicos, forma que evitaría la posible caída, en la cámara anterior, del patrón. Realmente tal cosa no es precisa; en primer lugar, porque el injerto nunca cae en la cámara anterior, por la sencilla razón de que ésta deja de existir en el mismo instante de efectuar la trepanación, y cuando vuelve a formarse es absolutamente cierto que el injerto se halla adherido en toda la extensión de su periferia.

El segundo problema técnico se refiere a la existencia o inexistencia de cámara anterior en el ojo que hemos de operar.

Caso de haber cámara anterior, es fundamental trepanar de tal modo que no se lesionen partes profundas del ojo, que, lógicamente, han de hallarse en buen estado. Trepanando normalmente, con algo de práctica y cuidado, esto se logra generalmente, pero también es cierto que casi nunca se consigue una sección completa de la rondela corneal opaca, porque, primero, es imposible mantener el trepano matemáticamente normal a la superficie corneal, y segundo, porque la córnea leucomatosa no tiene idéntico espesor en toda su extensión. De esto deriva el hecho constante de

que, mientras el trépano ha penetrado en cámara anterior en un sector mayor o menor, queda otro sin seccionar, sección que además resulta imposible practicar con el trépano, pues la cámara anterior se vacía, el iris y el cristalino se adosan a la córnea y, de seguir actuando con el trépano, heriríamos estos órganos. La sección es, pues, preciso completarla con un cuchillete que, aun siendo de punta roma, ofrece ciertos peligros para la cápsula anterior del cristalino y, además, frecuentemente no la completa de un modo totalmente exacto.

Pensando en estas dificultades, hicimos construir este aparato, que no es, en realidad, sino una modificación del queratótomo a fijación neumática del doctor Barraquer Moner. Se trata de un cilindro de 5,2 milímetros de diámetro interior, cuyas paredes en la porción inferior se transforman en una ventosa; resulta así, pues, una ventosa en forma de corona circular, cuyo diámetro mayor es de 11 milímetros y el menor de 5,2 milímetros. Esta ventosa se halla en comunicación con el erisífacio mediante un tubo que a la vez sirve de mango para manejar con facilidad el aparato.

El trepano también tiene algunas variantes con respecto a los corrientes. A más del émbolo interior limitador de profundidad, que aquí realmente, como luego se verá, no tiene utilidad ninguna, pero se ha conservado para poder utilizar el trepano sin la ventosa, posee un pie externo con movimiento ascendente y descendente, solidario del émbolo interno. Este pie se apoya sobre el cilindro que constituye la ventosa y, mediante sus movimientos, regulamos la profundidad del corte. La técnica de la trepanación con este aparato es la siguiente. La ventosa se aplica, centrándola, sobre la zona de córnea que deseamos trepanar, y, una vez logrado esto, se da paso al vacío, con lo cual la córnea queda adherida al aparato. El trepano es regulado para obtener ampliamente una sección corneal segura en toda la extensión del corte (por ejemplo, 1 1/2 milímetros), se introduce en el cilindro, se tira ligeramente de éste hacia arriba (según la nomenclatura anatómica, hacia adelante), procurando que esta tracción sea equivalente a la presión que imprimimos al trépano, y haremos girar éste sin temor alguno, hasta que su pie regulable se halle en contacto con el cilindro de la ventosa, momento en el cual la trepanación está con toda seguridad hecha en toda la extensión de su periferia, y sin que el iris ni el cristalino hayan podido ser heridos, pues dado que la cámara anterior no se vacía, hay un amplio margen de seguridad de, por lo menos, 3 milímetros.

Es muy importante que el esfuerzo de tracción sobre la ventosa sea de análoga cuantía que el de presión sobre el trépano, ya que únicamente así se logra toda la eficiencia del aparato. Si la tracción es excesiva, puede despegarse la ventosa, y si es demasiado débil, el trépano deprime la cór-

nea, la profundidad de la cámara anterior se reduce y el margen de seguridad de que hablábamos se reduce proporcionalmente.

Las ventajas de este modo de proceder se comprenden fácilmente. En primer lugar, la verticalidad del trépano, si bien es de desear, no es absolutamente precisa, pues toda oblicuidad se transmitirá al cilindro portador de la ventosa, el cual, dentro de ciertos límites (hasta que la ventosa se despegue por un lado), obligará a la córnea y al ojo a seguirla, de tal modo, que la línea que representa la acción del trépano siempre será normal a la superficie de la córnea. Y, en segundo lugar, también salvamos el inconveniente de que la córnea sea más gruesa en algún punto, pues como la cámara anterior no se vacía al penetrar el trépano por algún sector, queda espacio suficiente para completar la trepanación.

Experimentalmente hemos comprobado estos hechos utilizando conejos que, como es sabido, tienen una córnea muy delgada, pero extraordinariamente dura al corte. Una aguja introducida en cámara anterior en comunicación con un manómetro sensible, servía para estudiar la marcha de las presiones en esta cámara durante la intervención. La caída de tensión que la penetración de la aguja en cámara anterior producía por la salida de humor acuoso hacia el manómetro, era compensada mediante inyección de agua hasta que la tonometría daba cifras idénticas a las obtenidas antes de la punción.

Utilizando las técnicas corrientes, siempre se observaron aumentos de presión, aun con instrumentos de magnífico corte, aumentos que bruscamente desaparecieron, dando paso a una presión igual a cero en el momento de perforar la cámara. En cambio, utilizando el aparato descrito, se anotaron presiones inferiores a la inicial, presiones que en el momento de penetrar en cámara anterior volvían a ser análogas a la basal, para descender a cero en el momento de separar la ventosa. Con estos datos a la vista, es fácil comprender el porqué en clínica humana la cámara anterior no se vacía una vez que el trépano ha penetrado en ella, hasta el momento en que la ventosa es retirada.

En cuanto a la fijación del injerto en estos casos en que la cámara anterior existe, todas las técnicas son buenas. Personalmente utilizamos el colgajo conjuntival invertido, o por deslizamiento, que dan resultados análogos. La fijación por puntos córneo-corneales parece aquí inútil, aunque a veces será conveniente dar dos: uno nasal y otro temporal. Téngase en cuenta que cuanto menos se traumatice el injerto mejor resultado dará. Y, por otra parte, los puntos córneo-corneales hay que quitarlos siempre; si esto se hace demasiado pronto, hay un peligro de despegamiento del injerto, y si demasiado tarde, las lágrimas (no el acuoso, pues los puntos deben ser siempre intralaminares) penetran, por capilaridad, en los hilos, se

se redu-
amos se
se com-
verticali-
absolu-
transmi-
al, den-
se des-
al ojo
presen-
al a la
r, tam-
córnea
la cá-
répano
e para
estos
sabido,
ordina-
cida en
manó-
cha de
erven-
ión. de
salida
com-
que la
enidas
ore se
instru-
rusca-
resión
mara.
e ano-
siones
ante-
a des-
a ven-
pren-
ante-
a pe-
vento-
os ca-
as las
os el
mien-
por
aun-
asal y
o me-
dará.
s hay
siado
injer-
acu-
lami-
s, se

extienden por el parénquima corneal y producen unas líneas de opacificación que a veces son reacias a desaparecer. Tienen, pues, los puntos córneo-corneales la gran ventaja de una perfecta fijación del injerto, pero también graves inconvenientes, y no deben ser usados si no es absolutamente preciso.

En cuanto a los hilos cruzados o paralelos por encima del injerto, no merecen la menor confianza: no sujetan nada y descaman el epitelio.

Caso especial lo constituye la coexistencia de una catarata senil o simplemente de una catarata con núcleo. Estas cataratas no deben ser extraídas por el orificio de la trepanación; en primer lugar, porque no suelen caber; en segundo, porque es mucho mejor tener detrás del injerto el cristalino y no el vítreo, y, por último, porque parece mucho más quirúrgico esperar un par de meses y hacer una extracción clásica a colgajo.

Desde luego, en los casos descritos, la queratoplastia precederá siempre a la extracción del cristalino, y no a la inversa, porque, como ya decíamos, la plastia es mucho más fácil con cristalino y porque luego dispondremos de una rondela de córnea transparente para observar los instrumentos que introduzcamos en cámara anterior al operar la catarata.

Los casos en que no existe cámara anterior son, por definición, complicados y de muy mal pronóstico, en cuanto a transparencia definitiva del injerto. Sin embargo, deben ser operados, sobre todo si el ojo congénere es ciego o se halla en análogas circunstancias, ya que tal vez conseguiremos obtener una visión de bultos, de la cual el enfermo ciego total nos quedaría sumamente agradecido.

Muchas veces estos ojos son hipo o hipertensos. En el primer caso, no hay nada que hacer si la hipotensión es acentuada, y, sobre todo, si, como frecuentemente ocurre, la proyección luminosa es mala. Se trata de ojos en vías de atrofia y en los que toda intervención no hará sino acelerarla.

Si hay hipertensión, también se ensombrece el pronóstico, pues la queratoplastia tiende a aumentarla y, muy fácilmente, por lo menos se ocasionará una ectasia del injerto, con la consiguiente opacificación. Las operaciones hipotensoras son muy difíciles de realizar en estos ojos, en los que casi nunca es posible saber lo que hay detrás de la córnea, ni la situación del iris, ni, a veces, siquiera la del limbo esclero-corneal. Tal vez lo más indicado sea intentar una ciclodialisis que nos permita un compás de espera hasta que el injerto se haya adherido y vitalizado lo bastante para que no haya ectasia al cesar su efecto, que, como es sabido, suele ser pasajero.

En estos ojos, en que la cámara anterior no existe y todo el polo anterior se halla convertido en un plastron que incluye córnea, iris, frecuentemente cristalino y a veces vítreo, no es preciso que la trepanación sea tan cuidadosa. De todos

modos es frecuente la existencia de una cámara posterior bastante amplia y debemos procurar aprovecharla para evitar una rotura de hialoides, lo que si es logrado constituye un factor importante en el mejoramiento de pronóstico operatorio.

La fijación del injerto ha de hacerse sistemáticamente, mediante sutura córneo-corneal, que es la única que da garantía de una aceptable adaptación en tan desfavorables condiciones. Para evitar en lo posible la confusión que ocasionan los ocho cabos de hilo que tendremos en presencia, es conveniente utilizar las siguientes normas: en primer lugar, usaremos un hilo blanco y otro negro, con lo que la busca del cabo correspondiente se facilita mucho; en segundo término, colocaremos dos agujas en cada hilo, reduciendo así el número de éstos a la mitad; y, por último, se pasarán primeramente las cuatro agujas por el injerto y luego, sucesivamente, por la córnea, no anudando ningún hilo hasta que el punto anterior esté terminado.

Estas normas tienen, sin embargo, una excepción, y la constituye la coexistencia de una catarata, generalmente retraída, y que puede ser extraída a través de la trepanación. En tal caso, se anuda un punto y los otros tres quedan simplemente colocados, pero sin anudar. Así obtenemos un campo operatorio que vagamente recuerda al que utilizamos para la extracción clásica de la catarata, y, en caso de rotura de hialoides, estos tres puntos restantes pueden ser rápidamente anudados, evitando una grave pérdida de vítreo. La catarata es extraída mediante la pinza de Arruga, que, como siempre, se presta magníficamente para ello.

Quedan, por último, algunos pequeños problemas referentes al curso postoperatorio.

Generalmente es éste muy bueno, soportando la córnea los mayores insultos quirúrgicos con escasa reacción. Pero tengamos muy en cuenta que esto no reza en lo que se refiere a transparencia. Si el injerto se toca demasiado, es mucho más fácil que se opacifique.

Así, pues, podemos considerar, en resumidas cuentas, que el curso postoperatorio de la queratoplastia y la actuación que durante él hayamos de tener, son análogos a los de cualquier intervención intraocular con amplia abertura de globo.

OPACIFICACIÓN DEL INJERTO

La opacificación del injerto, que destruye todo el éxito logrado con una queratoplastia, muchas veces sin que sepamos a qué atribuirlo, presenta dos modalidades bien diferenciadas, tanto clínica como cronológicamente. Hay una opacificación que se presenta en los primeros días y que depende bien de una imbibición del injerto por lágrimas y acuoso (esto se ve muy claro en los casos de fijación por puntos córneo-corneales), y que suele desaparecer, o bien depende de defectos de téc-

nica, tales como traumatismo exagerado del injerto, desvitalización excesiva del mismo o hipertensión ocular. Este último tipo de opacificación generalmente no sólo no retrocede, sino que va aumentando, aunque a veces tardíamente se puede observar una ligera mejoría.

Hay otra clase de opacificación: la tardía. Esta se presenta después de una transparencia de seis o siete meses. Es definitiva, y además no hay nada que hacer, salvo una nueva queratoplastia. Parece depender, o bien de una incompatibilidad de patrón con injerto (es probable que existan «grupos corneales», así como hay grupos sanguíneos), o de ligerísimos defectos de técnica que han impedido una perfecta coaptación capa por capa, sobre todo de las posteriores. Abona estos pareceres el estudio histológico de algunos casos que han

sido reoperados, haciendo una queratoplastia mayor. En ellos hemos observado siempre una falta de soldadura de Descemet y endotelio, pero esto no prueba nada, ante todo porque su número es muy reducido y porque haría falta la contraprueba, esto es, la comprobación de que en los injertos que han conservado la transparencia, esta perfecta soldadura existe. Pero la queratoplastia es operación demasiado reciente para que podamos estudiar histológicamente ojos en estas condiciones.

Y por último, una paradoja: en los leucomas totales, opacificación del injerto y aclaramiento del resto de la córnea. No es infrecuente el caso, y hasta ahora la explicación que de él se ha dado no aclara en modo alguno la intimidad del proceso.

CATEDRA DE HIDROLOGIA MEDICA.—Profesor: Doctor SAN ROMAN

CALCULOSIS Y CURA BALNEARIA

por el

Doctor A. CHAMINADE YUSTE

Al escribir las breves notas que siguen, el propósito que ha guiado nuestro trabajo ha sido el de resumir los conceptos patogénicos y anatomopatológicos existentes sobre el problema de las calculosis, con el objeto de poner de relieve que, basándonos en los referidos conceptos, podemos establecer una indicación crenoterápica para procurar la curación o alivio de la inmensa legión de enfermos afectos de estos procesos que frecuentan repetidas veces las Clínicas quirúrgicas con la esperanza de obtener la curación radical de su enfermedad, cosa que logran en muchas ocasiones sin duda, pero que no les evita el retorno a dichas consultas en muchos casos, ante la recidiva del proceso. Por otra parte, la intervención operatoria nunca está exenta de peligros para el paciente, pero mucho menos en los casos de que vamos a ocuparnos, puesto que en los litíasicos la intervención, por la índole especial del terreno operatorio, las posibilidades de infección, de secuelas operatorias, es siempre grave.

Por lo tanto, sin despreciar los beneficios de los procedimientos quirúrgicos en estos enfermos, vamos a tratar de establecer una serie de normas para su terapéutica hidromineral, que en muchos casos evitará la exposición a los peligros antes mencionados, y en otros, sin excluir la posibilidad de la intervención, preparará favorablemente el terreno para que se realice sin aparición de complicaciones y secuelas, coadyuvando en ambos casos en bien del enfermo, única mira que debe guiar al médico en su labor profesional.

En la exposición de nuestro trabajo haremos,

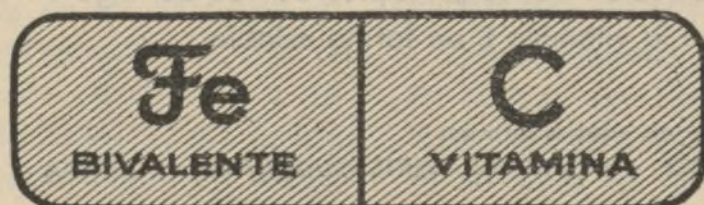
primero, unas breves consideraciones históricas, para abordar después el tema motivo del mismo, estudiando las circunsancias etiopatogénicas que condicionan la aparición de los cálculos, así como breves detalles anatomopatológicos y diagnósticos que servirán de puntales para nuestra indicación crenoterápica en las calculosis.

Historia. — Los antecedentes que tenemos respecto a la cura crenoterápica en la Cirugía general se remontan a algunos miles de años antes de J. C. Ya en el Talmud se hacen alusiones a los baños, y en la India se observa la costumbre de llevar a los heridos y enfermos al baño en el río sagrado, en el Ganges. En Grecia alcanzan verdadera importancia estos tratamientos, apareciendo hoy en algunas excavaciones baños, no sólo de madera y de barro, sino también de plata. En las excavaciones de la acrópolis de Corinto se encuentran instalaciones para baños fríos y calientes. No hace falta recordar las alusiones de HOMERO en la *Iliada* y en la *Odisea*. En la época de la civilización romana, da una idea de la importancia que se concedía al baño el hecho de que las termas eran verdaderos palacios (termas de Caracalla); vestigios de todo lo cual es corriente ver en los balnearios a los que hoy día se consideran como de más importancia.

También podemos encontrar antecedentes de la actual medicación hidrológica de las afecciones litíasicas en el hecho de la indicación de los purgantes, etc., como medicación eliminadora de las escorias producidas en el organismo, según las concepciones de la antigua Patología humoral.

INSTITUTO  **LLORENTE**

Ferrosorbil



**ESQUEMA DE LA GRAGEA
POLIFARMACA**

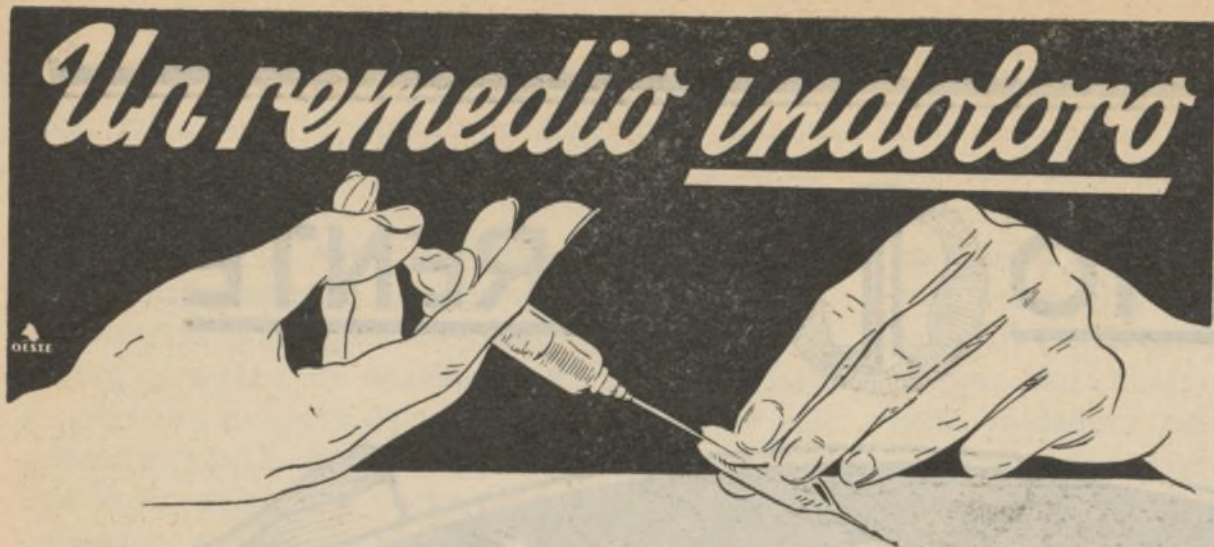


DOSIS ELEVADA DE GRAN EFICACIA

ACCIÓN RÁPIDA Y SEGURA

ANTIANÉMICO Y RECONSTITUYENTE

PUB. MED GARSÍ



**PARA EL
TRATAMIENTO
DE LAS
ENFERMEDADES
HEPATO-GASTRICAS**

En su forma inyectable y líquida, HEPAGASTRON es el remedio que reúne extraordinarias condiciones para el tratamiento de las anemias, activando el proceso hemopoyético, tendiendo a hacer desaparecer los síntomas subjetivos y estabilizando el cuadro hemático. HEPAGASTRON es la feliz asociación de los principios activos del hígado y de la mucosa gástrica con la vitamina B en forma estable.

HEPAGASTRON es un producto obtenido por el empleo de una técnica perfecta. Resulta altamente eficaz en el tratamiento de las dolencias hepatogástricas y, en su forma inyectable, de aplicación totalmente indolora, lo cual hace que sea especialmente recomendable en los casos agudos.

Presentado en cuatro formas:

INYECTABLE NORMAL • INYECTABLE FUERTE • INYECTABLE FUERTE VITAMINADO • LIQUIDA

HEPAGASTRON
EXTRACTO HEPATICO Y DE MUCOSA GASTRICA

LABORATORIOS ORZAN, S.A.
LA CORUÑA

Ap. C. S. 121

EN TODOS LOS SÍNDROMES ESPÁSTICOS

ESPASMOPAVER

ESPASMOLÍTICO REFORZADO

COMPRIMIDOS

PAPAVERINA • DIMETILOAMIDOANTIPIRINA
FENILETILBARBITÚRICO • ATROPINA SULFATO

INYECTABLE

PAPAVERINA • ATROPINA SULFATO !

TELÉFONO 55386

PRESCRÍBASE SIN RECETA OFICIAL DE TÓXICOS !

APARTADO 9030

CENSURA SANITARIA N° 5426



JUSTE
S.A.

MADRID

Fco NAVACERRADA, 62

No es preciso insinuar mucho la importancia que se concedía a la dietética y a la terapéutica; en la colección hipocrática se observan nueve tratados relativos a estas modalidades de la terapéutica: Del régimen, del empleo de los líquidos, de los medicamentos purgantes, etc. Celso nos habla de la importancia del estado de estreñimiento o relajamiento del cuerpo, indicando remedios para normalizar las funciones, etc. En una de las piezas de la colección hipocrática se habla de la cistotomía para proscribirla. Así, se lee en el *Juramento*, de HIPÓCRATES: «Juro no practicar la talla en ninguno que padezca mal de piedra; abandonaré esta práctica a los curanderos que se dedican a hacerla.»

Sin embargo, en los tiempos antiguos se dedica gran atención a la extracción de los cálculos urinarios por medio de la intervención. A ello se hace referencia en los primeros escritos de la India, e incluso en la época de HIPÓCRATES existía una secta de individuos especializados en practicar cortes para sacar piedras por la línea perineal. Desde entonces se han ido describiendo distintos métodos para la extracción de las piedras, desde la descripción de la litotomía lateral perineal, de PABLO DE EGINA, hasta llegar a las descripciones de CLOVER, en 1885, del aparato para la aspiración de los fragmentos de cálculos, y la de ENRIQUE J. BIGELOW de la litotricia como hoy se conoce (1878).

No quiere decir esta digresión que la cura balnearia fuera abandonada en la Edad Media, sino, al contrario, ya que las termas eran bastante frecuentadas, debiendo algunos monarcas prohibir los baños por ser lugares de distracción y recreo para sus tropas. Uno de dichos monarcas es Alfonso VI, rey de Castilla, quien llegó a decretar, por el motivo mencionado, la extinción de los baños y aun la destrucción de los edificios, indicándose las causas morales y políticas de la decisión del monarca en algunos fragmentos poéticos, uno de los cuales es de nuestro célebre poeta CASTILLEJO.

Cuando empieza verdaderamente a ser abandonada la cura balnearia es en el Renacimiento, con la excepción de Italia, Francia y Alemania, a cuyos balnearios acudían tanto los mutilados de las guerras como los afectados de enfermedades internas. Sin embargo, el uso de la cura balnearia está casi abandonado al llegar el siglo XVIII, constituyendo como una especie de renacimiento de la cura termal el siglo XIX, en el cual vuelven a ser frecuentados los balnearios como lugares de esparcimiento, recreo y curación. Madame de Savigné fecha alguna de sus cartas en establecimientos termales en boga.

En la fase actual de la crenoterapia, fase científica, las aguas minerales son usadas en ocasiones múltiples para el tratamiento de las afecciones hepato biliares y urinarias, con un fundamen-

to científico como el que modestamente vamos a tratar de establecer en la exposición de este trabajo.

Etiopatogenia de las calculosis.—A este respecto, vamos a hacer dos artificiosos apartados, estudiando primeramente los cálculos urinarios y, en segundo lugar, los biliares; separación artificial, como ya hemos dicho, ya que, como veremos más adelante, en la realidad no existe, pero que nos va a facilitar la exposición de los hechos.

Cálculos urinarios.—La calculosis urinaria era conocida ya de los médicos de la antigüedad, desde la cual, y durante siglos, los investigadores se han esforzado más y más por conocer su origen y el desenvolvimiento del proceso, no habiéndose llegado aún en la actualidad a una solución completamente satisfactoria del problema.

Las influencias climáticas y telúricas, invocadas en épocas anteriores, no pueden seguirse sustentando en el presente. Tampoco puede encontrarse la causa de la frecuencia de las enfermedades calculosas en la alimentación (WILDBOLZ), y más que la clase de alimentos, su forma de prepararlos y usarlos, y acaso la falta de vitaminas, en unión de las condiciones higiénicas generales y el género de vida, tengan alguna influencia en la aparición de la enfermedad. Sobre el hecho de la presentación de calculosis en individuos de la misma familia, no puede asegurarse formalmente a cuál de estas causas obedece: al mismo género de vida de los individuos de la familia, que los pondría en igualdad de circunstancias ante el desencadenamiento de la afección, o bien a particularidades constitucionales de dichos individuos, cuyo estudio habría de llevarnos muy lejos.

No debe buscarse tampoco la causa de la formación de los cálculos en una llamada diátesis (gota, artrismo, obesidad, etc.), aunque algunas de éstas puedan dar impulso a dicha formación (tal ocurre con la diátesis úrica y la diátesis cistínica), pues de admitirse esta teoría se observaría bilateralidad en la enfermedad, siendo así que en la mayoría de los casos es unilateral. Tampoco debemos confundir la diátesis calculosa urética con la diátesis uricémica. Pueden existir en el mismo sujeto la diátesis uricémica y la diátesis uricúrica (BRUGSCH y SCHITTENHELM), pero la causa fundamental es distinta en cada uno de estos casos.

El ácido úrico en la sangre se encuentra en forma de urato monosódico, mientras que en la orina se encuentra como ácido úrico libre y en parte combinado con urato sódico (TOLLENS y ROBERT). La solubilidad de estas sustancias depende del grado de saturación, de la acidez de la orina y de la presencia de coloides protectores, entre los que figuran la mucina de MÖRNER y los compuestos nitrogenados adializables contenidos en la orina. Según la hipótesis de GUDZENT, también en la precipitación del ácido úrico su existencia

en forma láctica, que es estable y difícilmente soluble. Se ha pensado también por ULTMANN que la formación de cálculos tendría lugar en las orinas con reacción ácida (formación calcúlosa primaria), apoyándose dicha teoría en los trabajos de ZERNER, quien afirma que la precipitación del ácido úrico está favorecida por la presencia en la orina de fosfato monosódico.

En cambio, la precipitación del ácido oxálico no depende tanto de la reacción de la orina como de su contenido en calcio y magnesio. En efecto, según afirman KLEMPERER y TRITCHELER, el oxalato cálcico precipita en la orina cuando aumenta en ella el calcio o disminuye el magnesio, llamando la atención POSNER sobre el hecho de que las formas de cristalización no son las mismas en el sedimento que en los cálculos urinarios, y por lo que respecta al oxalato cálcico, en tanto que en el sedimento aparecen cristales octoédricos isótropos, en los cálculos se encuentran en forma de esférulas o masas irregulares.

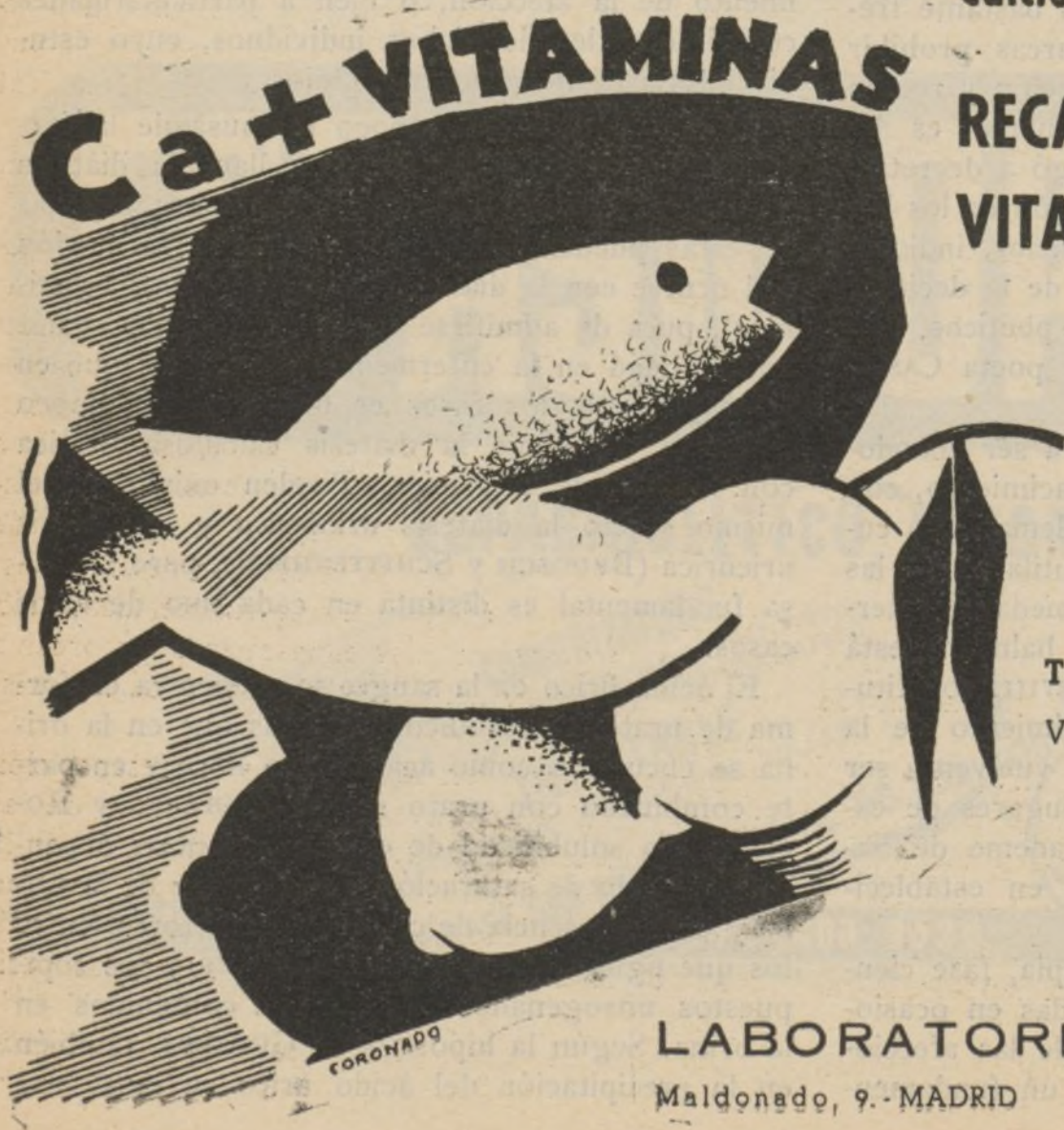
Pero, dejando a un lado todas estas hipótesis químicas, vamos a fijar más nuestra atención sobre las que se basan en hechos bioquímicos, que son adoptadas por la mayoría de los autores en la actualidad.

Pasando por alto la predisposición a las formaciones calcúlosas en los individuos afectados de anomalías congénitas de su aparato renal, la verdadera causa de la formación de las piedras ha de

buscarse en las afecciones locales del tramo urinario.

Los descubrimientos de EBSTEIN sobre la armazón orgánica de todo cálculo permiten sospechar que sustancias de esta índole serían la condición previa para la formación de todo cálculo, lo cual no es más que una confirmación de la antigua teoría sobre el catarro de las vías urinarias. También subrayó MECKEL la importancia del substrato orgánico en la formación de las piedras y aposición sucesiva de sales.

La orina es una solución sobresaturada de sales, mucho más que cualquier otra solución sobresaturada de la química; facilitan dicha sobresaturación, impidiendo la precipitación de los cristaloideos, los coloides protectores finamente distribuidos en la orina. Cuando tiene lugar la gelificación del coloide de la orina, que no se manifiesta como una masa gelatinosa, sino como una nubécula o en forma de cilindros urinarios, se pierde la posibilidad de mantener en solución las sustancias cristaloides. Entonces, por la floculación de los coloides protectores de la orina, de carácter irreversible (hipótesis de SCHADE, LICHWITZ), se forma el núcleo del cálculo por la precipitación de sustancias cristaloides. Alrededor de la capa de precipitación disminuye la concentración de sustancias salinas, aunque es nuevamente ocupada por las mismas sustancias, que al llegar a un estado de sobresaturación en este punto siguen



Calcioterapia activa por vía oral

**RECALCIFICADOR ROBERT
VITAMINADO (GRANULADO)**

Tres sales de cal:

Carbonato, Fosfato y

Glicerofosfato cálcico

Tres compuestos vitamínicos:

Vitaminas D, C y complejo B

LABORATORIOS ROBERT

Maldonado, 9. - MADRID

Valencia, 314. - BARCELONA



precipitando en capas concéntricas alrededor del cálculo.

Las causas de esta floculación de los coloides son muchas y variadas: existencia de cuerpos extraños (los cálculos que sobre ellos se forman son los llamados secundarios), trastornos de secreción de las células renales, sin infección anatómica demostrable (cálculos primitivos), aunque casi siempre se deben a enfermedades infecciosas, a la misma gota, etc. También favorece el desarrollo de los cálculos el estancamiento urinario, la disminución de la diuresis, etc. En líneas generales, podemos decir que el substratum de la perturbación del equilibrio coloidal es la aparición en la orina de coloides de carga eléctrica diferente, que no otra cosa es la inflamación que en casi todos los casos antes mencionados tiene lugar.

En las experiencias sobre avitaminosis experimental, en ratas hipovitaminósicas A, se obtienen cálculos en riñón y vejiga en un 10 a 20 por 100 de los casos. Pero es que en estos casos también existe una inflamación, puesto que la disminución de resistencia frente a la infección y los trastornos degenerativos de las mucosas (aparte de los de piel) son los efectos fundamentales de la avitaminosis A respecto al problema que nos ocupa.

La composición de los cálculos renales puede ser muy variada, aunque los más frecuentes son los de fosfatos, carbonatos, oxalatos y uratos, y en menor proporción los de cistina, xantina, indigo, azufre, colesteroína y quitina. Además, hay que tener en cuenta que el núcleo de los cálculos suele ser diferente que sus capas envolventes.

De todos ellos, los uráticos son los que con mayor frecuencia se expulsan espontáneamente, por su forma redondeada; forma que también poseen en muchas ocasiones los cálculos fosfáticos. La Clínica clasifica a los cálculos con arreglo a su tamaño en gravilla, arenillas y cálculos propiamente dichos, siendo fácilmente comprensible que las dos primeras clases serán las más fácilmente expulsables sin recurrir a procedimientos cruentos.

Estos caracteres son fácilmente observables por medio de la radiografía simple del aparato renal, aunque son de todos conocidos los casos en que clínicamente se ha probado la existencia de un cálculo que, en cambio, no se hace visible en la radiografía. Pero en los casos en que dan sombra, podemos observar la forma de ésta con la mira de expulsarlos del organismo por medio de tratamientos incruentos.

En cuanto a los cálculos de la vejiga, debemos hacer una distinción entre primitivos y secundarios. Estos se forman alrededor de un núcleo inorgánico u orgánico (porciones de tejido necrosado, pequeños cálculos emigrados de la pelvis renal, cuerpos extraños, etc.), favoreciéndolo la retención urinaria.

Tienen las mismas características de composi-

ción, movilidad, etc., que los renales. En el caso de los cálculos uráticos, la deposición calculosa se observa cuando la orina experimenta la fermentación amoniacal (la orina se alcaliniza).

Aun dentro del aparato urinario, podemos considerar los cálculos de la uretra, del uréter y de la próstata. Los primeros, generalmente son secundarios, formados sobre concrecimientos de las vías superiores, o prostáticos que formen prominencia en la luz uretral. En ellos no cabe más terapéutica que la instrumental, pues suelen ser fijos.

En cuanto a los cálculos ureterales, es muy raro que sean primitivos. Lo más frecuente es que se trate de cálculos renales en período de expulsión, salvo aquellos casos en que permanecen fijos a la pared del conducto.

El impulso para la formación de los cálculos prostáticos primarios procede de la fusión y calcificación de varios cuerpos amiláceos, que se encuentran en toda próstata y están formados por materias albuminosas segregadas por las células de la glándula (células epiteliales en destrucción y lecitina). Los secundarios crecen por aposición de las sales de la orina sobre un núcleo procedente de vías urinarias altas, que queda detenido en el territorio de los conductos excretores de la próstata.

La destrucción espontánea de los cálculos es muy rara, y su causa no se ha averiguado todavía. B. KOMMERELL y C. WOLPERS exponen en la *Klinische Wochenschrift* (número 17, 1942, página 392) el caso de un enfermo en el que han seguido las variaciones de tamaño, forma y peso específico del cálculo que padecía, hasta su completa desaparición en el curso de seis años. Tal desaparición tuvo lugar sin haber estado sometido el enfermo a ninguna medicación ni a dieta, período de tiempo en el cual no tuvo molestias.

Algunos autores buscan la causa de la destrucción del cálculo en una descomposición de la urea, que se verificaría en los diversos estratos del mismo; ello tendría lugar por la influencia de bacterias que descomponen la urea dejando en libertad ácido carbónico, que hace estallar el cálculo. Los trabajos experimentales de ROSEMBACH demuestran que los cálculos experimentan un proceso de disgregación y dilución en la cavidad de la pelvis. Según él, no se trataría de una simple disolución química, sino de un desmenuzamiento propresivo por la disolución del cemento unitivo de los cristales.

Otros autores ven la causa de la desaparición de los cálculos en un cambio de volumen de las diversas sales, que determina una retracción de la armazón orgánica del cálculo. Sea como sea, no debe esperarse que disminuya el volumen del cálculo por la disolución gradual de sus capas periféricas.

Calculosis biliares.—Respecto a este problema,

la manera de pensar de los autores modernos se inicia en la microgeología de MECKEL y HEMS-BACH, que, partiendo de sus investigaciones sobre la formación de cálculos en algunos animales, llegó al conocimiento de que las piedras biliares están constituidas por colesteroína y bilirrubinato de calcio, unidos entre sí por un cemento orgánico. Para explicar su formación supuso la existencia de una infección catarral de las vías biliares, el llamado catarro litógeno de MECKEL.

Pero ¿por qué mecanismo se produce la infección catarral y la precipitación de las materias litogénicas? NAUNYN plantea a este respecto la siguiente proposición: «Sin éstasis no hay litiasis posible», afirmando después que el éstasis favorece la infección de las vías biliares, la cual puede pasar inadvertida o no. La colangia litógena descama los epitelios de la pared, que cargados de mielina se transforman más tarde en corpúsculos amorfos de colesteroína, la cual, con la albúmina y el bilirrubinato de calcio, constituirán el núcleo del cálculo. Sobre éste, y en sucesivos brotes colángicos, se depositarán nuevas capas de colesteroína.

Esta doctrina de NAUNYN sufre un rudo golpe por los estudios de ASCHOFF y BACMEISTER, así como por los de KLEINSCHMIDT. ASCHOFF y BACMEISTER describen el llamado cálculo solitario de colesteroína, en cuya producción no parece haber intervenido la infección, puesto que la vesícula no presenta signos de inflamación ni el cálculo tiene la armazón albuminosa, mostrando una estructura radiada. En este caso, los referidos autores piensan en un proceso metabólico como causa, que consistiría en disturbios en el recambio de la colesteroína, con hipercolesterinemia (embarazo, diabetes, ingestión de alimentos ricos en colesteroína, etc.), que entrañan un aumento de eliminación de colesteroína por la bilis, que comprometería su estabilidad (discolia de secreción). En tal estado de cosas, cualquier cambio del equilibrio del sistema coloidal biliar determinaría la cristalización de la colesteroína. Ya vemos en estas teorías un nexo de unión con las que hemos mencionado anteriormente respecto a la precipitación de las sales de orina al desaparecer el equilibrio coloidal de la misma. Apoyan esta idea de la hipercolesterinemia biliar diferentes trabajos, entre ellos los de A. STEINER y B. DOMANSKI, quienes en estudios sobre la producción de hipercolesterinemia alimenticia llegan a obtener un aumento de 101 miligramos de colesteroína como cifra media. Estas cifras las obtienen en diez enfermos por la administración durante seis a diez semanas de 100 gramos de polvo de yema de huevo, que contiene un 14,4 por 100 de lecitina.

Todavía distinguen ASCHOFF y BACMEISTER los llamados cálculos pigmentarios, elaborados merced a un disturbio metabólico. Si sobre ellos se

añade un proceso inflamatorio, se produce la estratificación típica de los cálculos combinados.

No citamos, por lo clásico y conocido que es, el esquema de BERGMANN sobre la intersección de la discolia, infección y éstasis en la producción de los cálculos biliares.

LICHWITZ, basado en sus estudios y en los de SCHADE, regresa a la concepción unitaria de NAUNYN y admite la necesidad absoluta del éstasis para la producción de concreciones vesiculares. Aunque piensa que la infección tiene alguna influencia, no duda en admitir la producción de los cálculos sin ella. Para él, la producción del núcleo del cálculo estriba simplemente en la alteración coloidal de la bilis, con la inmediata gelificación de las sustancias suspendidas en ella. La infección juega únicamente el papel de privar de su carga electronegativa a las partículas coloidales de colesteroína, con lo que sobreviene el desequilibrio coloidal.

Que no es necesaria su concurrencia, lo demuestran dos hechos. AUFRECHT demuestra precipitación de bilihuminato cálcico a nivel del lobulillo hepático, comparable al infarto úrico en el riñón litiasico. En segundo lugar, tenemos numerosos casos de litiasis biliar en que ni en la historia ni en la autopsia logran demostrarse vestigios de la colangia litógena.

Así, pues, podemos resumir las causas de la litiasis biliar en los siguientes enunciados: *Estasis* (por coledisquinesia hipo o hipertónica, tipo J. BERG WESTPHAL), *embarazo* (con la doble significación de disquinesia biliar y aumento en la excreción de bilis por hipercolesterinemia), *sexo* (SMITHIES y UMBER afirman que hay cuatro enfermedades por cada enfermo litiasico antes de los cincuenta años, a partir de cuya edad la frecuencia es igual en ambos sexos, según LICHWITZ), *alimentación rica en colesteroína* (CAUFFARD, BERGMANN, SMITHIES y RIEDEL consideran que la colelitiasis es más frecuente en Estados Unidos y Europa que en los países asiáticos, en general peor alimentados que aquéllos), *carácter constitucional* (J. BAUER habla de una diátesis colesterínica a partir del conocimiento de la síntesis de la colesteroína en el organismo humano), y, por último, *perturbaciones nerviosas* de las vías excretoras (conducentes, según CASAS, a estancamientos biliares).

Otras calculosis.—La hipótesis de LICHWITZ también se admite para explicar la producción de los cálculos salivales. Así, pues, en la saliva, que es una solución sobresaturada de cristaloideos, como los humores ya citados, se mantiene en equilibrio merced a la existencia de los coloides protectores, que al flocular por cualquier causa conducen a la formación de cálculos. Favorecen tal formación el éstasis salivar, la penetración de cuerpos extraños y la infección de la glándula, aunque aisladamente cada una de estas causas no es capaz de producir el cálculo.

Ya tenemos, con la exposición de los anteriores hechos, la base para fundamentar nuestra primera afirmación de que hay muchas posibilidades de evitar a los enfermos calculosos el traumatismo operatorio, conduciéndoles, por medio de la crenoterapia, hacia la mejoría y, en muchos casos, a la curación de su proceso.

La directrices del tratamiento hidromineral en estos enfermos consideramos que son las siguientes: combatir la infección, el éstasis y la intoxicación que éste motiva. Neutralización de las desviaciones patológicas del pH de los humores y corrección de los trastornos neurovegetativos.

ALVAREZ CIENFUEGOS, en su trabajo «Crenoterapia experimental» acerca de la fuente Capuchina, de Lanjarón, dice que es preciso tener en cuenta en el estudio de la patología de los colelitiasicos: un síndrome infeccioso enterohepático, otro síndrome tóxico y un tercer síndrome diatéxico. Según este autor, en el 90 por 100 de los enfermos hepatobiliares se revela un síndrome enterohepático infeccioso, mediante el cual gérmenes de localización intestinal atraviesan la barrera entérica y son eliminados por la bilis, produciendo colecistitis, angiocolitis y aun hepatitis, y no es preciso que recordemos la importancia que se da a la infección en la producción de litiasis. El síndrome tóxico está relacionado con el estreñimiento crónico, y, respecto a la diátesis colestrolémica, hemos de recordar las modificaciones del pH biliar que acidifican la bilis y hacen flocular los coloides protectores de ésta (según LICHWITZ).

Durante el cólico hepático (que puede ser producido por un cálculo o por la colecistitis simplemente), sólo cabe intentar la supresión del espasmo por los medios conocidos. Durante las pausas, ya cabe intentar el tratamiento curativo de la siguiente forma: aparte de las medidas higiénicodietéticas, perfectamente comprensibles, debemos proponernos tres objetivos: limitar la infección biliar o yugularla, combatir la estancación y evitar el estreñimiento.

No hay mejor medio para combatir la infección y la estancación biliar simultáneamente que estimular el funcionamiento de la vesícula biliar por medio de los colagogocoleréticos naturales tan maravillosos que son las aguas sulfatadas tipo Carabaña y las purgantes suaves del tipo Cestona, Cofrentes o Lanjarón. No hemos de olvidar la acción antiflogística y alcalinizante de las aguas de Marmolejo, Mondariz, Sobrón o Cabreiroá. Esta indicación pudiera llevarse a cabo mediante la llamada cura de Naunyn, verificando la ingestión del agua en reposo con aplicación de calor.

La duración de la cura debe ser de unas tres semanas o cuatro, repitiéndola dos veces al año, aunque esperando para realizarla a que haya transcurrido, por lo menos, un mes desde la fe-

cha de la presentación del último ataque fuerte. Incluso SAN ROMÁN afirma que es preciso atacar la litiasis biliar latente para que no reaparezcan nuevos cólicos ni sobrevengan nuevos procesos infectivos de vías biliares por medio de las curas repetidas.

Como en toda clase de procesos, este tratamiento no siempre puede llevarse a cabo, ya que existen las contraindicaciones siguientes: síndromes febriles, cólicos de repetición, obstrucciones calculosas del colédoco, enfermos marcadamente hipertensos o renales con disminución de la permeabilidad o sospechosos de padecer un cáncer.

Para fundamentar el tratamiento hidromineral en los enfermos renales calculosos hemos de hacer otras consideraciones, ya que, además de las circunstancias comunes a éstos y a los anteriores procesos, aparece en este caso un nuevo factor de acción de las aguas minerales: la acción mecánica de arrastre del cálculo, amén de las ya conocidas de las aguas minerales. Y así, dice WILDBOLDZ «la salida de los cálculos pequeños, de la grava o de las arenillas se facilita por la cura de aguas, las cuales tienen, sobre todo, por objeto el lavado intenso y prolongado de las vías urinarias». El mismo autor recomienda que la ingestión sea de aguas neutras cuando se desconozca por completo o no se tenga ninguna orientación acerca de la composición del cálculo, mientras que cuando los cálculos sean uráticos afirma que deben emplearse aguas alcalinas bicarbonatadas, que obrarán disminuyendo la acidez de la orina impidiendo la floculación de los coloides de la misma o la aposición de nuevas capas de sales si se hubiera verificado ya la producción del núcleo calculoso.

A. y E. DE LA PEÑA afirman que lo mismo si se trata a estos enfermos por medios incruentos que por medios cruentos, en ambos casos está indicada la cura hidromineral que «prevenga la formación de un nuevo cálculo». Ello concuerda con la afirmación de SAN ROMÁN de que es importantísima la acción profiláctica de las aguas minerales en los procesos crónicos de vesícula o de pelvis renal para evitar su agravación y las recaídas que conducen a la producción del cálculo o a complicaciones más graves, algunas, incluso, letales. Además de las citadas acciones mecánicas de arrastre, debemos tener en cuenta que las acciones de las aguas minerales en los nefrolitiasicos son muy variadas; vamos a pasar revista someramente a sus propiedades principales.

WILKIE y KRIEG, en Baden-Baden, comprobaron la eliminación del ácido úrico por las radiaciones de la emanación (en baño y bebida), llegando a afirmar GUDZENT que puede hacerse desaparecer el ácido úrico en su totalidad de la sangre por medio de esta medicación. Además, repetidos trabajos de LÖWENTÖHAL, NORDEN, FALTA, etc., llevan a la conclusión de que la elimina-

ción del ácido úrico, sobre todo en los gotosos, se debe a la acción de las radiaciones. En líneas generales puede decirse que las sustancias radiactivas son capaces de provocar grandes descargas de ácido úrico, con la particularidad (KÜHMANN) de que no van seguidas de retención, probablemente por la acción de las radiaciones secundarias acumuladas en los depósitos activos.

La acción diurética de las radiaciones se observa, sobre todo, en las aguas oligometálicas, en las que mejor se disuelven aquéllas, debiendo tenerse en cuenta tales aguas, incluso, por otro motivo, el de la penuria mineral de estos enfermos, que en la mayoría de los casos están sometidos a un régimen que no siempre contendrá las mínimas necesidades minerales de nuestro organismo.

No debemos olvidar tampoco el poder bactericida y antiséptico de las aguas minerales, así como la alcalinidad de que dotan a los humores orgánicos.

La diuresis que provocan las aguas minerales no es causada por la ingestión del agua en sí, sino más bien por los distintos elementos salinos que las integran, hecho que ha demostrado SAN ROMÁN en Morgovejo y Solares, sometiendo a algunos enfermos a la prueba del agua en ayunas (SCHLAYER), primeramente con agua destilada y luego con agua mineral, observando que la eliminación de orina, ácido úrico, urea y cloruros es mayor utilizando el agua mineral.

Después de lo que acabamos de exponer acerca de la acción de las aguas minerales, no nos falta más que decir que son las aguas alcalinas y oligometálicas las que debemos utilizar en nuestros enfermos nefrolitiásicos. Entre ellas, consideramos que las de Molgas son las más indicadas, por reunir ambas condiciones en conjunto, aunque tampoco es de despreciar el empleo, entre las al-

calinas, las de Mondariz, Solares, Sobrón, y entre las oligometálicas, las de Alzola, Jaraba, Belascoáin o Castromonte.

La cura, para la cual no hay necesidad de trasladarse al manantial, si no hay eretismos que hagan precisa la acción directa de las radiaciones, debe efectuarse, por lo menos, cuatro o cinco semanas cada año, y aun sería mejor en dos ocasiones a lo largo del año. SEBASTIANINI indica una intensificación de la cura combinada (uso externo y bebida, debiendo indicar nosotros que el primero es muy beneficioso cuando se emplean baños calientes, puesto que hacen descender el pH de la sangre y de la orina) en los enfermos de aparatos digestivo y urinario, citando un sinnúmero de casos favorables en lo que se refiere a los resultados obtenidos.

No queremos terminar estas indicaciones sin hacer relación a la práctica del baño intestinal subacuático, descubierto por KORTZEBORN hace varios años y empleado por SCHOLTZ en el H. Virchow, de Berlín, que da lugar a la expulsión de los cálculos después de cuatro, seis u ocho años con esta técnica. SCHOLTZ atribuye los efectos de esta técnica a la espasmolisis de las contracturas del uréter y a la regularización del peristaltismo ureteral.

Al llegar al final de nuestro modesto trabajo creemos haber cooperado, siquiera sea ínfimamente, a la consecución de varios fines:

1.º Al desarrollo de las aplicaciones balnearias en España y, por tanto, al auge económico-social de ésta.

2.º Al bien de nuestros enfermos, que, víctimas de estos procesos de largo cronicismo y final no previsible, llegan a la mesa de operaciones sin haber utilizado o puesto en práctica el mejor de los remedios con que hubieran podido ellos soñar para su curación.

SEDA L M E R C K

(Efetonina, Dionina, cafeína, fenacetina y dimetilaminofenazona.)

**Dolores de cabeza, resfriados,
gripe, neuralgias, etc.**

Tubos de 10 tabletas

E. Merck

FABRICA DE PRODUCTOS QUIMICOS DARMSTADT

C. S. núm. 110

Ayuntamiento de Madrid

Divulgaciones nacionales

LOS ESTADOS LEUCEMIOIDES

por el

Doctor FRANCISCO ALBERICO

Comandante médico

«Uno de los problemas más difíciles que se agitan en la moderna Patología, lo constituye, indudablemente, el relativo a las condiciones etiológicas que directamente presiden la génesis y la evolución de las grandes hemopatías sistemáticas. Hay que confesar que, pese a los notables progresos que la Hematología contemporánea está realizando, gracias al colosal impulso que le imprimiera su fundador, el eminente EHRLICH, las diátesis hemorrágicas primitivas o esenciales, las poliglobulias, las anemias displásticas, las fibroadenias y las alteraciones hemáticas de tipo pseudoneoplásico, como el cloroma y la enfermedad de Kahler, siguen siendo de tiología muy oscura, por no decir absolutamente desconocida.

Pero donde se presenta el problema etiológico en toda su ardua complejidad, es en el grupo de las enfermedades de la sangre que más han llamado la atención y que han sido mejor estudiadas: las leucemias. Hasta hoy, fuerza es confesar que desconocemos en absoluto la verdadera causa, la razón de ser, de las diversas variedades leucémicas. La perfección creciente de los recursos técnicos ha conducido, ciertamente, a conocer algo de la patogenia de estos estados morbosos: gracias al progreso en el estudio histológico de la sangre, sabemos, en efecto, que no se trata, como EHRLICH creyó en un principio, de una simple proliferación activísima de las células-gérmenes de los órganos hematopoyéticos, que lanzarían a la sangre circulante formas leucocíticas exactamente idénticas a la serie normal de los glóbulos blancos, sino que las formas celulares de la sangre leucémica no son identificables en absoluto con los tipos leucocitarios fisiológicos; hay, por el contrario, cierta desviación de los procesos histológicos normales; en una palabra: que la hiperplasia que palpita en el fondo de todas las leucemias no es ortoplástica, sino metaplástica. En todo caso, ya se admite una pura hiperplasia ortoplástica (EHRLICH) o metaplástica (PAPPENHEIM), o bien, como PITTALUGA se inclina a pensar, estamos en presencia de un proceso más complejo de índole neoplásico, tiene forzosamente que existir siempre un estímulo inicial origen de la proliferación, típica o atípica, de células preexistentes en un organismo quizá predispuesto.

Hay un hecho muy significativo demostrado por hematólogos de tanto valer como BANTI, PAP-

PENHEIM, NAEGELI y PITTALUGA, que inclina el ánimo a la teoría infecciosa: es la aparición de leucemias típicas por procesos sépticos por individuos ya predispuestos. No olvidemos, por otra parte, que la leucemia aguda evoluciona clínicamente de un modo cíclico y febril enteramente análogo a las grandes infecciones.

Existe, por último, una tercera categoría de hechos evidentemente en favor de la teoría parasitaria de la leucemia y de los que la clínica y el laboratorio nos da constantes ejemplos, y aún más nos ofrécen si se repitiesen sistemáticamente los análisis de sangre en los enfermos sospechosos de lesiones en el aparato hematopoyético. Me refiero a la aparición de reacciones hemáticas de tipo leucémico en antiguos tuberculosos y en individuos afectos de infecciones protozoáricas: sífilis y, sobre todo, y en primera línea, paludismo. Es muy sugestiva la hipótesis de que estas infecciones, obrando sobre un fondo predispuesto, sobre individuos dotados de una debilidad congénita del tejido mieloide, determinan una generación anormalmente extraordinaria de leucoblastos, que al proliferar de un modo anárquico, sin ley ni razón, envían a la sangre periférica toda la serie leucocítica, desde el leucoblasto al granulocito polinuclear... Descartados todos los procesos morbosos capaces de producir esplenomegalia, excepto el paludismo, la infección por el hematozoario de LAVERAN hay que admitirla, a veces, como causante de un estado hemático histológicamente idéntico a la leucemia mielógena.

Podemos, pues, sentar como conclusión que cuando la infección palúdica evoluciona de un modo larvado bajo la forma clínica de una esplenomegalia, en individuos predispuestos, es de temer la aparición de un estado de tipo paraleucémico que coloca al enfermo en peligro de que se malignice y se transforme en una verdadera leucemia mortal. Arranca de aquí una convicción: que si se me permite generalizar (y el espíritu de generalización tiene sus legítimos fueros en el desenvolvimiento de la ciencia), podemos admitir que hay una predisposición a los estados leucémicos, corresponda, como quieren algunos, al «estado linfático» de PALTAUF (que sería el fondo constitucional propenso a las leucemias linfáticas, equivalente a la «constitución mieloide» de MARTELLI para las mielosis), directamente relacionado con

trastornos endocrinos, o sea la consecuencia de otros estados constitucionales y discrásicos todavía enigmáticos.»

Tales fueron las consideraciones que me sugirieron el caso de una enferma esplenomegálica que entonces (1920) calificué de «reacción mielóide», en el que el paludismo era el único factor etiológico determinante. Lo que me llamó de modo singular la atención no fué precisamente la acentuadísima leucocitosis, ni siquiera la presencia de mielocitos, sino la aparición en la sangre periférica de mieloblastos, «elementos muy característicos de las grandes reacciones mielógenas y que, presentes siempre en la medula ósea, faltan constantemente aun en las leucocitosis más intensas».

Ha sido grande, naturalmente, el progreso que desde aquella época ha experimentado la Hematología; pero el problema etiológico y patogénico de las leucemias sigue en pie, estimulando a sus cultivadores a entrar «en el precioso campo de la investigación», como dice el P. VITORIA refiriéndose a la Química y haciendo de aquélla lo que ya dijo GLEY de la Fisiología: «Una ciencia en plena evolución de su desarrollo..., en la que interesa hacer notar las grumias que velan la verdad y conocer la ascensión progresiva, lenta, a veces tortuosa y fatigante, del espíritu que la busca, en la seguridad de que siempre se ofrece lealmente a la crítica».

* * *

Me apresuro a declarar que no doy al concepto de *estados leucemoides* la excesiva amplitud que le asigna PINEY. Hay que eliminar de ellos las sencillas leucocitosis aun con desviaciones acentuadas a la izquierda del ARNETH o del SCHILLING; también hay que separar las simples reacciones mieloides, tan conocidas desde EHRLICH y SCHINDLER, en muchos procesos toxi-infecciosos, en los que la aparición de formas jóvenes en la sangre periférica no retrocede más atrás del mielocito. Lo que debe servir para caracterizar a los *verdaderos estados leucemoides* es el notable aumento del número de leucocitos, que la clínica no puede explicar, unido a la presencia de elementos mesenquimatosos primordiales, jóvenes o todavía en prematura evolución citológica (hemocitoblastos, hemohistioblastos, mieloblastos, linfoblastos, promielocitos, etc.) Estados generalmente curables, originados comúnmente como respuesta a un estímulo parasitario, y que marcan, de un modo claro, el tránsito hacia las leucemias genuinas, de las que se distinguen siempre, histológicamente, por la ausencia de formas celulares atípicas, si se exceptúa acaso la célula de Rieder, cuya significación es muy especial. Son *reacciones anómalas del mesénquima persistente hematopoyético* a diversos antígenos tóxicos, infecciosos o parasitarios, y cuyo estudio puede aclarar la etiopatogenia de las leucemias.

Estas reacciones leucemoides expresan, desde luego, una desusada irritación neoformativa que ataca directamente a esas células indiferenciadas incluídas en el seno del organismo adulto, que mantienen como una casta sus caracteres embrionarios—en el sentido, si se quiere, de la clásica teoría de Conheim—y que pertenece propiamente al sistema retículo-endotelial de ASCHOFF, que L. URTUBEY ha identificado, con visión genial, con el *mesénquima persistente*. De los elementos que integran estas porciones residuales mesenquimatosas permanentes, sólo las «grandes células redondas germinales de tipo linfóide» que L. URTUBEY añade muy acertadamente a los constituyentes del sistema clásico de ASCHOFF, son las sensibles a los estímulos capaces de originar los estados leucemoides. Sólo ellas, que conservan aquella primitiva potencialidad genética y evolutiva de las células del mesénquima embrionario, aunque no experimenten la transformación histórial, son las que se muestran susceptibles ante los antígenos que determinan las reacciones de tipo paraleucémico.

Estados leucemoides típicos son, por ejemplo, los determinados por las *metástasis tumorales en la medula ósea*. Ya la Hematología experimental, en manos de MAS y MAGRO, ha demostrado la posibilidad de provocarlos por inoculaciones intradiáfisarias de emulsión de carcinooma. Y la Clínica los revela con frecuencia, en el carcinooma y el sarcoma, con cifras leucocitarias de 45.000 a 60.000, prescindiendo de algunos casos extremos, como los de Palma: metástasis sarcomatosas con 12.000 y 265.000 leucocitos. No se trata, probablemente, en estos casos de una sencilla irritación mecánica por las embolias tumorales: la célula neoplásica transplantada y que coloniza en el tejido mielóide, es eminentemente toxígena y el efecto de sus secreciones tóxicas lo sienten los elementos hemocitoblásticos indiferenciados tanto como la perturbación física originada por la metástasis. Debemos a STORTI la demostración de con cuánta facilidad se producen estados hemáticos leucemoides y aun genuinamente leucémicos, con algunos potentes agentes químicos cancerígenos, y MULLER y KUGELMEIER, citados por SCHULTEN, las han observado aun en ausencia de metástasis y, por lo tanto, reconociendo como única causa la toxemia neoplásica. Y que esta acción tóxica se ejerce sobre las células primordiales del sistema retículo-endotelial, es decir, sobre el hemocitoblasto de FERRATA, lo prueba la existencia de dos tipos distintos de alteraciones hemáticas en estos casos (PINEY): uno definidamente leucemóide y otro que simula la anemia perniciosa, aunque NAEGELI estima que el cuadro hemático eritrocítico no reproduce el del período prehepático o vascular, sino el de la eritropoyesis embrionaria tardía con macrocitos, macroblastos y numerosos normoblastos. Más interesantes son los *estados leucemoides*

infecciosos, porque plantean inmediatamente el problema de la etiología posiblemente infecciosa de la leucemia aguda.

Su diagnóstico diferencial con las leucemias puede ser muy difícil desde el punto de vista hematológico, y sólo la Clínica, revelando el curso benigno posterior, los distingue. Cree TOTTERMAN que los repetidos mielogramas, revelando lo transitorio de las alteraciones medulares, pueden servir como signo diferenciador y estima que se establecería en los estados leucemioides una permeabilidad de la barrera entre la sangre y la medula ósea para las células inmaduras. Pero hay que hacer notar que el carácter pasajero del proceso lo demuestra con tanta facilidad el hemograma y que la permeabilidad de la «barrera medulo-sanguínea» presupone, naturalmente, la existencia de esta barrera y nos lleva a admitir la hipótesis de RÖHR, en contraposición con los datos histológicos clásicos que demuestran en los órganos hematopoyéticos un sistema sinusoidal de vasos funcionales cuya pared endotelial no es continua, sino fenestrada. Esto es, al menos, lo que dicen los histólogos duros, cuya colaboración con los clínicos hematólogos, por la que acertadamente abogó ya L. UTURBEY, es muy necesaria.

Muchas son las infecciones capaces de producir estados leucemioides: septicemias malignas, neumonías graves, paludismo comatoso, fiebre intermitente hemoglobinúrica, fiebre tifoidea, tuberculosis hematógenas, etc. De todos modos, son casos muy raros: en mi experiencia de muchos años en el laboratorio del Hospital Militar de Melilla sólo he visto uno, de verdadero estado leucemioide, tal como fué definido al principio de este trabajo y que se describe más adelante. Los demás eran reacciones mieloides más o menos intensas, con mielocitos, muchas veces metamielocitos y desviaciones a la izquierda del Arneht, como son muchos de los casos que cita PINEY y algunos de los de SCHILLING.

Sólo recuerdo un caso—que podemos calificar de intermedio—de linfogranuloma maligno de Hodgkin-Sternberg, que comprobé por examen histológico de biopsia ganglionar, cuyo hemograma acusaba 35.000 leucocitos, 6 por 100 de dimorfofocariocitos, 34 por 100 de mielocitos, 26 por 100 de metamielocitos y 1 por 100 de normoblastos; pero no existían mieloblastos. Cito aquí este caso, incidentalmente, porque bien sabido es que la enfermedad de Hodgkin es considerada hoy como de naturaleza infecciosa inflamatoria del sistema hemolinfático, siendo como tal estudiada por todos los autores modernos. Y porque, aunque no existían mieloblastos, conforme se ha dicho, el elevado porcentaje de mielocitos y metamielocitos lo aproxima a ciertos ejemplos que menciona SCHILLING de «cuadros leucemioides por inundación».

Donde más datos personales puedo aducir es en

el paludismo, particularmente durante el año 1944, en el que tuve a mi cargo la Clínica de palúdicos. Limitándome tan sólo a los años 1943 y 1944, diré que entre más de 12.000 exámenes parasitológicos de sangre, de los cuales resultaron positivos 5.202—la inmensa mayoría (84,5 por 100) de terciaria benigna—encontré solamente el siguiente caso:

J. G. A. ingresa el 16 de octubre, procedente de Dar Dríus, en grave estado de anemia y adinamia, afecto de paludismo primario. Ningún antecedente patológico. El examen clínico general no descubre nada, aparte de la fiebre (38°) y de la anemia y postración acentuadas. Bazo no palpable ni doloroso. Lleva seis días enfermo, durante los cuales tuvo dos accesos febriles de 39° y fué tratado con quinina. El examen parasitológico a su ingreso revela numerosos monontes jóvenes de Laverania, algunos gametos, poiquilo y anisocitosis bien marcadas y fuerte leucocitosis con mielocitos y presencia de células con aspecto de elementos jóvenes de la serie mielógena. Al día siguiente se le hace un análisis completo, que da el siguiente resultado

Hematíes	2.700.000
Leucocitos	30.200
Hemoglobina (Sahli) (por 100).....	40
Valor globular.....	0,74

Anisocitosis y poiquilocitosis, acentuadas.

Proporción de reticulocitos: 7 por 100 de los hematíes.

Fórmula leucocitaria:

	Por 100
Linfocitos verdaderos.....	7
Idem leucocitoides.....	4
Monocitos	3
Polinucleares neutrófilos.....	28
Idem eosinófilos.....	0
Idem basófilos.....	0
Mieloblastos	24
Promielocitos neutrófilos.....	18
Mielocitos neutrófilos.....	10
Metamielocitos neutrófilos.....	4
Células de Rieder.....	2

Los elementos indentificados como mieloblastos en las extensiones teñidas por el Giemsa daban reacciones de oxidasas claramente positivas, y son bien diferentes de las células de Türck, que, en efecto, como dice MARCHOUX, he visto aparecer con frecuencia en el paludismo.

Como se ve, no sólo está trastornada la fórmula leucocitaria normal del paludismo, faltando la linfocitosis y la monocitosis típicas, sino que en lugar de la leucopenia característica aparece la leucocitosis marcadísima e inexplicable clínicamente, y la sangre periférica está materialmente «inundada» por elementos muy primordiales que debían de estar acantonados en la medula ósea. Lo más significativo, desde luego, era la presencia de mieloblastos, cuyo valor, desde los puntos de vista histológico y clínico, ha sido demostrado por NAGELI (1900) y definitivamente admitido por todos.

Con un enérgico tratamiento a base de atebri-na-plasmoquina, adrenalina, suero glucosado, tónicos cardíacos, etc., se consigue una notable mejoría del enfermo, que todavía tuvo seis accesos febriles (el más fuerte de 38,9° en los once primeros días), no repitiéndole ya más la fiebre y sin acusar esplenomegalia nunca en los cuarenta días que estuvo en la Clínica. A los diez días de apirexia, es decir, a los dieciséis de caer enfermo y a los diez del primer análisis de sangre, se repite éste. La cifra de hematíes ha subido a 3.260.000; la de hemoglobina, a 65 por 100; los reticulocitos persisten, aproximadamente, en igual número; no se ven esquizontes ni gametos (estos últimos investigados en gota gruesa y por técnicas de centrifugación en sangre venosa), y la fórmula leucocitaria da:

	Por 100
Linfocitos verdaderos.....	14
Idem leucocitoides.....	10
Monocitos.....	4
Polinucleares neutrófilos.....	60
Idem eosinófilos.....	1
Idem basófilos.....	0
Mieloblastos.....	4
Promielocitos neutrófilos.....	2
Mielocitos neutrófilos.....	5
Metamielocitos neutrófilos.....	0
Células de Rieder.....	0

En vista de la desaparición de los parásitos y del cambio tan notable de la fórmula leucocitaria, se le practica la prueba de la adrenalina, no sólo para provocar la aparición de aquéllos en la sangre periférica—aunque no creo mucho en esta «reactivación»—, sino, principalmente, con objeto de ver sus efectos sobre los elementos mieloides inmaduros que existían en la sangre. Podría existir, en efecto, en este enfermo una metaplasia mieloides del bazo—la que RUBENS-DUVAL llamó justamente «reacción de Dominici»—, que se revelaría a la esplenotomía adrenalínica, tan usada desde STIEGER, y sobre todo HIRSCHFELD, en el diagnóstico de las mielosis aleucémicas. Teóricamente, al menos, cabría tal posibilidad desde el momento en que la transformación mieloides del bazo, como reminiscencia de aquella su vieja y ya perdida actividad mielógena embrionaria, está demostrada en algunas infecciones, por ejemplo, en la viruela, como ya probó de antiguo ROGER y admitida por SCHRIDDE «en diversas enfermedades infecciosas consecutivamente a los estados anémicos que las acompañan». Y el paludismo es afección esencialmente anemizante. El resultado de la prueba adrenalínica fué negativo en nuestro enfermo: ligero aumento de linfocitos y nada más.

El enfermo es sometido a tratamiento ferruginoso-arsenical y a inyecciones de extracto de hígado combinadas con calcioterapia y vitamina B. Continúa mejorando su estado general; le desaparecen fácilmente—probablemente por la aneurina—los dolores de tipo neurítico que, como úni-

co síntoma, acusó en la convalecencia, y el día 24 de noviembre pide el alta, que se le concede, no sin antes investigar por última vez la fórmula leucocitaria, que sólo acusa linfocitosis (42 por 100) y discreta leucocitosis, al menos en lo que se puede apreciar por el simple examen de extensiones. Recientemente (9 de marzo), he tenido ocasión de ver a este enfermo con motivo de haber marchado a Dar Dríus para dirigir trabajos de petrolización en el río Kert, y lo encuentro en perfecta salud: sólo tuvo un pequeño acceso febril en diciembre.

* * *

Tenemos, pues, en este caso un *estado leucemoide típico de carácter mieloides*, tal como, en mi modesta opinión, debe ser entendido en su sentido estricto. La extraordinaria rareza de estos estados leucemoides auténticos, en singular contraste con la frecuencia grande de los procesos neoplásicos toxiinfecciosos (bactericos y, sobre todo, protozoáricos), que aparecen como sus factores determinantes, nos demuestra que existen individuos dotados de una «debilidad congénita del tejido mieloides, como yo decía en el trabajo ya mencionado, y que no sería, ni más ni menos, que lo que MARTELLI ha llamado *constitución mieloides* (1), «no revelable clínicamente en el estado de salud, pero que puede manifestarse con exagerados fenómenos reactivos hemáticos durante el curso de enfermedades infecciosas agudas» (FERRATA). Exactamente lo que ha sucedido en nuestro enfermo.

En el caso referido, el *estado leucemoide* sólo tiene la explicación señalada al principio: un «estímulo desusado» que actuó enérgicamente sobre la célula primordial del mesénquima persistente de la medula ósea. Este estímulo desusado y tan nocivo, que originó una «reacción anómala», no fué otro que la infección masiva por el *Laverania Malarie*, especie parasitaria, la más toxígena de todas, y cuyas formas esquizogónicas se «acantonan» más que ninguna en «los órganos internos» (como decían justamente los antiguos patólogos). Estos «órganos internos» no son otra cosa que lo que hoy llamamos sistema retículoendotelial, bien entendido que no en el sentido clásico de ASCHOFF-LANDAU, sino tal como lo ha expuesto nuestro histólogo L. URTUBEY en sus trabajos.

Pero si consideramos el caso desde el punto de vista de la Patología general, creo que no habrá que esforzarse mucho para no ver en él, acaso, un argumento más en favor de la *teoría infecciosa* de

(1) Claro es que una modesta confesión de nuestra ignorancia sería filosóficamente preferible al empleo de estos términos que pueden crear en el espíritu el falso espejismo de creerse en posesión de conocimiento. La imagen de SPENGLER es tan exacta, que, en la limitación que puso Dios a nuestra inteligencia, tenemos que acudir a ellos para no aumentar las dificultades con que el investigador se encuentra cada vez en mayor número en su camino, bien difícil, en busca de la verdad.

la leucemia. RIEUX se inclina resueltamente a ella. FERRATA considera la leucemia «un modo especial de reacción, en individuos predispuestos, de los órganos hematopoyéticos frente a estímulos infecciosos no específicos o tóxicos». SCHRIDDE, aunque reservado en este punto concreto, sí afirma que representa una enfermedad muy especial que no se puede incluir en el grupo de las hiperplasias ni en el de los tumores. Lo que ya es afirmar bastante: pues, por exclusión, si no se trata de un proceso neoplásico, casi no queda más disyuntiva que la de que sea infeccioso. No hablemos ya de STERNBERG, que no ve en la leucemia aguda sino una septicemia con reacción leucemioide. SCHILLING ve con simpatía la teoría infecciosa, y escribe: «Las formas de transición (con las infecciones) están constituidas por los cuadros hemáticos leucemioides.» MORAWITZ estima que la leucemia sólo tiene con los tumores «analogías superficiales» y que recuerda a los granulomas infecciosos. Frente a la teoría infecciosa tenemos a HUECK, y, sobre todo, a NAEGELI, con su gran autoridad, que se inclina por una génesis endocrina, sólo por él aceptada y

que FERRATA combate resueltamente. Igualmente vemos enfrente de dicha teoría a PINEY, franco partidario de la naturaleza neoplásica, aunque confiesa que la *leucocis aviar* «ofrece sorprendente semejanza con la leucemia del hombre». Es impresionante, en efecto, la analogía histológica de esta enfermedad, tan claramente infecciosa, con la humana, con sus varias formas histopatológicas enteramente similares, cuyo conocimiento debemos a ELLERMANN y a FURTH. El cuadro clínico de la leucemia aguda, y sobre todo el de la forma agudísima o hemocitoblástica de FERRATA y DI GUGLIELMO, es bien sabido que es exactamente igual al de las grandes infecciones. Y no olvidemos que la Clínica, como ya dijo FORGUE, «a pesar de las exageraciones de sectas y sistemas, sigue siendo la única escuela de la Patología». Cuando menos, podemos parodiar la frase de Newton: «Todo pasa como si...» los procesos leucémicos fueran, efectivamente, procesos infecciosos, y «todo pasa como si...» los estados leucemioides fueran el tránsito entre ambos.

(Medicina y Cirugía de Guerra, Madrid y julio de 1946.)

Academias y Sociedades científicas

Escuela Profesional de Dermato'ogía y Venereología

Director: Profesor J. GAY PRIETO.

CÁTEDRA DE DERMATOLOGÍA Y SIFILIOGRAFÍA
DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE MADRID

Curso de perfeccionamiento sobre enfermedades venéreas y sifilíticas.

El profesor J. Gay Prieto, con la colaboración de los doctores J. Aguilar, L. Azúa Dochao, M. Alvarez Cascos, C. Blanco Soler, Bermejillo, De Gregorio, J. Gómez Orbaneja, Jaqueti, B. López Martínez, A. M. Calderín, M. Méndez Alvarez, H. Mogená, Vallejo Nágera, Vega y el profesor X. Vilanova, organizará un curso de perfeccionamiento sobre afecciones venéreo-sifilíticas en el Pabellón Azúa del Hospital de San Juan de Dios, de Madrid, y Servicios de la Cátedra de Dermatología de la Facultad de Medicina.

La primera lección teórica tendrá lugar el martes, 14 de octubre de 1946, en la Sala de conferencias del Pabellón Azúa, a las doce de la mañana.

Durante toda la duración del curso los alumnos tendrán libre acceso a los Servicios clínicos de todos los señores Profesores.

Los alumnos matriculados que hayan asistido con constancia a las conferencias y lecciones prácticas recibirán el certificado correspondiente.

Matrícula: 300 pesetas. Para efectuarla o para informes, dirigirse al señor Director del Hospital de San Juan de Dios, paseo del Doctor Esquerdo, 52, Madrid.

Se autorizará también la matrícula a 10 alumnos de Medicina, pagando la mitad de honorarios, sin recibir certificado correspondiente hasta haber demostrado al final del curso académico suficiente aprovechamiento.

PROGRAMA DE LAS CONFERENCIAS

1.^a Breve historia de la evolución de nuestros conocimientos venereológicos. Concepto de enfermedades venéreas. Su importancia social (profesor Gay Prieto).

2.^a Etiología y patología general de la infección sifilítica. Alergia e inmunidad. Infección sifilítica segunda (doctor Gómez Orbaneja, profesor de número del Hospital de San Juan de Dios y Dispensario Azúa).

3.^a Valoración clínica de las reacciones del suero sanguíneo y líquido céfalo-raquídeo para diagnóstico de la sífilis (profesor Gay Prieto).

4.^a Las medicaciones antisifilíticas. Mercuriales y bismúticos. Eficacia, indicaciones, posología, accidentes terapéuticos; su profilaxis y tratamiento (doctor Azúa Dochao, profesor clínico del Hospital de San Juan de Dios y jefe clínico de la Cátedra de Dermatología).

5.^a y 6.^a Los compuestos arsenicales utilizados en el tratamiento de la sífilis. Estudio de la actividad terapéutica, mecanismo de acción, posología, indicaciones y accidentes de los más importantes. Dos lecciones (profesor Vilanova Montú, catedrático de Dermatología de la Facultad de Medicina de Valencia).

7.^a Otras medicaciones antisifilíticas. Yoduros. Penicilina. Tratamientos inespecíficos (doctor Alvarez Cascos, jefe clínico de la Escuela de V).

8.^a Sífilis primaria. Tratamiento abortivo (doctor B. López Martínez, profesor auxiliar de Dermatología de la Facultad de Medicina de Madrid y profesor clínico del Hospital de San Juan de Dios).

9.^a Sífilis secundaria cutáneomucosa y técnica de su tratamiento (doctor Jaqueti, profesor clínico del Hospital de San Juan de Dios y jefe de Sección del Laboratorio de la Cátedra de Dermatología).

10. Sífilis terciaria cutáneomucosa y ósea. Su tratamiento (doctor Azúa Dochao).

11. Las latencias de la sífilis. Diagnóstico y criterio terapéutico (profesor Gay Prieto).

12 y 13. Neurosífilis. Etiología general. Estudio de los más frecuentes síndromes neurológicos de esta etiología. Las psicosis sífilíticas. Terapéutica (profesor Vallejo Nágera, catedrático de Psiquiatría de la Facultad de Medicina y director del Frenocomio de Ciempozuelos).

14. Sífilis ocular. Formas clínicas. Diagnóstico y tratamiento (doctor J. Aguilar, médico de la Beneficencia Municipal de Madrid).

15. Sífilis del oído y de la laringe (doctor M. Calderín, director del Centro Municipal de Otorrinolaringología de Madrid).

16. Sífilis de aparato digestivo (doctor H. Mogená, profesor auxiliar de la Facultad de Medicina).

17. Sífilis cardioaórtica (doctor Vega).

18. Sífilis renal (profesor Bermejillo, catedrático de Patología general de la Facultad de Medicina).

19. Sífilis de las glándulas endocrinas (doctor Blanco Soler, del Hospital de San José y Santa Adela, director del Servicio municipal de Enfermedades de la nutrición).

20. Sífilis congénita. Mecanismo de transmisión. Diagnóstico y tratamiento de los síntomas precoces, profesor Gay Prieto).

21. Diagnóstico y tratamiento de la sífilis congénita tardía (doctor Jaqueti).

22. Etiología y patología general de la gonococia. Infección gonocócica generalizada (doctor Alvarez Cascos).

23. Diagnóstico y tratamiento de la blenorragia aguda (profesor Gay Prieto).

24. Blenorragia crónica masculina. Diagnóstico y terapéutica (doctor Méndez Alvarez, urólogo de la Cruz Roja Española).

25. Blenorragia femenina, desde el punto de vista venereológico (doctor Azúa Dochao).

26. Chancro venéreo y sus complicaciones (doctor B. López Martínez).

27. Linfogranulomatosis inguinal subaguda. Generalidades. Estudio clínico de las localizaciones inguinales (doctor De Gregorio, director del Dispensario Oficial Antivenéreo de Zaragoza).

28. Localizaciones no inguinales de la l. i. subaguda (profesor Gay Prieto).

29. Balanopostitis. Gangrenas genitales. Fagedenismo y serpignismo (profesor Gay Prieto).

30. Otras enfermedades genitales no venéreas de interés dermatológico (doctor B. López Martínez).

31. Profilaxis de las enfermedades venéreas (doctor B. López Martínez).

CURSO PRÁCTICO DE SEROLOGÍA

El doctor Hombria Iñiguez, jefe del Laboratorio de la Cátedra de Dermatología, y el doctor Jiménez, darán un curso práctico de Serología, en el cual todos los alumnos, después de instruidos en los fundamentos teóricos de cada técnica, practicarán ellos mismos las diferentes reacciones serológicas utilizadas en el diagnóstico de la sífilis: reacciones de hemólisis con suero inactivado y sin inactivar y diversos procedimientos de floculación: Kahn, Meinicke, Citochol y las microrreacciones de Leiboff, Chediak, Kline.

También aprenderán a ejecutar las reacciones de líquido céfalo-raquídeo, utilizadas en Sifiliografía: recuento celular, albúmina, globulinas, Wassermann, reacciones coloidales (Lange y mastic).

Investigación de treponemas por ultramicroscopía y de gonococos en frotis.

Las lecciones tendrán lugar, diariamente, a las seis y media de la tarde, en el Laboratorio de Dermatología (Hospital Clínico de San Carlos, Doctor Mata, 2, Madrid).

Matrícula: 100 pesetas.

Número máximo de alumnos: 10.



BARACHOL

Contra la sarna, aplicando la pomada en las manos.

Evita enormes molestias y gastos.

(Censura sanitaria núm. 1.122.)

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.

BIBLIOGRAFIA

El laboratorio en la práctica médica, por el doctor Hellmut Marx. Ediciones Morata. Madrid, 1942. Un volumen de 151 páginas, con 16 figuras.

En este librito encontrará el médico general una sucinta descripción de los métodos de laboratorio más importantes en la práctica diaria, junto a su interpretación. Las técnicas químicas y microscópicas más sencillas, fáciles de realizar por el médico no especializado o en el ambiente rural, son descritas en sus páginas, hablándose también en ellas de los métodos más complicados, los cuales, aun no siendo asequibles para su realización, deben ser conocidos por todos para su interpretación más exacta.

La utilidad de esta obra queda así asegurada por su propósito y lo adecuado de su redacción.

S. M.

Tratado de Anestesia, por José Miguel Martínez. Prólogo de Manuel Bastos. Un volumen de 726 páginas, con 281 figuras en el texto. Salvat Editores, S. A. Barcelona-Buenos Aires, 1946. Encuadernado en tela, 185 pesetas.

Don José Miguel Martínez es una indiscutible autoridad en la anestesia, y debido a sus méritos en esta difícil especialización, ocupa los puestos de jefe del Servicio de Anestesia del Hospital de la Santa Cruz y el del Departamento Central de Anestesia del Hospital Clínico en Barcelona.

El libro que acaba de publicar en la Editorial Salvat es, como dice Manuel Bastos, el libro de

un buen anestesta, sobrio elogio en que pone Bastos, y nosotros nos sumamos a él, toda su efusión admirativa.

El libro de un buen anestesta, un gran libro de un verdadero profesor y maestro de la anestesia. Decimos profesor y decimos maestro, porque se puede hablar de anestesia como profesor y escribir un buen libro de la materia y, sin embargo, no ser un maestro de la anestesia, y el doctor José Miguel Martínez ha escrito como profesor el libro en el que actúa como un verdadero maestro que es.

En el estado actual de la Cirugía, el problema de la anestesia no tiene ya el círculo restringido de cuando nosotros estudiábamos, y el papel de anestestistas en las clínicas corría a cargo de los internos, muchas veces noveles en la materia, lo digo por experiencia propia. Claro está que las anestestias con cloroformo, conforme se hacían hace cuarenta años, no exigían los conocimientos que hoy día se precisan, pues los riesgos se limitaban con el buen juicio y la intervención de los jefes, cuando se evitaban, y los resultados de la anestesia había de conllevarlos el enfermo como cosa inevitable. ¡Cuán diferente en el día de hoy, qué admirable complejidad y qué maravillosos resultados los de las técnicas modernas!

El libro del doctor José Miguel Martínez es en esto completísimo, y lo estimamos absolutamente necesario para cuantos se dedican a la Cirugía en cualquiera de sus ramas.

El autor nos habla a la cabeza de su obra de los que fueron sus maestros: Joaquín Trías Pujol, Antonio Trías Pujol, Juan Puig Sureda y el inol-

vidable Soler Juliá, uno de los primeros propulsores de la anestesia como especialidad quirúrgica.

Al lado de estos maestros, en el Servicio de Operaciones del Hospital Clínico, en los quirófanos del Servicio de Patología Quirúrgica, del Clínico y del Hospital de la Santa Cruz, se ha formado el autor de la obra, y con tales maestros y tal escuela no es de extrañar que el doctor José Miguel

Martínez haya podido plasmar en su notable libro las enseñanzas y las experiencias que atesoró.

Repetimos que es libro francamente aconsejable, y felicitamos a su autor y a la Editorial Salvat, que en esta obra nos da una prueba más de su generoso y patriótico empeño de editar los libros con el lujo y cuidado que se merecen.

F. J. C.

REGISTRO DE SUMARIOS

EL SIGLO MEDICO - SEMANA MEDICA ESPAÑOLA

RESUMEN SUMARIO DEL NUMERO ANTERIOR

(7 de septiembre de 1946.)

- La terminología médica, por Ricardo Royo Villanova y Morales.
Diarreas estivales: Un tratamiento, por J. Mariano Mingo Torres y J. Vara Sánchez.
Una incógnita crenoterápica (conclusión), por J. M. de Damas.
Benito Pérez Galdós y la Medicina (VII), por F. J. Cortezo Collantes.
La Medicina japonesa, por Fernán Pérez.

AVANCE SUMARIO DE NUMERO PROXIMO

(21 de septiembre de 1946.)

NUMERO EXTRAORDINARIO DEDICADO A LA XXIV ASAMBLEA DE LA SOCIEDAD OFTALMOLOGICA HISPANOAMERICANA, CELEBRADA EN LA TOJA LOS DIAS 9 AL 14 DE SEPTIEMBRE DE 1946.

LA MEDICINA COLONIAL

(Madrid, 1.º de agosto de 1946.)

- Pérez Argilés.—Tratamiento general de las intoxicaciones.
Díaz Jiménez.—Antimaláricos.
Amaro.—Estudio de la lepra en Marruecos.
Gutiérrez del Olmo y Aznar.—Diverticulosis apendicular.

REVISTA CHILENA DE HIGIENE Y MEDICINA PREVENTIVA

(Santiago de Chile, septiembre de 1945.)

- Barrientos, Alvarado y Horwitz.—Fiebre tifoidea en la Comuna de San Miguel.
Brachmann.—Nueva función en el suero antitifoideo motivada por elementos de «salmonella typhi».
Durán y Damianovich.—Infección tuberculosa en la población escolar.
Macchiavello, Cifuentes y Ovalle.—Estudios sobre tifus exantemático.
Moroder, Rojas y Latorre.—Neumonía y sulfadrogas.
Urzúa y San Martín.—Inmunización antidiftérica.

(Diciembre de 1945.)

- Molina.—Orientaciones sobre salubridad.
Molina y San Martín.—Higiene maternal e infantil.
Molina y Ortiz.—Unidades sanitarias.
San Martín, Alvarado, Carvallo y Salomón.—Teoría y práctica del saneamiento ambiental.

JOURNAL OF THE ROYAL ARMY MEDICAL CORPS

(Londres, junio de 1946.)

- Hoskyn.—Algunas notas prácticas sobre la asistencia médica a los comandos.
Matthews.—Investigaciones sobre el pie de trinchera, con especial referencia a las infecciones por hongos.
Dewar.—Tratamiento de la fiebre tifoidea con sangre de convalecientes.
Davis.—Informe de guerra de una división de Psiquiatría.

BRITISH MEDICAL JOURNAL

(Londres, 6 de julio de 1946.)

- Holmes.—Evolución de la Medicina clínica ilustrada por la historia de la epilepsia.
Chalke.—Tifus en las fuerzas del Mediterráneo central.
Dodds.—Tratamiento con penicilina de la difteria grave.
Barrat.—El trileño en la práctica general.
Dixon y Roaf.—Fiebre ondulante con complicaciones neurológicas.

BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

(Washington, enero de 1946.)

- Herrera.—La Sanidad en Guatemala.
Long.—El control de la tuberculosis en el Ejército de los Estados Unidos durante la segunda guerra mundial.
Heller.—Adelantos en la lucha antivenérea.
Bevier.—Control de la fiebre amarilla en la Guayana inglesa.

ARCHIVIO DI OBSTETRICIA E GINECOLOGIA

(Nápoles, enero-febrero de 1946.)

- Moracci.—Estudio del mecanismo del parto frontal.
Giorgi.—Localización de la parotiditis epidémica en el aparato genital femenino.

(Marzo-abril de 1946.)

- Moracci.—Significado funcional de la bolsa amnio-corial.
Micale.—Modificaciones de la mucosa cervical en los fibromiomas de esta localización.
Giorgi.—Adenoma sudoríparo de los genitales femeninos.

ANALES DE MEDICINA

(Barcelona, febrero de 1946.)

- Pi Figueras y Garriga.—Nuestra experiencia con la sonda de Miller-Abbot en las oclusiones intestinales.
Berini.—Mastoiditis, absceso extradural y penicilina.
Córdoba.—Valoración de la disergia en las alteraciones del estado general del lactante.
Bastos.—Cómo quiso Celso que fueran los cirujanos.
Gras.—Estados de la bilirrubina en el suero.
Suñé.—Sobre la rinitis espasmódica aperiódica.
Moragas.—Ictericia y encefalopatías.
Fúster.—Técnica para evitar los accidentes y complicaciones en los tratamientos convulsionantes.

EL SIGLO MÉDICO

SEMANA MEDICA ESPAÑOLA

14 de sepbre. de 1946

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 Delio Carlán. *Hace un siglo médico*, por el Dottore Baloardo. NOTA NECROLÓGICA: *Enmanuel Libman*. TEMAS Y PROBLEMAS PROFESIONALES: *La Previsión Sanitaria Nacional y algo más*, por Jesús Vidal Prieto. TERTULIA MÉDICA: *Idearium de «Ich»*. SILVA LITERARIA: *Benito Pérez Galdós y la Medicina (VIII)*, por F. J. Cortezo-Collantes. NUESTRO BUEN HUMOR. INFORMATORIO PROFESIONAL. Sección oficial.

BOLETIN DE LA SEMANA

En estos últimos días se ha descornado el pesado telón de las vacaciones veraniegas y queda a la vista el magnífico escenario de las actividades médicas, de las que se anuncia un período de gran movimiento para el otoño y el invierno próximos.

Después del viaje por el Norte realizado por el director general de Sanidad, en inspección de nuevos servicios y para inaugurar establecimientos provinciales sanitarios, cabe destacar de modo muy significado el brillante éxito obtenido en Santander por el Primer Congreso de Antiguos Internos de la Casa de Salud Valdecilla.

Esta notable asamblea, en que se han distinguido por sus intervenciones los doctores Calzada, Borreguero, Pablos Abril, Trallero, Peláez, Villanueva, Oliva y Pita, se ha visto avalorada por los cursos de Oncología y de Patología de la gravedad, en que se han dictado notables conferencias por los doctores Gavilán, Lamelas, Vega Gutiérrez y muchos otros compañeros, aparte las que dimos ya cuenta, dictadas por el doctor Palanca.

Ha asistido a los cursos el doctor Halliday Sutherland, distinguido fisiólogo de la Universidad de Londres, y ha dado una interesantísima conferencia sobre la estadística en Biología el matemático profesor J. Royo.

Por este simple apuntamiento se advierte el interés e importancia que va tomando la escuela del Instituto de Valdecilla, nacida del empeño patriótico y la generosidad del prócer montañés, que suyo dar a los caudales logrados por su personal y honrado trabajo el magnífico destino de ayuda, amparo y fortaleza a la enseñanza y a la práctica médica hospitalaria.

¡Qué gran ejemplo para tantos señores como hoy pasean por España automóviles que cuestan lo que antes un palacio, y jovas que valen lo que no valen y que sólo reflejan la estúpida vanidad y necia soberbia del dinero fácilmente atesorado!

Otro importante acontecimiento ha sido la inauguración en la preciosa isla de La Toja de la XXIV Asamblea de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana. En aquel bellissimo lugar se abrieron, el día 9, las sesiones de esta asamblea, a la que asisten más de medio centenar de médicos portugueses, en unión de los especialistas nacionales.

La inauguración fué presidida por el señor capitán general de la octava Región Militar, teniente general Múgica, acompañado por el presidente de la Sociedad, doctor Hermenegildo Arruga; el rector de la Universidad de Santiago, el alcalde de Pontevedra, las autoridades provinciales sanitarias, el decano de la Facultad de Medicina de Santiago, el presidente del Colegio de Médicos de Lugo y los jefes de Sanidad de la Armada con destino en Vigo.

El número próximo de EL SIGLO MÉDICO se dedica especialmente a dar cuenta de este Congreso, por lo cual nos limitamos en este Boletín a señalar su inauguración.

En la mañana del miércoles, día 11, tuvo lugar, con la solemnidad de rúbrica, el acto de toma de posesión de su cargo de jefe provincial de Sanidad de Madrid, por el excelentísimo señor don Víctor María Cortezo y Collantes.

La sesión se celebró a las doce de la mañana, en el salón de actos del Patronato de Lucha Antituberculosa, en el edificio central de la Dirección General de Sanidad.

Presidió el acto el señor director general de Sanidad, don José Alberto Palanca, quien ostentaba la representación del señor ministro de la Gobernación.

El local se hallaba completamente lleno de funcionarios de la Sanidad central y provincial de Madrid, y representantes de las Secciones administrativas de la Dirección General.

«AUTOS» Y MANTEQUILLA

Nadie puede negar ni discutir que el Gobierno ha hecho y hace cuanto puede para favorecer y facilitar el uso de ese instrumento de trabajo que es para los médicos el automóvil. Así, pues, nosotros no vamos ahora a referirnos para nada a cuanto en favor de los médicos se ha hecho por el Gobierno con relación al empleo y sostenimiento de los automóviles de propiedad de los médicos.

Pero precisamente estos beneficios que el Gobierno ha otorgado, señalan su convencimiento de la justicia que supone el procurar a los médicos su medio de transporte rápido y eficaz en su dinámica vida.

Ahora bien, son muchos, somos muchos, los médicos que, por desgracia, no podemos tener

automóvil propio, y, sin embargo, tenemos que trabajar lo mismo que quienes lo tienen. El adquirir hoy un coche automóvil no se puede hacer como no se cuenta con la fortuna de Crespo, porque lo de menos, hoy, es el sostenimiento: lo de más es la adquisición del vehículo. Por lo tanto; y de modo fatal, una grandísima cantidad de médicos tenemos que valernos de los tranvías y de los «taxis».

De los tranvías, más vale no hablar. Así, pues, nos quedan los taxímetros, y de éstos es de los que queremos decir algo, no al Gobierno, sino a este delicioso Ayuntamiento que venimos disfrutando y que promete, pero no cumple, sobre todo en los tranvías y en los «taxis».

El servicio de coches automóviles de alquiler en Madrid es carísimo, sin fundamento ni razón que no sea el temor de abordar un problema que no es tal. Pero es que, además del precio exorbitante, la inspección de los carruajes es deplorable. Más del 90 por 100 de los coches que están en servicio se encuentran en unas condiciones de desaseo y de averías que los hacen más propios para transportar grava o basura que para llevar personas. Cristales rotos, manivelas que faltan, y las que no faltan ni abren ni cierran. Tapicerías indecorosas, asientos desfondados, estribos peligrosos para usarlos, en fin, un cuadro que a la vista de todos salta. Y nosotros nos preguntamos: ¿qué tiene que ver la guerra ni la postguerra con este abandono?

Bien está que la gasolina y los neumáticos sean un problema lógico de las circunstancias; pero el

tapizado, los cristales, las manivelas, la limpieza y un poquito de rebaja en el precio, eso sí no se hace es porque el Ayuntamiento no lo exige con la debida energía.

¿Solución? No es muy difícil. No se rebaje la tarifa, si no se quiere, pero autorícense, en cambio, todas las licencias que se soliciten para automóviles decentemente presentados y a un precio más reducido, suprimiendo, por ejemplo, el 30 por 100 del 50 con que hoy se recargan las tarifas. El que quiera seguir sucio y con tarifa cara, que siga, pero no creemos equivocarnos en que habría muchos coches que acudieran al servicio del público en leal competencia de presentación y precio.

Lo demás es consentir el monopolio de la suciedad y la carestía.

Y de la mantequilla también vamos a decir algo médico. Para nadie es un secreto que la mantequilla fresca es base de muchos regímenes en dolencias gastrointestinales. Es indudable que con la mantequilla fresca se estaba realizando un negocio abusivo, y encontramos muy acertada la disposición de los organismos oficiales que acudieron en su remedio. Pero es el caso que antes había mantequilla cara, y ahora no la hay ni cara ni barata desde hace ya mucho tiempo, y, lo que es peor, que los enfermos que la precisan, si la encuentran, es al enorme precio de 80 pesetas el kilo.

¿No se podría activar la solución de este problema?

DECIO CARLÁN.

Toma de posesión del Excmo. Sr. D. Víctor María Cortezo y Collantes de la Jefatura provincial de Sanidad de Madrid

Bajo la presidencia del Excmo. Sr. Director general de Sanidad, Doctor Palanca, se celebró en el salón de actos del edificio de la Dirección General el acto de dar posesión del cargo de Jefe provincial de Sanidad de Madrid a D. Víctor María Cortezo y Collantes, que hasta ahora ha desempeñado el de Inspector general, Jefe de los Servicios Centrales de la Dirección General de Sanidad.

Dada lectura a la Orden de 29 de julio último, resolutoria del concurso convocado para provisión del referido cargo, el Excmo. Sr. Director general pronunció las siguientes palabras:

«Nos reunimos hoy para dar posesión del cargo de Jefe provincial de Sanidad de Madrid a D. Víctor María Cortezo. Para todos ustedes, médicos de Sanidad Nacional, funcionarios de la Dirección General de Sanidad, y para mí, en este acto hay dos motivos de satisfacción y uno de pena. De pena, porque D. Víctor Cortezo, que era una verdadera institución en esta casa, en la que ha permanecido a través de las vicisitudes y a través de diversas situaciones, se ausenta materialmente, aunque moralmente continúe ligado a nosotros. Pero hay dos motivos de satisfacción en el nombramiento de D. Víctor Cortezo. Uno, estrictamente personal.

Para los que somos sus amigos, se trata de la exaltación a un cargo de mucha responsabilidad de un hombre bueno, de un hombre bondadoso, de un hombre que lleva encarnado en sí el espíritu de camaradería, de amor al Cuerpo, en forma tal, que no es preciso hacerlo resaltar aquí.

Pero, además, D. Víctor Cortezo, personal y familiarmente, está ligado a la condición de sanitario. Personalmente, porque pertenece al grupo de sanitarios de la época heroica, en la cual se hacía frente a las más terribles vicisitudes sanitarias, no como ahora, con abundancia de medios y con abundancia de dinero, sino con dos pesetas y con cuatro cacharros. Y en uno de estos servicios fue donde, con su trabajo, con su exposición y con su talento, consiguió la Gran Cruz de Beneficencia, que justamente le fué concedida.

Era D. Víctor de aquel grupo de sanitarios, repito, que no se asustaban por nada, que trabajaban sin miedo; perteneció a aquel grupo del Instituto de la Moncloa en la época de D. Santiago, en la de Tello, en la de Falcó, que nunca se mesaban los cabellos porque el Instituto de Higiene estuviera en la Moncloa y no en la Puerta del Sol.

Familiarmente, el nombre de D. Víctor, repito, está íntimamente ligado a la condición sanitaria.

Cortezo, el nombre de D. Carlos María Cortezo, no puede permanecer ausente de la memoria de ningún buen sanitario. Los fundamentos de la labor sanitaria moderna fueron obra de D. Carlos; los que somos ya sanitarios viejos aprendimos a deletrear Sanidad en aquella Instrucción general de Sanidad que fué obra de D. Carlos. Está así perfectamente claro que quien llega hoy a la Jefatura Provincial de Sanidad de Madrid no es un advenedizo, sino un valor demostrado.

Pero hay, además, otro motivo de satisfacción. El nombramiento de D. Víctor significa volver a los tiempos en que los cargos se daban a quien por su historia y por sus condiciones se lo merecían. Significa también el comienzo de la estabilidad, de la perduración en los cargos de quien llegue a ellos sencillamente por motivos técnicos.

No es preciso que yo lo diga. En el nombramiento de D. Víctor no ha habido más propósito que el de premiar sus méritos, con independencia de sus ideales, que sí los tiene, pero que en nada afectan en este caso.

Espera el Cuerpo de Sanidad otra cosa. Por desgracia, la Jefatura Provincial de Madrid va indudablemente retrasada con respecto a las restantes provincias. Contra lo que el sentido común indica, la Inspección de Madrid no ocupa el primer sitio, ocupa el último. Se ha dejado pasar por provincias de tercer orden, por provincias modestísimas que han sabido aprovechar estos siete años de nueva era sanitaria para ponerse a la cabeza. Ha habido un incidente, quizá el fracaso prácticamente más grave de la Sanidad Nacional, que es la ruptura de relaciones de coordinación entre el Ayuntamiento de Madrid y nosotros. Esperamos todos que D. Víctor, con su capacidad, con su trabajo y con su tacto, realice esta tarea necesaria que hasta ahora no hemos logrado realizar. Para eso no creo necesario insistir en que por parte de la Dirección de Sanidad tendrá todo el apoyo que precise, con la absoluta seguridad de que cualquier medio que se le proporcione no lo utilizará sino en bien del servicio y no para entablar otras luchas que no sean las de carácter sanitario. Tenga la seguridad D. Víctor de que todos vosotros, conmigo, le deseamos en su nuevo cargo, y yo le auguro, toda clase de éxitos en bien de la Sanidad y del pueblo de Madrid.» (Grandes aplausos.)

Seguidamente, D. Víctor M.^a Cortezo dijo lo siguiente:

«Habéis escuchado a nuestro Director general; cuanto ha dicho, que puede interpretarse como rodeando a mi persona, justificando mi presencia aquí, hay que agradecerlo, y yo mucho lo agradezco, por lo que tiene de estimación de recuerdos y servicios pasados, ya que esto es hoy casi una virtud, dada la despreocupación que en este sentido reina no sólo entre nosotros, los españoles, sino en el mundo entero.

Sus palabras de elogio personal a mí, todos estáis convencidos, como yo lo estoy, de que obedecen más a una antigua, leal y buena amistad que nos une, que a la expresión de un criterio justo. Yo las agradezco mucho, tanto más cuanto que el Doctor Palanca, por el nivel a que legítimamente ha llegado en la política sanitaria, por

su envidiable situación en nuestra sociedad, por su carácter un tanto escéptico, no es hombre pródigo en elogios ajenos.

Todo lo que nuestro Director ha dicho que espera de mi gestión en mi nuevo cargo lo hago mío. Yo pido a Dios clarividencia, serenidad de juicio, inteligencia y voluntad para llevarlo a cabo. Del apoyo y de la ayuda de la Dirección General, no dudé nunca.

Llevo, va a hacer, cuarenta años al servicio de la Sanidad Nacional. Los primeros veinte, en el Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII, que así se llamaba entonces, logrando una formación sanitaria, que, si es mala, se debe exclusivamente a mi incapacidad, pero de ninguna manera a la falta de buenos maestros ni de buenos ejemplos recibidos en aquella casa. En ella, que también me prestó asilo, amparo y hospitalidad en momentos difíciles de mi vida, que sería ahora triste en inútil recordar. Los otros veinte años los he pasado en esta Dirección General, en este mismo cargo que hoy abandono para traspasar por primera vez los umbrales de la Sanidad provincial. Esto justificaré ante vosotros mi temor al pasar a este nuevo cargo y mi pena al abandonar el que servía, pues estoy convencido de que si me he desenvuelto discretamente en esta casa, lo debo en la mayor parte a vuestro afecto, a vuestra amistad, a vuestra leal colaboración y a vuestro consejo. Tan arraigado tengo este sentimiento y este convencimiento, que puedo aseguraros que una de las aspiraciones, quizá la mayor, que llevo a mi nuevo destino, es la de lograr verme rodeado de un ambiente igual de amistad, de lealtad y de colaboración desinteresada. De correspondencia, creo que he correspondido en la medida de mis fuerzas, y ello creo que servirá de merecimiento y de estímulo al personal que me ha de rodear en lo sucesivo.

Mi gratitud a todos. A la que merece nuestro Director general, no he de añadir nada. Todos habéis sido testigos de las atenciones, de las preferencias y de las tolerancias que conmigo ha tenido. Yo nunca las olvidaré.

Me voy, resuelto a mantener los vínculos que me unen a vosotros y, si es posible, a poner de mi parte todo lo posible para estrecharlos. Me voy con la esperanza, mejor dicho, con la confianza, de que en cualquier momento difícil que la precise he de encontrar la incondicional ayuda vuestra de siempre. Al dejaros, repaso mi conciencia, y la encuentro tranquila respecto a mi conducta. Creo que si encontrasteis en mí un mal Jefe, encontraréis un buen compañero. No sé si alguna vez, guiado por lo que entendiera mi deber, habré podido tomar alguna resolución que haya redundado en perjuicio de alguno que por ello se considere agraviado. Si así fuese, yo os invito a que reconstituyáis las circunstancias ambientales, y si así lo hiciérais, confío en que la resolución será estimada justa y el agravio, si lo hubo, perdonado.

Y también os ruego que me perdonéis que no sea más explícito, pero debo confesaros que no puedo sustraerme a la emoción del momento.» (Grandes aplausos.)

HACE UN SIGLO MÉDICO

por el

DOTTORE BALOARDO

Como principales notas de la actualidad médica, el 13 de septiembre de 1846 se daba cuenta de una sucinta Memoria acerca de las enfermedades que más reinan en ciertos puntos de la costa occidental de Africa.

Esta Memoria estaba redactada por el doctor don R. Villalba y Pérez, quien la dedicó al ministro de Marina, que era por entonces don Juan Bautista Topete, en el Gabinete del marqués de Miraflores, por crisis del Gobierno Narváez, y la presentó a la Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz.

Señalábanse como enfermedades dominantes, comunes y temibles en el Africa meridional, las viruelas, oftalmías, disenterías, calenturas y afecciones propias de la gente de color, sin contar la calentura amarilla, que parece ser se presentaba a intervalos de siete años, haciendo horriblos estragos.

El señor Villalba hablaba especialmente de las calenturas que más atemorizan a los navegantes, y bajo el nombre genérico de fiebres incluía como las más comunes las intermitentes y otras que con carácter de remitentes, o con interferencias más o menos marcadas, adquieren gravedad, que las hace terminar por la muerte, y que se llaman en común calenturas. Se refiere al uso del sulfato de quina, que a las dosis administradas en Europa dominaba casi todas ellas, y presenta en comprobación varias observaciones.

Predomina la sintomatología palúdica, y el autor no encuentra motivo para distinguir estas calenturas de las llamadas entonces en España fiebres ataxoadinámicas, fiebres graves o calenturas tifoideas, aunque más parezca la calentura intertropical o verdadera calentura africana.

El procedimiento curativo aplicado por el doctor Villalba no es otro que el clásico método antiflogístico, directo o indirecto; después, los tónicos, y, por último, los revulsivos, pareciendo haber sido útiles los purgantes.

Respecto al régimen y medios higiénicos para preservarse, se reducen a evitar la humedad y relientes de la noche, al uso de franela pegada a la piel, al de los buenos alimentos, abstención del uso de alcohólicos y uso moderado del agua.

Reseña luego el señor Villalba las islas de Anobón, Fernando Poo y Corisco, y señala lo conveniente que sería en la llamada Punta William, de Fernando Poo, establecer un hospital, y en Punta Adelaida, de la misma isla, una casa de convalecencia.

Termina la Memoria con un resumen de enfermedades y defunciones ocurridas en la corbeta de guerra «Venus», que salió de Cádiz el 28 de julio de 1845 y regresó el 4 de mayo de 1846.

De este resumen resultan 32 casos de inflamación de estómago y otras afecciones gástricas; 21 casos de cefalalgias, congestiones cerebrales y otros cuadros irritativos; tres casos de fiebres intermitentes; 33 de fiebre endémica africana; uno

de pérdidas seminales involuntarias; dos de neuralgias; uno de afección reumática; 15 de supresión de transpiración; 12 de venéreo; 10 de varias inflamaciones externas; 14 de enfermedades de los ojos; 20 de flemones, úlceras, heridas superficiales y picaduras de insectos, y 14 de contusiones.

En total, 178 enfermos y cinco defunciones.

De Química inorgánica, se trataba de la sustitución del bromuro de potasio por el yoduro y de los medios de reconocer y distinguir la mezcla de estas dos sales para evitar el fraude, que entonces se cometía con gran frecuencia y perjuicio de los enfermos.

La Sociedad Médica General de Socorros Mutuos publica un extenso parte, debido al socio Mariano Martín, de Cariñena, referente al medio mejor de utilizar y hacer productivos los fondos de la Sociedad y reforma de los Estatutos, contestando al requerimiento que en circular se había hecho por sentirse la necesidad de acudir a los remedios para restablecer el equilibrio entre las aportaciones de los socios y las pensiones a que se obligaba la Asociación.

De novedades, se anuncia la apertura de matrícula para el curso académico de 1846 a 1847.

Se advierte a los profesores que firmaron la oposición a la plaza vacante de médico cirujano de la Real Familia que acudan a la Facultad de Medicina el día 15 de septiembre para la formación de trincas.

Se anuncia que se han publicado los Reglamentos de las Clínicas y que se ha nombrado a los señores Sánchez Merino, Ulibarri y Murrieta.

Se da cuenta que en Valencia existe una niña de catorce meses la mitad blanca y la otra mitad negra, con una patilla disforme, un brazo casi natural y el otro semejante al de un cuadrumano, varios lunares y otras rarezas que llaman la atención de los naturalistas.

Se habla del nuevo Reglamento del Cuerpo de Sanidad Militar y de la Junta Directiva del Cuerpo, compuesta por los señores Rubio, Capdevila y Frau, Tapia y Valseyro.

En la costa del mar Rojo hacía estragos el cólera morbo. En Medina morían diariamente más de 300 atacados, en Gedda 25 y en Suez cuatro. Se llamaba la atención del Gobierno sobre ello, por ser Suez punto de continua comunicación con nuestro comercio, por haberse establecido por el istmo la carrera de las Indias.

En el VII Congreso Científico Italiano se habían reunido 1.611 congresistas, de los cuales 135 eran extranjeros, entre ellos cinco españoles, 179 piamonteses, 169 lombardos, 96 venecianos, 137 toscanos, 44 de otros Estados de Italia y los restantes pertenecientes al reino de las dos Sicilias. (¡Qué delicia de nación!)

La Sección de Medicina la formaban 292 miembros; la de Cirugía, 99, y 109 tomaron parte en ambas. Se anunció que el VIII Congreso se cele-

braría el 14 de septiembre en la ciudad de Génova, y con este motivo se inauguraría el monumento erigido a la memoria de Cristóbal Colón.

La Sociedad Médica del sexto distrito de París acababa de adoptar las disposiciones siguientes:

Serán excluidos de esta Sociedad los que sirvan de escudo a las personas que ejercen ilegalmente la Medicina, los que practiquen bajo la inspiración de un sonámbulo y los que visiten y asistan homeopáticamente a sus enfermos.

Por último, se anunciaban las vacantes siguientes:

Cirujano titular de Santa Ana de Posa (Toledo), 98 vecinos, obligación de la barba y 4.000 reales al año.

La de Villoria (León), 25 cargas de trigo y 300 reales en metálico al año.

La de Martín Miguel (Segovia), 76 vecinos a razón de 17 celemines de trigo por vecino.

La de Santoréns con tres agregados (Huesca), 25 cahices de trigo, casa, huerto y una carga de leña por vecino.

La de Pinilla Ambroy (Segovia), dotación convencional con los vecinos, que eran 40.

La de médico de Fúnez (Pamplona), 150 pesos fuertes y 150 robos de trigo.

La de cirujano de Villar de Ciervos (Zamora), 6.000 reales anuales.

Y por último, doña Simona Santesteban, viuda del farmacéutico don José Rivera, solicita un boticario examinado para el pueblo de Villafranca (Navarra), ofreciendo 160 reales mensuales, buena costa limpia y planchada la ropa.

NOTA NECROLÓGICA

ENMANUEL LIBMAN

El 28 de junio próximo pasado ha fallecido en Nueva York, y en su Mount Sinai Hospital, a los setenta y cuatro años de una vida plena de trabajo e investigación clínica, Enmanuel Libman. Nacido en Nueva York el 22 de agosto de 1872, se licenció en el N. Y. College, graduándose en el Columbia University College of Physicians and Surgeons en 1894. Toda su vida médica discurrió en el Mount Sinai Hospital, donde ya empezara siendo médico interno en 1896; estuvo posteriormente un año en las Clínicas y Servicios de Berlín, Viena y Munich, donde adquirió complementos intelectuales de sabor germano, que han contribuido a caracterizar su labor en el correr de los años. Fué miembro de numerosas Asociaciones norteamericanas e internacionales, como patólogo, bacteriólogo, internista, etc.; de la Harvey Society, en la que pronunció una de las memorables conferencias, y «fellow» de la New-York Academy of Medicine. Era uno de los cinco miembros médicos fundadores de la Dazian Foundation for Medical Research, y en 1935 se publicaron tres volúmenes en su honor, con trabajos de todos los grandes hombres de la ciencia médica mundial.

En los comienzos de su vida científica le preocuparon problemas de clínica bacteriológica, especialmente el crecimiento bacteriano en numerosos medios de cultivo. Una estela imborrable de su paso por el mundo está constituida por sus trabajos sobre las endocarditis malignas, especialmente las que antes fueron llamadas «lentas», y que él designó con el término, hoy aceptado por todos, de «endocarditis bacteriana subaguda». Los trabajos de su escuela sobre este tema constituyen un conjunto imposible de superar en calidad científica, en seriedad de concepto, en pureza clínica y en sencillez. Fueron condensados ulteriormente en su conciso librito «Subacute Bacterial Endocarditis», publicado con Ch. K. Freedberg, por la Oxford University Press, 1941, monografía fundamental para todo el que quiera conocer

el problema a perfección, por recoger todo lo substancial, sin perder tiempo en lo anecdótico. Por sus trabajos sobre «Endocarditis bacteriana subaguda» y por su colección de piezas de corazones afectos de este proceso, recibió en 1912 la Medalla de Oro de la American Medical Association, siendo memorable también su contribución personal al XVII Congreso de Medicina de Londres (1913). En 1942, al cumplir los setenta años de edad, le otorga la misma Sociedad la Medalla de Plata por su descripción clínica y anatomopatológica de la «endocarditis verrugosa atípica», llamada desde entonces «enfermedad de Libman-Sacks», por haber sido descrita en colaboración con Benjamín Sacks. Hizo contribuciones fundamentales al diagnóstico diferencial de la anemia perniciosa y el sprúe, al conocimiento de la sensibilidad para el dolor, etc., etc.

Cuando en 1942 se le concedió la Medalla de Plata, a sus setenta años, se le rindió un homenaje bajo los auspicios de los American Friends of the Hebrew University y del American Jewish Physicians Committee, de cuyas Sociedades era máxima jerarquía. Para mayor honra de su recuerdo, debe señalarse el hecho de que todos los grandes genios de la ciencia germana o europea huídos del terror nazi en la última quincena de años (Einstein, Schrödinger, Tanhauser, Scherff, Groedel, Roessler, Kisch, etc., etc.) encontraron en Libman acogida honorable y recibieron por su influencia colocaciones y acoplamientos que les permitieron seguir contribuyendo al progreso de las ciencias, de lo que el mundo tiene buen conocimiento. A todos los que conocemos su obra, por haberla leído, a quienes personalmente hemos podido estrechar sus manos huesudas y cálidas, su muerte nos ha inundado de dolor y nos ha incitado a repasar las páginas de su vida como ejemplario.

FRANCISCO VEGA DÍAZ

(Del Instituto de Patología Médica, Hospital General.—Director: Prof. Dr. Gregorio Marañón.)

TEMAS Y PROBLEMAS PROFESIONALES

La Previsión Sanitaria Nacional y algo más

Bajo la primera parte de este mismo epígrafe, y en el número 4.708 de esta Revista, el doctor J. LUIS YAGÜE Y ESPINOSA apunta la idea de que van a incrementarse los ingresos de Previsión ante la subida de sueldos de los médicos de A. P. D., que, según el citado doctor, y en el artículo que comentamos, dice que va a ser en breve «y que la realidad no va a tardar más tiempo en manifestarse que el de los trámites burocráticos necesarios». Lo entrecomillado es del artículo a que aludimos, y suponemos que en los trámites burocráticos se contaría con el veraneo de los burócratas, pues los de A. P. D. ya vamos pensando un poco a lo Santo Tomás, en aquello de ver y creer, y recordamos incidentalmente aquellos versos de

«Urge que España practique
este lema de mi escudo:
más hacer, menos palique...»,

etcétera, etc., y conste que subraya un habilitado de A. P. D., que sabe a qué y a cuánto se reducen las cantidades líquidas que cobran los titulares.

Anhelamos, pues, el aumento *tan prometido*, y no nos negamos a que la parte que corresponde por habilitación a Previsión sea incrementada, pero..., señores, téngase en cuenta que Previsión

es para todos y que, por tanto, existen beneficiarios actuales y posibles que, por no cobrar nómina, aunque sus ingresos sean más elevados que los de los titulares y se aprovechan de los descuentos de nuestros sueldos y no contribuyen con más cuota que la fijada por Previsión, y que nosotros, como es natural, también satisfacemos.

Por lo dicho, sugerimos al doctor YAGÜE Y ESPINOSA que por su bien probado cariño y competencia en el estudio de estas cuestiones vea la manera de que los demás compañeros previsionistas contribuyan con una cuota análoga a la que los titulares hacemos por descuento de habilitación, y, sobre todo, que venga pronto ese aumento, pues los meses corren y con ellos los recibos de Colegios, Previsión, contribución, matrículas de los hijos, inquilinato, racionamientos, etc., y no digamos la cuenta del sastre al compañero que este invierno necesite adquirir un pasamontañas, y conste que, a Dios gracias, el que esto escribe no tiene anejos ni vive en la sierra, pero lo sabe por haberlos tenido y vivido.

Creemos haber señalado un punto en nuestras esperanzas; esperamos confiados en la Palanca que en él quiera apoyarse, tenga un gran brazo de potencia y pueda levantar todas las resistencias que existan.

JESÚS VIDAL PRIETO.

TERTULIA MÉDICA

IDEARIUM DE "ICH"

En la comparación que hace Letamendi de la clase médica con la Compañía de Jesús tiene razón; pero hay una diferencia que explica lo desigual del éxito en ambas colectividades. El médico tendría el mismo poder que el jesuita si el sacrificio y la actividad que pusiera en sus empeños tuvieran por fin la *compañía*, la *institución*, no el individuo y el provecho independiente de cada molécula a expensas muchas veces de las demás. Los médicos no acaban de entender esto; cada uno de ellos, en el momento de angustia y en la necesidad de auxilio, encuentra muy lógico y natural que la *clase entera* haga la cuestión suya y acuda a su remedio, y así debiera ser si él, a su vez, se considerara como parte integrante de lo compacto para la bueno y para lo malo, pero no sólo para la ocasión de su necesidad. Si quieres ser fuerte con el todo, es preciso que seas fuerte con el todo *en cada momento* y no sólo en el que a ti pueda convenirte como provecho, muchas veces en contra del provecho de otro compañero.

Esto es necesario inculcarlo entre los médicos modestos del mismo modo que entre los que culminan por su valer o por su fortuna. En éstos con mayor razón; no por espíritu de caridad tan sólo, ni de lo llamado egoístamente *compañerismo*, sino por sostener lo compacto del cuerpo social a que se pertenece, sin distinguos de alto ni de bajo, sino sólo con el de recto o tuerto, virtuoso o inmoral.

En el sostenimiento de esta pureza está y estará siempre nuestra fuerza. El médico que acude en busca de recomendación o empeño para obtener una ventaja sobre un compañero es, en el verdadero fondo ético de cada caso, un estafador, un apóstata, y el que en el empeño le ayude un cómplice.

Fuerte parecerá esto en los tiempos que atravesamos y dentro de los procedimientos en que nos movemos; pero, pensando con frialdad, se llegará a comprender que el que protege o encubre al que peca no dejará de ser pecador sino aquel tiempo en que no se le presente la ocasión de ser-

lo con relativa impunidad y por necesidad apremiante.

El que declara por *salvar a un compañero* en favor de éste por aborto criminal, descuido evidente en auxilio científico o ficción de servicios profesionales no prestados, *dicotomía* al uso, y suciedades más o menos generalizadas, es, en último resultado, un abortador en *fárfara*, un estafador en germen y un abusador de confianza, como si sacara el dinero con sus propias manos de la caja del cliente estafado. En esto no debieran caber distinguos ni para las colectividades ni para los individuos, y si caben es porque el fondo moral está corrompido y su corrupción trasciende a la capa social y de ésta trasciende al exterior, a pesar de los eufemismos, convencionalismos, eutrapelias y componendas que pretendan disimular su hedor. A pesar de todo el hedor, trasciende lo que sucede, para consuelo e impunidad de los malolientes; es que el olfato es el sentido que más pronto se



(Aprobado por la Censura Sanitaria núm. 5.013)

acomoda a la indiferencia y neutralidad de sus impresiones.

Contra esto no hay más que un remedio: el reflexionar y obrar en cada caso como hombres honrados, cerrando los oídos a los engaños, halagos y artificiosidades de un mal entendido compañerismo. El médico que contra su conciencia, que claro le señala el delito, ayuda o encubre su ejecución, por muchas vueltas que quiera darle, más compañero resulta del delincuente que del médico; pues en este último sentido labora, quizá, por un individuo, pero más ciertamente en contra de la justicia y de la respetabilidad definitiva de una colectividad que debe ser ejemplo y mapa de la corrección y de la moral, tanto, por lo menos, como el sacerdocio mismo.

Para los que así pensamos, quien de otra manera opine podrá llamarse médico ante el mundo, pero no en lo sagrado de su conciencia. Elijan la ocasión, que dentro de sí oirá la voz que rectamente le aconseje y que le advierta que las *virgindades* no se pierden a medias, y la que acepta la mancha del encubrimiento tiene ya muy abierto el camino en la imitación del pecado.

Los eruditos, traductores y críticos son, respecto a las obras de arte, lo que los cocineros respecto a los manjares: muchas veces los sazonan y

hacen más digeribles; pero otras, quizá las más, los hacen indigestos y pesados. Digo esto a cuento de un pasaje de Plutarco en el cual este filósofo se adelanta a los conocimientos de su tiempo al hablar de las condiciones del cuerpo humano para digerir las carnes o los vegetales. Al verdadero atisbo de Plutarco añade un traductor ingenioso un razonamiento que anula y echa a perder el pensamiento del autor.

«Ve, ¡oh libro mío!—diría yo, plagiando a Ovidio—; ve sin mí a la ciudad.» Pero yo añadiría: Y Dios te libre de gustar a los eruditos y de que ellos se empeñen en encontrarte méritos recónditos y dobles significaciones. Sobre todo, Dios te libre de los anotadores trascendentales.

«El Ebro no crece con agua limpia», dice un refrán castellano para indicar que las riquezas improvisadas no pueden tener honrado origen. Esto es verdad a veces, y a veces no. ¿Puede haber agua más limpia que la lágrima; y puede haber caudal más sucio que la usura? Pues preguntad a los prestamistas y usureros con qué acumulan sus riquezas más que con las lágrimas de los necesitados.

A mí me gustaría aplastar a esos prestamistas de la *peseta por duro* y otras habilidades si no temiera que al destruirlos produjesen el ruido que las cucarachas al ser despachurradas.

No hay palabra que se llegue a pagar más cara y que sea en su pago menos agradecida que la alabanza del adulador; ni hay salario que a la postre se pague más caro que el obsequio del parásito. Es muy difícil, aun para el más sagaz, poder presumir lo que tarda el perfume de la adulación en transformarse en fetidez, como es muy difícil distinguir, en el que se acerca al poderoso, cuándo lo hace con el corazón del discípulo abierto a la enseñanza o cuándo con la espórtula mal oculta del parásito habilidoso. El contraveneno o la substancia inmunizadora es el talento del adulador, pero ése no se vende en las boticas.

Cuando luches con la envidia, písale en la cabeza hasta aplastarla, pues si la pisas el rabo no haces más que irritarla y provocar sus alaridos.

La muerte es una gran disectora y sabe llevar su mano descarnada a nuestro corazón para arrancar de él lo que nos es más amado.

SILVA LITERARIA

BENITO PÉREZ GALDÓS Y LA MEDICINA

(VIII)

por

F. J. CORTEZO-COLLANTES

Especulación del miedo llamaba Pérez Galdós a toda la maniobra política que se desencadenó en torno a la epidemia colérica que apareció en Murcia y Valencia a mediados del mes de junio de 1885. Cuando con fecha 19 de dicho mes y año escribió don Benito la carta que hoy vamos a comentar, era, en efecto, la situación sanitaria y política de España marcadamente confusa. La *Gaceta de Madrid* daba cuenta de haber ocurrido en Valencia 26 casos de cólera y 12 defunciones, en la capital, y 251 casos, con 103 defunciones, en el resto de la provincia. En Castellón de la Plana se señalaron 85 casos y 43 defunciones. En Murcia, 96 casos y 25 defunciones, en la capital provincial, y 120 casos y 50 defunciones en la huerta, además de 106 casos, con 15 defunciones, en el resto de la provincia murciana. En Madrid se declararon cinco casos, y ello fué el motivo de que el Gobierno hiciese la declaración oficial de la existencia del cólera en la corte, que vamos a ver a continuación cómo lo comentaba don Benito:

Madrid, 19 de junio de 1885.—En estos días nuestra capital se halla agitada por una cuestión importante que apasiona todos los ánimos. ¿Hay cólera aquí? El Gobierno dice que lo hay, y lo sostiene en las columnas de ese evangelio oficial que se llama *Gaceta*; y el vecindario en masa sostiene que no lo hay. Los tres, cuatro o cinco casos que aparecen diariamente consignados en la estadística sanitaria son calificados por el vulgo de insolaciones, tisis senil o tal vez de dolencias de carácter *filoxérico*.

También muchos de los casos coléricos de estos días se atribuyen a la inanición, por lo cual ha habido enfermos que han reaccionado fácilmente sólo con que les convidaran a almorzar. Para éstos las chuletas han sido de una eficacia probada.

Este empeño del Gobierno en que ha de haber cólera en Madrid y la tenacidad del vecindario rebelándose contra la epidemia gubernativa es de lo más extraño que he visto en mi vida. En ocasiones análogas, los Gobiernos españoles, como los Gobiernos de todos los países del mundo, han tenido empeño en quitar la importancia al mal, disimulando su gravedad y mermando en lo posible el número de casos. Mas ahora ocurre todo lo contrario: tiene el Gobierno a gala el meter miedo, y sin duda obtiene

no sé qué oscuras y misteriosas ventajas de la zozobra en que viven los madrileños.

He aquí la explicación que da el vulgo a esta singularísima manía de declararnos *epidemizados*.

Cuando el cólera empezó a arreciar en la provincia de Murcia, llegando a producir hasta doscientas invasiones diarias, o más, el Rey Alfonso manifestó deseos de ir a visitar a la desgraciada ciudad del Segura para socorrer directamente a sus afligidos habitantes y aliviar en lo posible su situación lastimosa.

Esto supo muy mal a algunos individuos del Gabinete, y ya sea por no exponer a los peligros de la epidemia a la persona del Rey, ya por no exponer la propia, pues era su obligación acompañar al Soberano, discurrieron *hacer cólera* en Madrid para apoyar en él el argumento contrario al viaje del Monarca. Cuentan que el señor Romero Robledo tiene mucho miedo y que a él se debe esta habilidosa estratagema. «¿Para qué va el Rey a Murcia—dice el Gobierno—, si lo tenemos en Madrid, y aquí puede S. M. ejercer cuando quiera las funciones paternales y caritativas que le competen en estos casos como cabeza de la nación? Pero el cólera de Madrid no da juego; es decir, no resulta epidemia. Es simplemente una diátesis estacional determinada por la dolencia en que en Medicina se llama «cólico de Madrid» y que proviene del abuso de las primeras frutas y de los fuertes calores del estío. Pero ocurre la particularidad de que en el presente año los cólicos ocurren en menor número que otros años, sin duda porque la población se halla en mejores condiciones higiénicas y porque el consumo de frutas es bastante menor que en otras épocas.

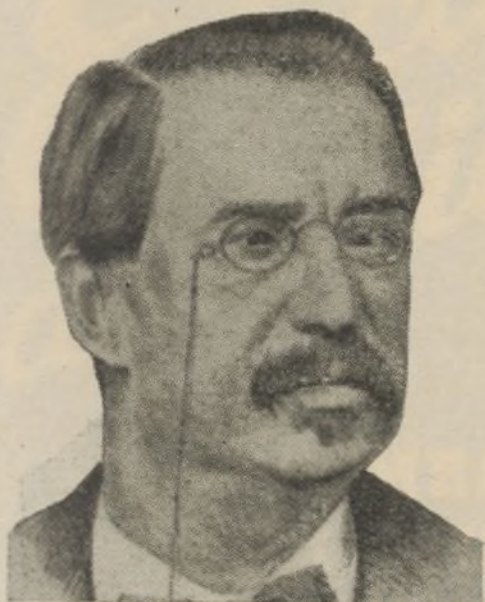
Los rarísimos casos calificados tímidamente por algunos médicos de cólera morbo asiático han recaído en individuos procedentes de Murcia y Valencia, y aunque el origen parece confirmar el triste diagnóstico, los facultativos no están de acuerdo respecto a la naturaleza del mal.

Es, pues, arbitraria, torpísima y absurda la declaración de la *Gaceta*, cualesquiera que sean sus móviles, y nos inclinamos a suponer falsa, por respeto a los Poderes constituidos, la versión vulgar que he indicado más arriba.

De la declaración del cólera en la *Gaceta* se deriva un plan completo de precauciones que a veces rayan en el ridículo.

Todos los días ocurre un motivo más o menos cómico en las plazas de mercado, y las verduleras se sublevan contra la policía desinfectadora al grito de: «No queremos polvos».

Ya son las cigarreras de la Fábrica de Tabacos las que se resisten a ser fumigadas y rociadas con ácido fénico, y, por fin, el pueblo espa-



DON ANTONIO CANOVAS

ñol, cediendo a sus naturales instintos, concluye por tomar a broma esto de la epidemia, que bien podría llegar a ser muy serio.

A la zozobra que hace días inquietaba a los habitantes de esta villa ha sucedido una confianza tal, que cuando se habla de casos nadie cree en ellos, y todo se vuelve poner al Gobierno como ropa de Pascuas y echarle la culpa de los males que la epidemia oficial ocasiona al comercio y la industria.

Y que este descontento traerá malas consecuencias, lo prueba la actitud del comercio madrileño, representado por el Círculo de la Unión Mercantil.

La declaración de cólera lastima de tal modo los intereses de tan respetable clase, que han discurrido manifestar su desagrado de un modo pacífico e imponente.

Mañana, 20, es el día destinado para este acto, que, sin duda, tendrá gran resonancia y quizá consecuencias de consideración.

Se cerrarán todas las tiendas de Madrid, y las clases comerciales se dirigirán al palacio de la representación nacional a exponer sus agravios.

Una Comisión de comerciantes visitará con el mismo objeto al Rey.

Entretanto que este acto se prepara, la villa y corte no pierde su constante aspecto de animación y alegría.

Los teatros de verano están concurridísimos; los paseos rebosan de gente, y siempre que hay toros, lo que acontece dos veces por semana, se

aglomeran trece a catorce mil personas en las localidades de la plaza.

Y no reina, ciertamente, la sobriedad en esta fiesta.

A más de los excesos de palabra que allí se cometen, además de las sofoquinas que trae consigo el trágico y pintoresco espectáculo de la lidia, son frecuentísimas las filoxeras y otros abusos gastronómicos dentro de la plaza y al salir de ella.

La estadística sanitaria de todas las épocas acusa un gran recrudecimiento de enfermedades varias en los días que siguen a las corridas de toros.

El libro de entradas del Hospital general marca las fechas de las fiestas tauromáquicas casi tan claramente como los abigarrados cartelones que se fijan en las esquinas.»

Hasta aquí la carta de don Benito. Las crónicas políticas nos dicen que, en efecto, el 19 de junio los tenderos de la calle de Toledo enlutaron sus casas y organizaron una manifestación con banderas negras y coacciones de cierre de establecimientos. La autoridad salió al paso, hubo pedradas y tomatazos, pero no pasaron las cosas a mayores.

El Rey y la Reina hicieron saber su resolución de no salir de Madrid; pero enterado don Alfonso XII de los estragos que el cólera hacía en Murcia, manifestó al presidente del Consejo, que



DON FRANCISCO ROMERO ROBLEDO

lo era don Antonio Cánovas del Castillo, su resolución de marchar a Murcia y consolar con su presencia y su auxilio aquella región.

Opúsose a ello Cánovas. Insistió Don Alfonso cerca de los ministros de la Gobernación y de Gracia y Justicia y, como la cosa tomaba mal aspecto, escribió a Cánovas el Rey declarándole de manera oficial su resolución de marchar a las regiones invadidas por el cólera. Reunióse el

Ministerio y acordó por unanimidad no aceptar la responsabilidad del viaje y presentar la dimisión total del Gabinete. Don Alfonso XII preguntó a Cánovas si en el partido conservador habría una personalidad que estuviese conforme con su deseo, pues el conde de Toreno había hablado favorablemente del viaje. Llamó el Rey a Toreno, que presidía la Cámara de los Diputados, pero éste no aceptó formar Ministerio, y entonces el Rey consultó a Sagasta, quien tampoco se atrevió a pechar con la responsabilidad del viaje. En vista de todo esto se devolvió la confianza de la Corona al señor Cánovas del Castillo.

Las manifestaciones del comercio contra la declaración oficial del cólera en Madrid dieron lugar a muchas algaradas, palos y sablazos, insultos al Gobierno, que contrastaban con las ovaciones a los Reyes y a la familia real, pues se conocía su generoso empeño.

Tal fué la situación, que obligó a los señores don Antonio Cánovas del Castillo y don Francisco Romero Robledo a emprender el viaje a Murcia para visitar a los coléricos, marchando al propio tiempo a Valencia el ministro de Gracia y Justicia.

Veamos ahora cómo don Benito comenta todo esto en su carta de 4 de julio de 1885, y más tarde veremos que todo ello fué inútil ante la resolución de Don Alfonso de hacer su viaje a la provincia de Murcia.

«Concluí mi crónica anterior augurando sucesos dignos de ser contados, con motivo de la manifestación del comercio madrileño.

No me equivoqué, y el 20 de junio resultó ser un día célebre que no olvidarán fácilmente los ministros conservadores ni otras personas muy elevadas.

El motivo del disgusto de la clase comercial fué la declaración extemporánea, prematura y nunca satisfactoriamente explicada del cólera *morbis* en Madrid, y la manera de expresarlo consistió en cerrar un día dado todas las tiendas de esta capital.

Al propósito de los tenderos se agregó el de los dueños de cafés y tabernas, y, cumplido el acuerdo sin excepción alguna, vimos a Madrid en el más extraño y desusado aspecto que es posible imaginar en esta población.

Porque las tiendas cerradas se ven los domingos y días festivos; pero jamás, en lo que lleva de existencia, se ha visto Madrid sin cafés y sin tabernas.

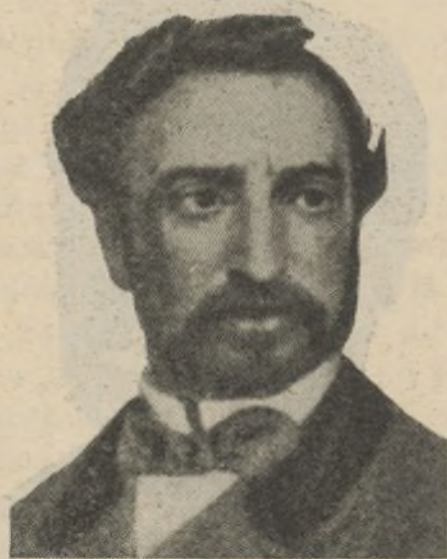
Y este fenómeno, dando a la corte un aspecto de tristeza y desolación, tan contrario a su temperamento constante, no podía menos de producir hondísimo trastorno en el vecindario.

A muchos habitantes de esta villa debió parecerles que se acababa el mundo o que alguna perturbación grave ocurría en nuestro planeta.

Otros debieron de padecer horribles nostalgias.

Muchos vagaban por las calles, observando los lúgubres bastidores de las puertas cerradas, mirando los letreros de los escaparates, parecidos a nichos de cementerios, y las chapas metálicas que cubren los huecos de las puertas de los establecimientos comerciales.

El contingente de desocupados de la Puerta del Sol aumentó de un modo tan extraordinario, que



DON PRAXEDES MATEO SAGASTA

la guardia civil de a caballo tuvo que recomendar, con no muy suaves modos, que se fuera cada uno a su casa.

Como las tiendas de comestibles se cerraron también a piedra y barro, los bebedores de café y de vino no hallaron medio de suplir con libaciones caseras la privación fortísima a que la clausura les obligaba.

Si la cosa hubiera durado tres días, creo que alguien habría intentado abrir a hachazos las cerradas puertas del Imperial y el Suizo.

Felizmente, este eclipse total tabernario y cafetero sólo duró el 20, día y noche, y el 21 los establecimientos recibieron de nuevo a sus parroquianos.

Mas por la noche del 20, la multitud que invadía las calles, compuesta de ociosos y de curiosos, sufrió varias embestidas del Cuerpo de Policía.

Un gobernador antipático quiso demostrar en aquella ocasión energías de todo punto intempestivas, y hubo sustos, carreras, sablazos y apabullos, magulladuras, bofetadas, estrujones y, por fin, dos muertos.

Dióse el nombre de motín a este barullo, y el Gobierno declaró que todo era obra de la pícara revolución.

Cuentan que se publicaron proclamas, que se oyeron gritos sediciosos, y el gobernador decoró las esquinas con un bando altisonante, en que estampaba las frases de amenaza y cólera que son propias del caso.

*Eficaz
auxiliar*

**PARA COMBATIR
CUALQUIER CLASE
DE ESTREÑIMIENTO**



OESTE



Nos permitimos recordarle las excelentes cualidades que reúne AGAROL para combatir cualquier clase de estreñimiento. Compuesto de aceite mineral, agar-agar y fenoltaleína en emulsión finísima perfectamente homogénea, estimula el peristaltismo intestinal, lubrica el intestino, favorece el reblandecimiento y progresión de las heces.

Eficaz auxiliar en las anomalías del tipo dólico y megacolon. Indicado en todas las edades, cualquiera que sea la causa de la constipación.

AGAROL

DOSIS: Adultos, una cucharada al acostarse, si es necesario, repetirla al día siguiente en ayunas.
Niños, una o dos cucharaditas diarias.

Ap. C. S. n.º 107

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



Pacyl

Quince años de experiencia farmacológica y clínica, expuestas en más de 60 publicaciones, han acreditado el PACYL en el tratamiento de la hipertensión arterioesclerótica y en el de varios estados angioespásticos, incluyéndolo la jaqueca, como el

**Hipotensor
fisiológico
de carácter hormonal**

Envases originales:

Frasco con 50 tabl. - Caja con 5 amp. de 1 c. c.

SALIA, S. A. - Prod. Químico-Farmacéuticos
San Sebastián

Pub. Méd. «Gorsia»

Tiroidina
de acción regularizada

Mejor tolerada que la tiroidina pura gracias al efecto antitireotóxico de la ergocolina. Constituye la base del remedio específico para el tratamiento inofensivo de la

Obesidad
Apondon

Env. orig.: frascos con 25 y 50 glób.



SALIA, S. A. - Prod. Químico-Farmacéuticos
San Sebastián

C.S. 283

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.

Pero, en mi humilde opinión, los pruritos revolucionarios, y las proclamas, y los intentos sediciosos sólo estaban en la acalorada fantasía del señor Villaverde, que ya vió estas cosas y otras igualmente tremendas en el alboroto de los estudiantes allá por noviembre del último año. Hay hombres predestinados a encontrarse la revolución a la vuelta de cada esquina, y uno de éstos es el señor Villaverde, a quien se le antojan los dedos demagogos.

La verdadera causa del motín fué una ley física, la impenetrabilidad, por la cual dos cuerpos no pueden ocupar un mismo lugar, y como la multitud llenaba la Puerta del Sol y querían los curiosos ocuparla también, no quedaba hueco para los agentes de Orden público y la Guardia civil, de donde vino la «lucha por el espacio»; los más fuertes expulsaron a los más débiles, y al vaciarse la plaza por sus avenidas, flaquearon muchas piernas y fueron molidas y contusas innumerables costillas.

A todo esto corría por Madrid la noticia de la dimisión del Ministerio; el presidente de la Cámara y el jefe del partido liberal fueron llamados a Palacio. El Rey les pedía consejo para la resolución de la crisis. Expectación en las masas aburridas. La palabra *crisis* no suena nunca en Madrid como otra palabra cualquiera. Siempre hay alguien en quien produce escalofríos de desesperación y alguien a quien infunde alientos de esperanzas. La crisis es cambio de Ministerio, de partido y de postura. Suele traer consigo la renovación de todo el personal administrativo, y, por tal motivo, sus efectos pueden ser contrarios en los distintos individuos que componen nuestra sociedad. He dicho cambio de postura, porque la crisis es como cuando un enfermo se cansa de dormitar de un lado y se vuelve del otro. Suele resultar que de todas maneras está mal, lo que no impide que busque nuevas y extrañas posiciones en expectativa de un alivio que no llega jamás.

Pero veamos qué crisis es ésta y en qué se funda.

La razón que da el presidente del Consejo para marcharse a su casa es un desacuerdo entre el Gobierno y la Corona, y este desacuerdo no lo motiva cuestión política y constitucional, sino el deseo manifestado por el Rey de ir a Murcia, y el Gobierno se opone resueltamente a este temerario viaje.

Es la primera vez que un intento semejante, tan honroso para quien lo siente, produce una crisis ministerial, y en verdad que la cuestión es delicada.

Si un partido abandona el Poder por no creer conveniente un acto determinado del jefe del Estado, ¿quién se atreverá a sucederle, cuando lo primero que tiene que hacer es aconsejar y autorizar aquel mismo acto?

¿Y quién es el guapo que se atreve a decir al

Rey que debe ir a Murcia, donde la epidemia reinante hace horribles estragos?

Por esta consideración, se creía que el señor Cánovas, al plantear la crisis en términos tan desusados, tenía ganada la partida y asegurada para sí la sucesión de sí mismo.

Así fué, en efecto. El 22 supimos, con sorpresa, que ya no había crisis, que el Rey no iba a Murcia y que el Gobierno continuaba tal como estaba constituido. Justo es consignar que la noticia de la suspensión del viaje regio produjo un efecto doblemente desagradable.

En primer lugar, pérdida de prestigio para el Rey, pues en estos pueblos meridionales e imaginativos la temeridad encuentra siempre simpatías, y el atrevido y arrojado, cualesquiera que



DON RAIMUNDO FERNANDEZ VILLAVERDE
(Gobernador de Madrid)

sean sus móviles, es siempre puesto por encima del que tiene por guía la cordura y la prudencia.

Virtudes son éstas que el pueblo español ha tenido y tiene en poco.

El segundo efecto desagradable de la solución de la crisis ha consistido en ver que continuaba el gabinete del señor Cánovas, recayendo principalmente las antipatías en el señor Romero Robledo, cuyas campañas sanitarias han sido objeto de picantes burlas y de sátiras sin fin.

Los más exaltados sostenían que la crisis era una pura comedia, representada con el exclusivo objeto de evitar ese temido viaje a Murcia, más temido por los ministros que por el Rey. Otros veían con pena que se apartaba el Soberano de

una empresa que habría reverdecido la población un tanto mustia en esta última época, y, por fin, todos, a excepción de los que ocupan el Poder, tachaban a la situación de desatentada e imprevisora.

El Rey no fué a Murcia, bien contra su voluntad, al decir de los palaciegos, aunque acerca de esto no están conformes todos los pareceres. Por mi parte, creo firmemente que deseaba ir.

No debe opinarse lo mismo del señor Romero Robledo, el cual, si en realidad tenía el miedo de que se ha hablado, es muy digno de lástima por verse obligado a emprender el peligroso viaje.

Tanto se habló de esto pública y privadamente, en las calles y en el Congreso, que, al fin, el ministro de la Gobernación no tuvo más remedio que inscribirse en el gran libro de los héroes haciendo la maleta y poniéndose en camino del país infestado.

El señor Cánovas, diputado por Murcia, también fué, y ambos estuvieron allí dos días. Llevaron poco séquito, socorros abundantes y las precauciones adecuadas al riesgo que corrían. Un acreditado fondista de Madrid les llevó los víveres, bebidas de primera calidad y provisiones de todas clases, entre las cuales se contaba harina para hacer el pan y agua del Lozoya. Los ilustres viajeros no han permitido que entrara en sus cuerpos cosa alguna que no fuese llevada de Madrid, y no decimos esto en son de censura, pues ninguna obligación hay más sagrada que preservar nuestra propia vida, cuando el sacrificio de ella en nada aprovecha a los demás.

Cuentan que ambos ministros han visitado los hospitales socorriendo en lo posible a la afligida y exhausta ciudad.

Ya están de regreso en Madrid sanos y buenos, quizá con mejores carnes que cuando fueron. En Aranjuez dispusieron que se les fumigara, lo que nos parece muy justo, pues siendo el ministro de la Gobernación hombre capaz de ahumar a medio mundo si se le dejara, bueno es que él también pruebe las delicias de esta precaución sanitaria, la más socorrida, la más molesta y la más eficaz de todas, según aseguran personas de grandísima autoridad.

Si en Madrid los estragos del cólera son insignificantes en la magnitud populosa de esta villa, no podemos decir lo mismo, desgraciadamente, de las provincias de Levante. Murcia y los demás pueblos todos de su huerta han sufrido horriblemente. En Valencia y Alicante también menudean los casos, si bien las capitales de estas provincias han sido menos castigadas que Murcia. Castellón y Albacete comparten la suerte infeliz de sus vecinas, y hay chispazos en Zaragoza y en Toledo. Aranjuez y Ciempozuelos, que distan de Madrid poco menos de dos horas de ferrocarril, están infestadas. En ambas poblaciones el paludismo hace estragos todos los años

por esta época, y las derivaciones del Tajo, encharcando las tierras, favorecen el desarrollo de las enfermedades contagiosas.

Es cosa averiguada que el cólera de este año, inferior en intensidad a los de 1834, 1855 y 1865, no se arraiga sino en las localidades en donde la humedad y el calor infestan la atmósfera, y se ceba principalmente en los individuos que viven mal alimentados y peor alojados, en la proximidad de los focos palúdicos.

No debo omitir la noticia de que falleció de cólera fulminante, en pocas horas, el sacristán de Nuestra Señora del Puig, que vendía el milagroso aceite de la lámpara como remedio santo, a cuya eficacia no resistía ningún caso por grave que fuera. A este buen hombre no le valió el maravilloso específico, sin duda por no tener fe en él, aun administrándolo sin tasa a los dolientes de toda la provincia de Valencia. ¡Lástima que no pudiera disfrutar de los beneficios de su pingüe negocio! Me dicen que el arzobispo, cardenal Monescillo, está formando expediente canónico al cura del Puig, para averiguar los chanchullos que hacía con el aceite, y en dónde paran los muchos dineros que debe de haber cobrado por su medicina.

Tampoco debo omitir que ha salido un nuevo especialista contra el cólera, el doctor Maestre, quien parece lo cura en un periquete, por medio de inyecciones hipodérmicas. La fama de este doctor ha cundido por todo el país infestado, y de uno y otro pueblos le solicitan, como solicitaban los auxilios profilácticos del doctor Ferrán. Pero la circunstancia de no haber dado el doctor Maestre explicaciones científicas de su doctrina terapéutica hace dudar que ésta sea realmente una doctrina. En tales cuestiones todo lo que sea misterio es altamente sospechoso. No ha procedido así Ferrán, que antes de practicar las inoculaciones ha expuesto, con la mayor claridad, sus teorías. Por cierto que la prohibición que pesaba sobre su invento ha sido levantada por el Gobierno, en vista del favorable informe de la Comisión nombrada al efecto, y a estas horas el famoso doctor y sus activos discípulos no tienen manos bastantes para atender a los que acuden a ellos en busca del remedio preventivo. Es tanta la gente que invade el laboratorio, que sólo guardando turno, a veces de largas horas, es posible a muchos penetrar en él. Ancianos y niños, hombres y mujeres de todas las clases sociales, solicitan se les aplique un remedio racional que la experiencia, cuando menos, reclama como eficaz. De los pueblos comarcanos acuden también en grandes grupos, y si el remedio profiláctico de Ferrán no fuera una verdad científica, se recomendaría por la confianza que inspira y la serenidad que imprime a los inoculados, alejando por completo el miedo, que es la peor de las predisposiciones.

A los muchos sabios extranjeros que han venido a estudiar la profilaxis anticolérica de Ferrán hay que agregar los franceses doctores

más arriba dije que su terapéutica era sospechosa, por estar envuelta en el misterio, debo manifestar que acaban de hacerse públicos los com-



CANOVAS DEL CASTILLO Y ROMERO ROBLEDO VISITANDO A LOS COLERICOS DE MURCIA

Brouardel, Charyn y Albarrani, llegados recientemente.

Volviendo al doctor Maestre, de quien poco

ponentes del líquido con que hace las inyecciones hipodérmicas.

Emplea en ellas el ferrato químico pilocarpina,

la esticnina, el éter sulfúrico y el hidrato de cloro. Acerca de las dosis en que entran estos elementos, el citado doctor ha publicado un estudio en la Prensa facultativa, y ahora es ocasión de discutir su medicamento y de aquilatarlo en la práctica.

La asolada y afligidísima Murcia ha presenciado un ejemplo de abnegación y heroísmo cristia-



EL DOCTOR AURELIANO MAESTRE DE SAN JUAN

no que no olvidarán fácilmente los desgraciados habitantes. El representante de la República Oriental del Uruguay, don Enrique Kubly y Arteaga, acompañado de su secretario, señor Ramella, ha recorrido los puntos más peligrosos de la ciudad, repartiendo socorros a los enfermos, atendiéndoles con recursos de varias clases, alimentos, ropas, medicinas, dinero, penetrando en los hospitales de coléricos y en sus miserables y sucias barracas, cuya atmósfera envenenada es,

en el sofocante calor de aquel clima, casi irrespirable. Estos señores no conocen el miedo, y han sabido poner tan alto su nombre y su valor, que honran a su nación al honrarse a sí mismos. Murcia ha declarado, por conducto de su Municipio, que vivirá eternamente agradecida al representante del Uruguay. Después de repartir personalmente tres mil duros entre los más necesitados, el señor Kubly se ha procurado una lista de las familias que, hallándose en situación precaria, no se atreven a pedir limosna a cara descubierta. La Prensa murciana, después de elogiar el celo de los médicos murcianos, dice, contestando a un periódico de Madrid, que sospechaba faltaran facultativos en la infeliz ciudad. «Lo que hace falta aquí es que vengan muchas personas como el ministro del Uruguay.»

Con esta epidemia, cuyo fin no vemos claramente, parece que se han desatado sobre nuestro país todos los males. El comercio español sufre una crisis de las más graves, y su paralización es tal que hace muchos años no se ha visto otra semejante.

Las exportaciones están reducidas a la mínima expresión, lo que se comprende fácilmente, recordando que las comarcas más ricas, que son las de Levante, están muertas para el tráfico, y que Murcia y Valencia ven perdidos sobre la tierra sus admirables frutos, o en los desiertos y abandonados almacenes. Todo el comercio peninsular está malparado con esta desolación, que viene a remachar los males causados por las deficientes cosechas, por las inundaciones y los terremotos.

Para mayor desgracia, los dos tratados de comercio, el cubano-americano y el hispano-inglés, han fracasado cuando se creía que iban a ser puestos en práctica.

El primero halló oposición sistemática en las Cámaras de los Estados Unidos, y su anulación es ya un hecho oficial. El segundo, aprobado por las Cortes españolas y por el Parlamento inglés, ha sucumbido extemporáneamente por improvisación de nuestro Gobierno o susceptibilidades del Gobierno británico. Punto es éste que no se ha aclarado todavía.

A pesar de que el cambio de Gabinete en Inglaterra y la entrada de los conservadores hace creer que dominaron en las regiones oficiales de aquel país las ideas proteccionistas, favorables a los cerveceros, todavía hay esperanzas de que se reanuden las negociaciones para el planteamiento del tratado, y que éste sea un hecho en lo que resta de año.

Buena falta hace a nuestro abatido comercio una acentuada y firme corriente que lo reanime.

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.

EL CATETERISMO URETRAL

Por *Francisco Martino*, de Madrid.

Sin estudiar Medicina y sin ser una «eminencia», ya de antiguo es sabido que la retención de orina es una grave dolencia.

Por aquel entonces, año de 1935, ingresó en el Servicio de Urología, que yo a la sazón frecuentaba, un enfermo que igualaba lo corto de su estatura con lo magro de sus carnes; estado físico



(Aprobado por la Censura Sanitaria)

fruto de la conjunción de perenne y forzado ayuno (por pobreza) con la uremia (por retención incompleta de orina).

Llegado día hábil, el profesor del Servicio, que ya había visto a otros enfermos, ordenó que pasase al quirófano el de referencia para proceder a su reconocimiento. Llegó nuestro hombre, ya desprovisto de gorra y colilla, ante el jefe, ordenándole éste se colocase sobre la mesa de operaciones. En esto notó el profesor que le dolía, aunque levemente, el sitio de los riñones; echóse manos allá y dijo: «¡Ay, los años!» Y seguidamente se llegó a un rincón del quirófano ocupado por un sillín de metal cromado, armado del cual se colocó nuevamente junto al paciente al objeto de realizar la exploración cómodamente sentado.

Fué entonces cuando se oyó la débil voz de nuestro enfermo, que decía:

—¿Y con lo estrecho que yo soy me va usted a meter «eso»?

Y dejándose caer de la mesa escapó por la puerta más cercana, y... hasta ahora.

NADIE ES PROFETA EN SU TIERRA

Por *José Fernández Miralles*, de Puzol.

Recién salido de la Facultad, ejercí interinamente en un pueblo pequeño, en el que en poco tiempo conseguí una buena reputación profesional, tanto, que frecuentemente solicitaban mis servicios en los pueblos vecinos. En la Facultad, confieso sinceramente que nunca asistí un parto, a pesar de lo cual, los pocos que se me presentaban iba resolviéndolos sin complicaciones.

En estas circunstancias me llama el compañero de un pueblo vecino, hombre de mayor edad, experiencia y pericia que yo, porque, asistiendo un parto a la señora del alcalde sentó la indicación del fórceps, y la familia se opuso a que la llevase a efecto hasta tanto consultara conmigo.

No hace falta decir que estuve de completo acuerdo con él; mas cuando ya el compañero se disponía a intervenir, la familia se lo impidió, ya que si me habían llamado «no era para que conversáramos, sino para que trabajase». Con el nervosismo propio de la situación, rogué al compañero no se separase de mi lado; me encomendé a Dios, tomé el fórceps, lo apliqué, tiré y todo salió bien.

Había hecho mi primera aplicación del fórceps al ser consultado por un compañero, que en aquella ocasión fué mi maestro, pero que para aquella gente tenía un grave defecto: era hijo del pueblo en cuestión.

EN UN EXAMEN DE ANATOMIA

Por *Porfirio Arce García*, de Santander.

El catedrático.—Dígame cuál es el hueso de la alegría.

El estudiante.—El ¡olé!... ¡olé!

El catedrático.—Vamos; termine pronto o le suspendo.

El estudiante.—El olé... ¡el olécranon!

EN EL MEDIO RURAL HURDANO

Por *Porfirio Arce García*, de Santander.

El médico de A. P. es avisado con urgencia en casa de un presunto tífico. A los pocos minutos entra el médico y, después de explorarle, le receta unos papeles de piramidón con objeto de hacer descender la hipertemia. Le ordena tomar uno cada cuatro horas y se ausenta del domicilio del paciente. Al día siguiente le visita nuevamente y le pregunta:

—¿Has tomado los papeles que te receté?

El paciente.—Sí, señor médocu; los he tomado, como usted me dijo. Primeramente tomé, con algo de trabajo, el polvillo que venía dentro; des-

pués tomé el papel, que éste ¡sí que me costó Dios y ayuda para tragarlo!

* * *

EN UN LABORATORIO DE BACTERIOLOGIA

Por *Porfirio Arce García*, de Santander.

Estando examinando el bacteriólogo al microscopio un sedimento urinario en fresco, la enfermera auxiliar le pregunta:

—Doctor: ¿Qué ve usted de particular en ese sedimento?

El bacteriólogo.—Algunos leucocitos y bastantes hematíes.

La enfermera.—¿Y en qué los conoce usted?

El bacteriólogo.—Porque me los «presentaron» el otro día.

Informatorio profesional

EL DOCTOR VEGA DIAZ MARCHA A AMERICA

Invitado personal y oficialmente para asistir al II Congreso Inter-Americano de Cardiología, que se celebrará en la ciudad de Méjico el próximo octubre, marcha para Estados Unidos, Méjico y Cuba el ilustre profesor don Francisco Vega Díaz, quien, al propio tiempo que presentar las comunicaciones solicitadas que lleva al Congreso Inter-Americano, dará varias conferencias en La Habana y visitará los Centros científico-médicos de los Estados Unidos.

Deseamos al ilustre viajero el éxito que merece por su gran cultura y destacada personalidad científica.

los Ayuntamientos de Derio y Ochandiano (Vizcaya).

Don Francisco Urquiola Ortúzar y don Juan Ruiz de Aguirre Urtiga, médicos del Cuerpo de Asistencia Pública Domiciliaria, con destino en las plazas de los Ayuntamientos de Derio y Ochandiano (Vizcaya), respectivamente, dirigen instancia a este Departamento solicitando permutar las plazas de referencia.

Y con el fin de que tenga lugar el debido cumplimiento de los preceptos contenidos en la Orden ministerial de 26 de julio de 1943, se hace pública la petición de permuta aludida en el *Boletín Oficial del Estado*, a fin de que los demás médicos de los Ayuntamientos interesados puedan formular reclamaciones si lo estiman conveniente, cuya permuta tendría lugar si en el plazo y condiciones señaladas en la Orden ministerial citada no se hubiese formulado reclamación alguna.

Lo que se hace público para general conocimiento y oportunos efectos.

Madrid, 22 de agosto de 1946.—El director general accidental, B. García Castrillo.

SECCION OFICIAL

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD.—*Haciendo pública la petición de permuta de don Francisco Urquiola Ortúzar y don Juan Ruiz de Aguirre Urtiga, médicos del Cuerpo de Asistencia Pública Domiciliaria, con destino en las plazas de*

Sanatorio SAN ESTEBAN

USURBIL (Guipúzcoa)

A 11 kilómetros de San Sebastián

TELEFONO 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. 4.165.)



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.

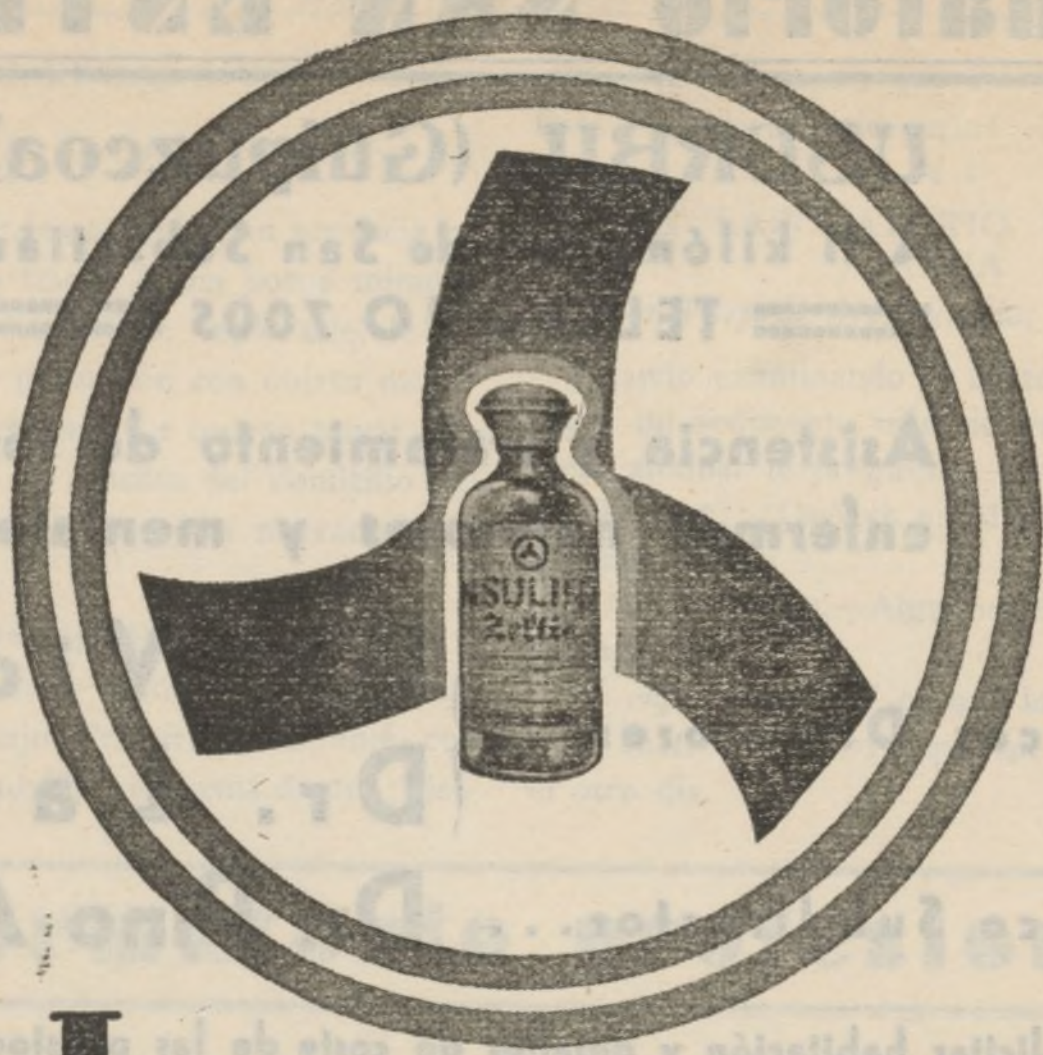
PRESENTACION:

En frascos de 50 c. c.

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

Barquillo, 32 - MADRID

Comercio, 28 - BARCELONA



Insulinas Zeltia

EXACTA TITULACIÓN, ESTABILIDAD

INSULINA ORDINARIA

(FRASCOS DE 100 Y 200 U.I.)

PROTAMINA - ZINC - INSULINA

(INSULINA RETARDADA)

(FRASCO DE 200 U.I.)

LABORATORIOS ESPAÑOLES "Zeltia" S.A.