



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 30 de noviembre de 1946

NÚMERO 4.728





Boldevón



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

Dosis

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

MUESTRAS GRATIS A LOS SEÑORES MÉDICOS

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

C. S. 8.303



clásica en el tratamiento
interno de las dermatosis

« Azufre y Bardana »
justamente reivindicada y
superada con

Sulfolapina



SULFOLAPINA

COMPOSICIÓN Y FORMA

Comprimidos de azufre sublimado lavado y extracto de raíz de bardana (ââ 0'15 gramos).

INDICACIONES

Eczemas en general. Linfatismo, escrófula y dermatosis consecutivas. Dermatitis y manifestaciones alérgicas en general. Furunculosis. Acné. Estados luéticos especiales.

DOSIS

De uno a dos comprimidos (ordinariamente un comprimido), antes o después de cada una de las tres principales comidas.

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

Censura Sanitaria N.º 2810

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 NÚMERO.—COLABORACIONES: *La talla hipogástrica*, por el Dr. Francisco Martino. *Pruritos por distonias neurovegetativas*, por el Dr. Antonio Martínez Navarro Zanón. *Biomicroscopia del canal de Cloquet*, por el Dr. Enrique Salgado Benavides. DIVULGACIONES NACIONALES: *Actinomicosis cérvicofacial primitiva*, por el Dr. Sandalio González Calvo. *Desgracia providencial en el descubrimiento de la anestesia*, por el Dr. José Megías Velasco. *Las bebidas alcohólicas en la economía española*, por el Dr. Ignacio López Saiz. CONSULTORIO MÉDICO QUIRÚRGICO. BIBLIOGRAFÍAS. REGISTRO DE SUMARIOS.

COLABORACIONES

LA TALLA HIPOGÁSTRICA

por el

Doctor FRANCISCO MARTINO

Cirujano urólogo de Madrid.

Al parecer, fué FRANCO, en 1556, el que preconizó esta vía.

La cistostomía alta, sectio alta, cistostomía suprapúbica o talla vesical hipogástrica es una operación quirúrgica esencialmente urológica, cuya práctica debe estar al alcance del cirujano general. Este debe practicarla exclusivamente en casos de anurias excretoras de origen vesical, prostático o uretral con fines evacuadores; las demás indicaciones de esta operación (hematuria vesical o uretral, tumor vesical, litiasis vesical, etc., etcétera, etc.) son del preferente dominio del urólogo.

Interesa hacer constar que el globo vesical en caso de retenciones agudas de orina no siempre se presenta. Si se trata de un prostático incipiente, de un espasmo uretral (de la uretra membranosa), de un cálculo ureteral que, migrando, se ha enclavado en uretra, etc., la orina retenida por una vejiga sana distiende a ésta, apareciendo el globo hipogástrico y la matidez hipogástrica a la percusión; mas si, por el contrario, la retención aguda de orina acaece en un estrechado uretral, en un prostático antiguo e infectado, etc., las paredes vesicales en su totalidad se encuentran engrosadas y esclerosadas: la serosa, por la natural reacción esclerofibrolipomatosa; la muscular, por la hipertrofia del *detrusor urinae*, tendente a superar el obstáculo que se opone al libre paso de la orina; la mucosa ve aumentar el número de sus

capas por la congestión de la retención y de la infección, y asimismo sus células tienden a epidermizarse, no apareciendo, de consecuencia, el globo vesical hipogástrico. Una historia clínica cuidadosa, el tacto rectal combinado (un dedo en recto y la otra mano en hipogastrio) y el tipo de obstáculo uretral que se opone al cateterismo deducible de éste, son capaces de resolver tales estados de retención aguda completa de orina sin distensión de la vejiga.

La talla hipogástrica, tan practicada, es, no obstante, reciente; todavía en 1585, en *L'Oeuvres*, de AMBROSIO PARÉ, lo que se describe es la talla vesical perineal. Es la escuela de GUYON la que, en los finales del pasado siglo, regla y fija la operación.

En este trabajo, además de describir con brevedad el conocidísimo *modus faciendi* de la operación, se dan algunos detalles de técnica poco conocidos, se describen otros y, sobre todo, se indican las catorce razones en que nos basamos para hacer la talla hipogástrica lo más lejana posible del pubis.

En los casos en que el cateterismo uretral evacuador está imposibilitado—que son los casos en que el cirujano general debe hacer la talla hipogástrica de urgencia—, la vejiga urinaria está repleta por la propia orina del paciente; de consecuencia, nada se indica sobre este punto.

La incisión de la piel es media longitudinal, y debe comenzar a un través de dedo por encima del pubis y prolongarse de tres a cinco centímetros, según la riqueza del panículo adiposo del paciente; téngase a más en cuenta que en estos casos en que la uremia amenaza la vida del paciente, la anestesia local incrementa con su infiltración del espesor del panículo. Las incisiones en «V» de LOWSLEY y la curva de PFENSTIEL en modo alguno la aventajan, ni aun en el caso de gruesos abdómenes. Es muy raro que una mujer, con pretensiones estéticas, necesite una talla vesical hipogástrica; mas, desde luego, no hay inconveniente en hacerla transversal paralela al pubis.

Se incinden la piel, el tejido celular subcutáneo y la grasa de la región, apareciendo en el fondo una fuerte aponeurosis, que no es otra que la línea alba, siempre bien visible y desarrollada, ya que contiene fibras de los ligamentos de inserción del oblicuo mayor, etc.; se procura seccionarla justamente en su centro muy paralela a la de la piel, al objeto de separar entre sí los músculos rectos anteriores mayores del abdomen, y no a través de alguno de ellos disociado.

Se inclina ahora la mesa a lo Trendelenburg, y con los índices, protegidos por gasa, se rechaza hacia arriba el fondo de saco peritoneal; ahora se colocan dos separadores de Farabeuff, que un ayudante mantiene idóneamente, y que engarflan los **músculos rectos**.

La vejiga urinaria aparece en el fondo de la herida así practicada y abierta, siendo fácilmente reconocible por los detalles siguientes:

- 1.º Consistencia firme.
- 2.º Disposición trabecular.
- 3.º Presencia de gruesas venas (por ingurgitación y éstasis pasivo) que la recorren.
- 4.º En su caso, una aguja de raquianestesia la puncciona, y quitado el trocar, da salida a orina.

Raramente, la fascia prevesical (vestigios del primitivo aparato alantoideo) es tan marcada, que llame la atención; sus elementos, adheridos a vejiga, son rechazados hacia arriba con el peritoneo y con las maniobras de liberación de éste; el peritoneo suele estar firmemente adherido a la vejiga; no obstante, en el vértice de ésta, en el sitio en que uno de los elementos del aparato alantoideo, el uraco, se inserta en la misma. Para una talla hipogástrica meramente evacuadora, dicha íntima unión se respeta.

Si hay globo vesical, la porción correspondiente de éste incluso se insinúa por los bordes de la herida; nada más fácil ahora que dar dos puntos con catgut del 3 a ambos lados de la futura incisión de cistostomía, precisamente en la parte más alta de la pared vesical; dichos puntos, bien largos, se mantienen sin anudar de momento, y sus cabos son aprehendidos con sendas pinzas de Pean, dándose fácilmente con ayuda de una aguja de

Reverdin. Manteniendo dichos puntos—que no hay inconveniente en que sean perforantes de todas las capas vesicales—bien tensos, en el centro de su área se practica con el bisturí de punta una pequeña incisión que interesa todas las capas vesicales, la suficiente para poder introducir a su través las pinzas de tres ramas de Guyon (véase más abajo).

Al hacer esta incisión en vejiga, la orina anega el campo operatorio, secándose con ayuda de compresas de vientre.

Pero si, por el contrario, se trata de un estrechado uretral, no hay globo vesical, y la vejiga permanece en el fondo de la herida; entonces se procura atraerla hacia afuera, utilizando una pinza de Cathelin de «dientes de ratón» sin hacer gran tracción; las más de las veces, la esclerosis determinaría la fácil rasgabilidad de la presa, a pesar del carácter especial de la pinza. En dos lugares, lo más altos posible, que engloben la futura incisión vesical longitudinal, se fijan dichas pinzas, que facilitan la implantación, con ayuda de delgada aguja de Reverdin, de los puntos de fijación. Dar estos puntos en estos casos tiene sus dificultades; el ayudante monta los dos hilos en sendas y largas pinzas de Kocher, y con la punta de las mismas hace que el ojo de la de Reverdin se haga visible, abriéndole el operador en este momento. Manteniendo tensos ambos puntos, se hace entre ellos la incisión longitudinal vesical, destinada a dar paso al tubo de desagüe.

La incisión vesical se hace lo más pequeña posible, lo suficiente para que pase por ella la pinza de tres ramas de Guyon o, mejor, el dedo índice del operador, que lo pasea por la cavidad vesical para su exploración por si hubiese algún pequeño cálculo u otra anomalía tactable cualquiera. Con la utilización de la pinza de tres ramas ya mencionada se consigue que el tubo Marion sifón (de un calibre 30-32 de la escala francesa) haga su tránsito por la pared vesical a través de una incisión en parte dislacerada y no totalmente seccionada. Con ello se consigue la más perfecta adaptación del tubo a la vejiga, con el consiguiente poco escape de orina entre ambos elementos. Suturar la vejiga para reducir una incisión demasiado grande constituye falta de técnica; estos puntos suelen necrosarse.

Colocado el tubo hipogástrico de la manera indicada, se procede a espolvorear con sulfamida todos los órganos visibles: vejiga, fondo de saco peritoneal rechazado, línea alba incidida, músculos rectos mayores anteriores del abdomen, grasa subcutánea, etc., etc.; seguidamente, teniendo en cuenta lo que dé de sí la vejiga, manteniendo tensos los puntos de fijación, se hacen pasar éstos a través de ambos rectos, cada uno a su lado correspondiente, anudándolos a continuación y quedando convencidos que la unión entre vejiga-

rectos anteriores es perfecta, y siempre lo más hacia arriba (craneal) que pueda ello hacerse

Ahora se sutura la línea alba por encima y debajo del tubo hipogástrico; por regla general se dan dos puntos de catgut del 4 por debajo de dicho tubo y uno por encima. Se cuidará de englobar en masa la *fascia transversalis*, los vientres musculares y la línea alba. En el caso de talla sin globo vesical, se colocará en el ángulo inferior de la herida un tubito de drenaje bien fenestrado que acabe en la cavidad de Retzius; nada de drenajes con gasa, etc., de dicho espacio.

A continuación pueden darse, si el enfermo es grueso, algunos puntos para unir la grasa subcutánea. Casi nos vemos obligados a disecar la piel circundante del tubo hipogástrico; de lo contrario, sus bordes transversados por los puntos de fijación vesicales impedirían la cicatrización por primera intención. Se sutura la piel con crín de Florencia. Se fija *in situ* el tubo sifón a la piel mediante otro punto de crín.

Como quiera que el tubo hipogástrico, estando colocado el enfermo en decúbito supino, descansa con su peso sobre las suturas muscular y cutánea subyacentes, en su grávida tendencia a irse hacia abajo, es muy conveniente, ya desde el primer momento, dotar de un lazo de gasa a dicho tubo, lazo que se fija mediante esparadrapo adhesivo al abdomen suprayacente. Con esto se evitan los fallos de las suturas indicadas, ya que dicho detalle hace que el peso del tubo se ejerza sobre el lazo.

A pesar de todo, no hay posibilidad de evitar que pequeñas cantidades de orina escapen, junto con exudación de la herida y sangre, por la abertura operatoria practicada, precisamente entre el tubo hipogástrico sifón y la sutura de la herida operatoria; esta exudación, casi siempre infectada, acaba por hacer que falle dicha sutura, sobre todo en su parte infrafistular. Al objeto de prevenir semejante contingencia, se embadurna de pasta de Lassar la herida operatoria; con esto, el exudado no toca a la herida, por estar protegida por una capa impermeable de grasa.

La vejiga se lava a diario a través del tubo hipogástrico con soluciones diluídas de oxicianuro de mercurio, líquido de Dakin, argirol, etc., etcétera; conviene cambiar cada día el desinfectante utilizado; los gérmenes acaban por acostumbrarse a ello en caso contrario. Así, el colibacilo es muy sensible al oxicianuro de mercurio; si el pus observable siempre en el centrifugado urinario de una orina procedente de una talla hipogástrica contiene estafilococos o estreptococos, se incluirá entre los desinfectantes al nitrato de plata. Por lo demás, dicha piuria guarda en un todo relación con las condiciones de drenaje del tubo sifón: a buen drenaje, escasísima piuria, y viceversa.

A los seis o siete días, el tubo hipogástrico de

Marion es sustituido por un tubo acodado de Pezzer o Malecott, calibre 30-32 Charrière, cuidando muy bien penetre en vejiga, y no en el espacio de Retzius o, como no es infrecuente, se quede en el trayecto de la fístula hipogástrica, sin llegar a vejiga. Ello se nota por un ruido especial del agua del lavado; por salir ésta, apenas es inyectada por el tubo, por la herida operatoria; por no salir el agua inyectada por el tubo, una vez separado del mismo la jeringa. Este error es la causa de las complicaciones de la talla hipogástrica más comunes: 1.º, infección del espacio de Retzius; 2.º, celulitis pelvianas; 3.º, infección de la herida operatoria en masa. Y ello porque la evacuación de la orina se hace difícilmente.

Una talla hipogástrica bien hecha ha de mantener el orificio fistular a tres traveses de dedo por encima del límite superior óseo del pubis. He aquí las catorce ventajas que con ello se obtienen:

1.ª Algunos pequeños ramos arteriales son suministrados a la cara anterior y lateral de la vejiga por la arteria umbilical que, naciendo de la hipogástrica, va a terminar al ombligo; como decimos, apenas si tienen importancia; a tales alturas, normalmente, la arteria umbilical, junto al uraco, no es más que un cordón fibroso en el adulto.

Las arterias vesicales inferiores emanan directamente de la hipogastria, o, más corrientemente, del tronco génitovesical de Farabeuff, que, a su vez, puede nacer por un tronco común con la pudenda interna y la inuíática de la hipogástrica; este tronco génitovesical se divide en dos ramos: vésicoprostático y vesiculodeferencial; las ramas vesicales de la vésicoprostática, principal fuente sanguínea de la vejiga, marchan por el lado externo del bajo fondo vesical, penetrando por aquí a la vejiga y disminuyendo de tamaño a medida que progresan hasta la cara anterior y cúpula vesical.

Cuando la pudenda interna, en su trayecto por el interior del diafragma urogenital, llega a la cara posterior del pubis, perfora el diafragma y emite un ramo para la cara anterior de la vejiga de muchísima menos importancia que los anteriores; finalmente, de la hemorroidal media parten ramos a las vesículas seminales, algunos de los cuales irrigan el bajo fondo vesical posteriormente; son las arterias vesicales posteriores.

Aproximadamente, al menos en su porción yuxtavesical, venas y linfáticos vesicales, siguen la misma disposición.

De donde *el lugar vesical más desprovisto de vasos sanguíneos es la cúpula vesical.*

2.ª Los nervios de la vejiga, órgano sensible, contráctil y secretor (MARTINO), reconocen dos orígenes principales:

Uno, fundamental, procedente del ganglio hipogástrico; del borde anterior de este ganglio

suelen salir hasta cinco ramas, que se distribuyen por vejiga, vesículas y próstata, llegando a la primera por su cara posterior infraauracal en la región del bajo fondo vesical.

Otro, también aparente, pero menos importante, de las ramas anteriores de los nervios sacros tercero y cuarto, y, a veces, también del segundo.

Desde dichos lugares, los nervios propiamente vesicales abordan el órgano por sus caras posterior y laterales, acabando en las fibras musculares y en la mucosa, según su forma habitual.

Por ello, *la región más desprovista de nervios de la vejiga es su porción anterior yuxtauracal.*

3.^a El espacio de Retzius está contenido por la *fascia transversalis* por delante y la aponeurosis umbilicoprevesical por detrás; virtual por arriba, el espacio de Retzius es una cavidad real por abajo en su porción post-púbica.

Acabada en el pubis la *fascia transversalis*, el espacio de Retzius es capaz de conducir los exudados producidos en su interior a las caras laterales y anterior de vejiga y próstata, recubiertas por la aponeurosis umbilicoprevesical (que, a nivel de la próstata, se denomina *hojilla preprostática*), y aponeurosis lateroprostáticas, ya que el fondo de dicho espacio está obliterado sólo en parte por los ligamentos pubovesicales.

De aquí se infiere que cuanto más alta se haga una *talla hipogástrica*, las posibilidades de infección del espacio de Retzius son menores.

4.^a A medida que la orina proveniente de los uréteres va llegando a la vejiga, ésta se distiende para contenerla. Absolutamente vacía, la vejiga se encuentra fijada a la pelvis, esencialmente, por delante y abajo, ligamentos pubovesicales; abajo y atrás (próstata, vesículas seminales, músculos trigonal y trastrigonal, que envían fibras a la celda seminal, expansiones musculares de las fibras musculares ureterales longitudinales); por abajo y delante, por su continuación con la uretra, sólidamente fijada por la próstata que la circunda, y arriba y detrás (uraco, peritoneo, restos alantoideos, etc.).

Todo ello quiere decir que la región de la vejiga que se distiende es su porción posterosuperior; se pliega sobre el resto durante la vacuidad y se abomba durante la repleción.

Dedicada, de otra parte, la porción inferior de la vejiga (músculos de Bell, músculo de Mercier, cuello vesical) a funciones de cierre y apertura de los meatos uretral y ureterales, la *región menos funcional de la vejiga es, precisamente, su porción anterior infrauracal*; es decir, el sitio que venimos indicando como idóneo para la implantación del tubo hipogástrico.

5.^a La orina es una solución sobresaturada normalmente perfecta; es decir, observada al ultramicroscopio, no debe mostrar micelas coloidales.

Tal estado es función esencialmente de dos factores:

a) El pH urinario, fruto de la actividad tubular renal y del metabolismo orgánico.

b) Los coloides protectores urinarios segregados por el túbulo renal (WILBDOZ), por las células de la pelvis renal (LICHWITZ) y también por la mucosa vesical (MARTINO).

Estos coloides protectores actúan combatiendo la tendencia de las moléculas disueltas a agregarse, y aun, ya constituyendo micelas, a que éstas se agreguen fuertemente por absorción.

La introducción de un cuerpo extraño en el interior de las cavidades excretoras de la orina determina la desaparición del coloide protector de la misma en contacto con el cuerpo extraño y la floculación de las sales urinarias sobre el mismo, y ello de forma bien estable.

La porción de la vejiga urinaria menos en contacto con la orina es la cúpula vesical.

6.^a El vértice de la vejiga es el único lugar de la misma en el que la colocación de un drenaje sifón *permite evacuar totalmente la vejiga de su orina* en condiciones normales del paciente de orden posicional, es decir, en el decúbico supino o en la bipedestación.

7.^a Estando la fístula colocada en el vértice vesical, o sea en su parte más alta, la evacuación de la orina puede realizarse de dos maneras:

a) Vejiga virtual, en la que el enfermo lleva un recipiente que recoge la orina que constantemente gotea por el tubo; aquí la pared posterosuperior vesical está plegada sobre el resto de la vejiga menos móvil, por lo que su cavidad virtual no es otra cosa que una hendidura cuyo extremo anterosuperior está ocupado por la «flor» del tubo Pezzer o Malecott de desagüe.

b) Vejiga real, en la que el enfermo coloca un tapón de vidrio o corcho en el tubo de desagüe urinario, y cada dos o tres horas entra en un urinario, lo destapa y evacúa su vejiga.

Ambas eventualidades se dan imperfectamente en el caso de implantación del tubo hipogástrico a ras del pubis; en efecto, siendo el trayecto intraparietal fistular mucho más corto en la última eventualidad, la orina tiene tendencia a insinuarse entre fístula y tubo, dando con ello lugar, entre otras acciones que iremos sucesivamente analizando, a que el enfermo se moje con su propia orina, con la consiguiente insociabilidad por el olor y dermatitis abdominal concomitante.

8.^a La situación alta de la fístula hipogástrica determina una *elongación* del trayecto fistuloso; por ello, las relaciones entre el tubo evacuador de la orina y el trayecto son mayores y la coaptación resulta perfecta entre ambos elementos; en tal caso, la entrada de aire a vejiga por la fístula no es posible, con el consiguiente perfecto funcionamiento del sifón.

Igualmente, durante los lavados vesicales que a diario, y a través del tubo hipogástrico, hay que realizar, el agua del lavado entra y sale por el tubo, y no entre tubo y fístula, distendiendo perfectamente la vejiga y arrastrando consigo por el tubo de desagüe los detritus, moco, etcétera, formados en la misma.

9.^a Una situación alta de la fístula hipogástrica lleva necesariamente aparejada la inclinación del trayecto fistulovésicocutáneo.

En tales condiciones, los aumentos de la presión intraabdominal (tos, defecación, etc.) tienden a unir entre sí las paredes fistulares y a disminuir la luz del trayecto fistuloso; por el contrario, cuando el orificio fistular es suprapúbico, el trayecto fistuloso es horizontal, y los aumentos de la presión intraabdominal tienden a ensancharlo; de aquí las hernias hipogástricas fistulares, no raras, que observamos en los enfermos tallados hipogástricamente con orificio fistular inmediatamente yuxtapúbico.

10. La porción menos gruesa de la pared vesical es el vértice. El tumor vesical es definido por ALBARRÁN como tendencia a proliferar de grupos celulares vesicales; esta frase, exacta, pone de manifiesto la particular propensión de la vejiga a producir neoplasias tan pronto como se la irrita fuertemente: de aquí las cistitis quísticas, glandulares, verrugosas, las poliposis vesicales, la pápilomatosis, entre otras cistopatías igualmente productivas.

Mas no es esto sólo: también:

11. El espacio de Retzius, que es virtual en absoluto dos o tres traveses de dedo por encima de la sínfisis púbica, se forma a consecuencia de las transformaciones del aparato alantoideo.

De la porción inferior de este aparato emana, entre otras formaciones, la vejiga urinaria, mientras que su parte superior regresa y acaba por convertirse en la oponeurosis umbilicoprevesical, ya mencionada, que acaba por arriba en el ombligo, por abajo de la hoiilla preprostática (que la continúa hasta el diafragma urogenital), y a los lados, en las arterias umbilicales (simples cordones fibrosos hacia su terminación en el adulto), e incluye al uraco.

Restos mesenquimatosos del aparato alantoideo se conservan en el adulto en la cavidad de Retzius que se ha formado, por detrás de la fascia transversalis, al reabsorberse dicho mesénquima alantoideo. Estos restos mesenquimatosos presentan una marcadísima actitud proliferatoria y se incluyen en el trayecto fistuloso.

Cuanto más alta está una fístula hipogástrica, la tendencia a producir fungus (de vejiga y espacio de Retzius) es menor.

12. Si la talla hipogástrica se hizo, como se ha dicho al comenzar este trabajo, a fines meramente evacuadores, constituyendo el primer tiempo de

una prostatectomía hipogástrica, la situación yuxtapúbica del orificio fistular impide más tarde el ensanchamiento del orificio, la introducción del dedo enucleador, la enucleación del adenoma o la extracción del adenoma enucleado. Como ya hizo notar OREJA en su ya clásica ponencia sobre la hipertrofia prostática, tal contingencia le impidió practicar no raramente la operación a lo Freyer de referencia.

Por nuestra parte, en más de una ocasión hemos tenido que suspender una iniciada operación prostatectomizadora hipogástrica, a pesar de incisiones laterales paralelas al pubis, por no tener espacio para el necesario juego del índice.

En el caso de tumor vesical o calculosis, la utilización de esta vía exige la práctica de una cistostomía transperitoneal. Mas en el caso de la prostatectomía, no queda otra eventualidad que practicarla por vía perineal. Y es que en tales casos las adherencias inflamatorias y cicatriciales entre peritoneo y fístula impiden la separación de ambos elementos.

13. Si la talla hipogástrica se realizó con fines transitorios, el cierre de una fístula hipogástrica inmediatamente yuxtapúbica es empresa de consideración que conduce con frecuencia a la desesperación de médico y cirujano.

Aquí, la pared inferior de la fístula no tiene tendencia a retraerse, ya que lo impide el propio pubis subyacente. Por el contrario:

14. Las fístulas hipogástricas a dos o tres traveses de dedo del pubis cierran con facilidad, por cuanto que todo son facilidades para ello. En efecto: todo el manguito—ya cutáneo—fistular puede ser resecado. Los músculos rectos, en su porción perifistular, pueden ser disecados y bien expuestos, mientras que la propia pared vesical es separada de los planos abdominales.

Además, existe un largo trayecto de superficie cruenta que antes ocupó el manguito fistuloso, apto para cicatrizar, a lo que propenden los aumentos de la presión intraabdominal, que tiende a aproximar entre sí las superficies cruentas.

* * *

Insinuar aquí que hay cirujanos que, por temor al peritoneo, hacen la incisión baja, es tan sólo a fines de divulgación; pero la realidad es que al peritoneo no hay que molestarle para nada, ya que fué bien rechazado hacia arriba y más tarde, primero los puntos de fijación y luego la sínfisis entre vejiga y cubiertas abdominales, lo mantienen sólidamente en dicha situación, sin que sea en ningún momento herido.

Nuestros tallados hipogástricos suelen estar constantemente:

- a) Sin dolores.
- b) Sin hematuria.
- c) Sin infección del espacio de Retzius.
- d) Sin tenesmo vesical.

- e) Sin cálculos secundarios vesicales.
- f) Con la vejiga constantemente desprovista de crina; o, por el contrario,
- g) Utilizando su vejiga como normalmente, pero evacuándola por el tubo hipogástrico cada dos o tres horas.
- h) Completamente secos.
- i) Sin hernias perifistulares.
- j) Sin fungus del orificio fistular, fuente de dolores, infección y olores desagradables.
- k) Aptos para ser operados de prostatectomía hipogástrica con facilidad.
- l) En excelentes condiciones para que la fístula, llegado el caso, se cierre rápidamente.

De donde la necesidad de utilizar en todos los casos el procedimiento.

BIBLIOGRAFIA

LEGUEU.—«Tratado de las vías urinarias». Salvat. Barcelona, 1927.

- WILDOZ.—«Tratado de Urología». Pubul. Barcelona, 1927.
 LICHWITZ.—«Nefritis». Labor. Barcelona, 1946.
 LOWSLEY-KIRWIN.—«Clínica urológica». Salvat. Barcelona, 1945.
 CATHELIN.—«Trav. Ann. de l'Hôpital d'Urolog.». Baillière. París, 1920.
 DUVAL-GATELLIER.—«Cirugía del aparato urinario». Sintet. Barcelona, 1944.
 KIRSCHNER.—«Operaciones en el aparato urinario». Labor. Barcelona, 1943.
 OREJA.—Ponencia al II Congreso Hispanoportugués de Urología. Madrid, mayo de 1928.
 JEAMBRAU, REGOUIN, PAPIN.—«Précis de pathologie chirurgie», tomo V. Masson. París, 1935.
 LE DENTU, DELBERT.—«Traité de Chirurgie». París, 1898.
 ALBARRÁN.—«Médecine opératoire des voies urin.». París, 1909.
 HEIT-BOYER.—Com. a la Soc. Belga de Urología. Bruselas, julio de 1937.
 MAZA.—Arch. de Med., Cir. y Esp. Madrid, junio de 1929.
 MTHERSILL, CLIFFORD, MORSON.—British Med. Jour., 3, 142. 1921.
 MARTINO.—EL SIGLO MÉDICO,
 MAISSONET.—«Tratado de Patología quirúrgica», tomo IV. Salvat. Barcelona, 1937.
 JOHNSON.—Jour. of Urol., 49, 378. 1943.

PRURITOS POR DISTONIAS NEUROVEGETATIVAS

por el

Doctor ANTONIO MARTINEZ NAVARRO ZANON

Presidente de honor de la Sección valenciana de la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía.

Debemos iniciar esta breve impresión clínica celebrando la feliz idea de la Comisión organizadora de estas Jornadas Médicas Españolas al instituir, como tema fundamental de las mismas, el estudio del sistema nervioso vegetativo, percatados y convencidos ya de antiguo de la compleja y trascendente intervención de este sistema en la tramitación de los procesos morbosos.

Mirad retrospectivamente, sin necesidad de alcanzar fechas extremadamente remotas, y ponderaréis debidamente la ingente labor y progreso alcanzado en el conocimiento de este mecanismo regulador de las funciones que escapan a la acción de la voluntad.

Por nuestra parte, hemos de confesar sinceramente que esta convicción tomó estado en nuestra intimidad sin más fundamento y razón que un presentimiento subjetiva y circunstancialmente despertado desde el campo de la Gastropatología, no porque laboráramos en él, sino porque, muy lentamente, la Patología gástrica laboraba sobre nosotros y quizá con ansia de desquite, ya cargábamos entonces la responsabilidad casi absoluta del complejo síndrome que los gastropatólogos clasifican con el título de *ulcus gastroduodenal* en el haber patogénico del sistema nervioso vegetativo. Figuraos, pues, cuán complacidamente recibimos las noticias que, fruto de estudiadas observaciones y experiencias, nos legan los gastropatólogos con idéntica orientación.

Y que nos perdonen estos señores esta levísima intromisión en *corral ajeno*, sugerida, más que por un ansia profesional, quizá con espíritu de resentido.

Consecuentemente a lo contado, ha sido de siempre pretensión automática en nosotros al explorar los enfermos cutáneos, que es lo que nos incumbe, clasificarlos neurovegetativamente.

* * *

Y vamos con los pruritos, que es a lo que estábamos, en su relación etiopatogénica con el sistema nervioso vegetativo, hecho cierto y ya de tiempo aceptado por todos, pero quizá no valorado debidamente en su extensa amplitud y manera de actuar.

Y es que en los pruritos que hemos dado en llamar de origen nervioso, aludiendo con ello casi exclusivamente al sistema nervioso animal y psíquico, sin pensar en la coordinación íntimamente solidaria de ambos sistemas, siempre conexos en dependencia recíproca y sin diferenciación jerárquica, ante los fines que la Fisiología y Patología animal demandan.

Felizmente, la concepción actual de la existencia de un solo sistema nervioso central con dos clases de centros reguladores, unos de la vida animal y otros de las funciones vegetativas, pero intercomunicantes y mutuamente incluídos, ha des-

echado aquella errónea idea de BICHAT, que los juzgaba en independiente autonomía y en rancho aparte en sus respectivas funciones.

Y en los pruritos que deputamos por discrasias y hemopatías diversas, en los que el sistema nervioso vegetativo es factor responsable fundamental y originario por su compleja regulación de funciones tan trascendentes como la glucogenia, intervenida por simpático y parasimpático a la vez, por mediación de las cápsulas suprarrenales aquél y por intermedio del hígado éste, la regulación de la albúmina, excreción de agua y sales minerales, etc.

El aparato circulatorio central y periférico, prendido en la inervación vegetativa; el respiratorio, dependiente de ésta en toda su musculatura lisa, y, muy singularmente, el digestivo, tan compleja y diversamente influenciado por ella.

Y asimismo, el sistema nervioso vegetativo es responsable inicial unas veces y gestor intermedio otras de estos pruritos, a través de otro de sus maridajes: el de su mutua inducción con las glándulas de secreción interna, en la que intercambian el papel de inductor e inducido, poniendo en juego recíproco sus respectivas potencias: energía nerviosa y hormonas.

Dicen que CANNON y sus discípulos han demostrado que la resección de todo el sistema simpático periférico no provoca la muerte del animal, y, en cambio, la exéresis de cualquier glándula de secreción interna, suprarrenales, páncreas, etcétera, produce rápidamente su muerte. Así será cuando así lo afirman; pero convendría conocer el grado de alcance de su *todo* el sistema simpático periférico, como también sería de ver cómo era el vivir de sus neurorresecados con sus glándulas de secreción interna, en actividad secretante, sí, pero absolutamente desprovistas de mecanismo de regulación, que es faena exclusivamente neurovegetativa.

Y seguramente alcanza también la intervención del sistema simpático-parasimpático a los pruritos de origen exterior, a través de sus reflejos tan genuinamente dispersos y deambulantes por todas las vías de su sistema, en contraposición a los unipolares propios de su hermano y colaborador el sistema de la vida de relación, pero con intercambio recíproco, *siempre unidos*, aun en sus diferencias y disentimientos, transfiriéndose sus estímulos captados al azar por alguno de entrambos.

Si aceptáramos la concepción de las llamadas hormonas locales, simpática y sustancia vagal, producidas por la irritación de las terminaciones nerviosas simpáticas o parasimpáticas, simplificaríamos, indudablemente, la tramitación patogénica neurovegetativa en estos pruritos; pero, posiblemente, es más comprensible y aceptable la concesión a cada célula de su autóctono por regulación propia merced a su inervación, como asimis-

mo al equilibrio electrostático de sus iones minerales, calcio y potasio, a los que se les asigna la facultad de excitación simpática o parasimpática, respectivamente.

* * *

Hemos hablado hasta aquí de mecanimos seguros o probables de la intervención neurovegetativa en la etiopatogenia de los pruritos; pero falta discernir las alteraciones del inestable equilibrio de sus dos sistemas antagónicos que los producen.

Los trastornos que origina la rotura de la neuroregulación vegetativa han sido puntualmente discernidos y clasificados, merced a las experiencias con las llamadas sustancias simpática y parasimpaticomiméticas; pero ya ante la realidad del enfermo, en ocasiones, no es tarea fácil su acoplamiento correcto a cada uno de los estados de predominio simpático o vagal en sus hiper o hipotonías, y sus síndromes se nos presentan en forma bien desconcertante. Esto condujo consecuentemente, y con un espíritu comprensivo y verdaderamente conciliador, a la creación de los estados de *anfotonía*, con el que se acepta el estado de hipertonía de ambos antagonistas.

Pues bien; ya ante los pruritos, como asimismo ante las afecciones pruriginosas: prurigos, urticarias, liquenificaciones, etc., ha sido norma corriente y generalmente aceptada que son los estados de simpaticotonía los que los producen, y, en consecuencia, en este sentido se suele orientar su terapéutica con las sustancias simpático-inhibidoras.

La realidad, al menos ante nuestra modesta experiencia y entendimiento clínico, es bien distinta.

Hemos encontrado, ciertamente, enfermos con pruritos pertinaces en los que se definía de manera firme e inequívoca un estado de hipertonía simpática, con su natural hipotonía vagal antagónica; pero también los hemos advertido, y precisamente con mayor frecuencia y número, que presentaban un equilibrio neurovegetativo, con predominio literalmente opuesto.

Y aun la suma de entrambos grupos con hipertonías simpática o vagal perfectamente definidas, es menor siempre que el censo de enfermos aquejados de pruritos en los que su equilibrio neurovegetativo, por su indefinición e inestabilidad fluctuante, no es posible clasificarlos, al menos con un criterio de firme autenticidad, en ninguna de estas dos modalidades, y, resignadamente, les concedemos plaza y etiqueta en el socorrido pabellón de los anfotónicos, pero sin asiento definitivo, que su caprichosa y oscilante inestabilidad les conduce a situaciones hipertónicas transitorias que demandan su salida de este gran *cajón de sastre* neurovegetativo, para hundirlos quizá nuevamente en

él por la vuelta a sus andadas indecisiones habituales.

Son lo que pudiéramos llamar los híbridos neurovegetativos, que producen el desconcierto de que os hablaba más atrás en nuestra pretensión de clasificarlos correctamente.

Naturalmente que todas estas consideraciones que sometemos a vuestro buen juicio no tienen más fundamento que el de unos ensayos terapéuticos practicados con las sustancias simpático-parasimpaticomiméticas, que, habida cuenta de que las inhibidoras actúan, aunque con más lentitud, de modo más activo y persistente que las estimulantes, de aquéllas nos hemos servido preferentemente para tratar nuestros enfermos de prurito con supuestas alteraciones de su neurotono, pero simultaneándolas, cuando el caso entendemos que así lo demanda, con las sustancias estimulantes, con miras y atención a su anfotropía y acciones vivales y aprovechamiento de sus sinergias y antagonismos, y teniendo siempre presente el fenómeno de la inversión de funciones de las excitantes si previamente se ha administrado la inhibidora correspondiente.

Claro está que en los clasificados en anfotonía, dada su inconstancia y estados circunstancialmente contradictorios de su neurotono, hay que contemporizar en transigencia y consonancia a su momento vegetativo utilizando estas sustancias en correlación y cronometría adecuadas, ya puras o conjuntamente asociadas.

Los resultados prácticos de esta terapéutica están tocados de aquel desconcierto advertido en la clasificación neurotónica de los enfermos frente a los éxitos más sorprendentes, las desilusiones más inesperadas, acaso en los mejor definidos, que, paradójicamente, mejoran o curan con la sustancia químicovegetativa antagónica.

Recuerdo a este respecto el caso de una enferma tratada por nosotros recientemente, martirizada por un prurito difuso inveterado y, por de más, tozudo e impertinente, sometida sin éxito a los más diversos y bien orientados tratamientos por otros compañeros, y a la que, consecuente con nuestras convicciones en esta materia, y por advertirle una hipertonia vagal, no muy definida por cierto, traté con atropina (bellafolina) y calcio (cloruro endovenoso), con un éxito inmediato verdaderamente deslumbrador, pero tan efímero, que a las pocas semanas la pobre señora se rascaba nuevamente con tanto estrépito como desespero. Repetimos la medicación en forma idéntica, y en esta segunda salida el fracaso fué parejo al éxito de la primera. Administré entonces su antagónico, la ergotamina (gynergeno) (y sin abandonar el calcio), que no modificó ni mínimamente su prurito. En su vista recurrí a la asociación atropina-ergotamina (bellergal) (también simultaneado con el calcio), y, ¡oh sorpresa!, el prurito cesó como por encantamiento, y así persiste ya de tiempo.

Quizá sea esto un caso de confirmación de vivencias y anfotropías, como asimismo de antagonismos y sinergias recíprocas de las sustancias simpático y parasimpaticomiméticas, ya que, en modo alguno, hay que apuntar el éxito a la cuenta del calcio, administrado en todo tiempo, ni menos al ácido fenil-etil-barbitúrico, que completa a la bellafolina más gynergeno en el preparado bellergal, toda vez que a la enferma se le habían administrado los más diversos sedantes del sistema nervioso central en reiteradas ocasiones.

Y es que en el fenómeno de la regulación neurovegetativa hay poco estable y persistente y mucho de circunstancial y transitorio, debido quizá a sus consorcios o maridajes inexorables con las



BETABION

Vitamina B₁

Acreditadísimo en la terapéutica y profilaxis

Tabletas de 3 mg. — Ampollas de 5 mg.

«Fuerte»: Ampollas de 25 mg. — «Fortísimo»: Ampollas de 100 mg.

E. Merck

C. S. 1000. 110

glándulas de secreción interna y con su homónimo el sistema nervioso de la vida de relación.

* * *

En fin de cuentas, pues, entendemos que, concedores de la importante intervención del sistema neurovegetativo en la etiopatogenia de los pruritos, ante todo enfermo aquejado de esta enojosa afección es ineludible su exploración en orden a su neurotono y tratamiento consecuente con

las sustancias químicovegetativas que convengan a su estado habitual o transitorio, sin perjuicio ni exclusión de otras medicaciones que se juzguen pertinentes.

Y esto es todo, bien poca cosa por cierto, lo que tenemos el honor de ofrecer, pero quizá en perfecta comparanza con el pequeño deber que nos incumbe ante estas IV Jornadas Médicas Españolas.

BIOMICROSCOPIA DEL CANAL DE CLOQUET

por el

Doctor ENRIQUE SALGADO BENAVIDES

León.

Dice ORTEGA Y GASSET en sus *Meditaciones del Quijote*—salsa de actividad pensante en la que se ha desenvuelto muchas veces nuestro estudio del cuerpo vítreo—que «la profundidad está condenada de una manera fatal a convertirse en superficie si quiere manifestarse».

Y sentados ante el microscopio corneal, se hace posible el parangón con el adagio germánico «los árboles no permiten ver el bosque», pues el vítreo, como el bosque, se compone de los árboles que no se ven; y si para llegar a él pretendemos descomponerlo en una serie de cortes sucesivamente visibles, nunca lo hallaremos donde estamos: el vítreo, como el bosque, huye de la mirada, y lo que su Tyndall nos muestra es solamente el pretexto para que lo demás se halle oculto y distante.

Pero si hay, como dice ORTEGA, «sobre el pasivo ver un ver activo que interpreta viendo y ve interpretando, un ver que es mirar, al que PLATÓN llamó ideas», el vítreo, biomicroscópicamente hablando, es solamente una idea.

Lo que de él vemos no pasa de ser un motivo de ideación: ladrillos para construir el edificio.

Y no incurriremos en el error de dejarnos arrastrar por quien considera que el cuerpo vítreo es de tal forma o adopta cual disposición porque así se ve, sin tener en cuenta que la biomicroscopia de este humor no hace más que señalarnos el camino de la verdad.

Hendiduras anchas o estrechas, lámpara de arco o lámpara nitra, luz blanca o luz filtrada, iluminación focal o difusa, vítreo en movimiento o vítreo estático, jalones son todos donde apoyar nuestro peregrinar curioso a través de este Tyndall hermético que, con su inquietud, constantemente nos avisa de que es en las normas de perspectiva y en la óptica física donde debemos buscar la explicación de fenómenos tan aparentes como los que allí se dan.

Decíamos en Granada, y sostenemos hoy, que, en condiciones normales, el canal de Cloquet no se ve por biomicroscopia.

Y esta afirmación no significa el haberse escapado a nuestra mirada ese techo y ese suelo que, deambulando por la masa, sugirió a IDA MANN y a KOPY la idea—generalmente aceptada más tarde—de una involución transformadora en la lámina de separación entre vítreo primario y secundario. No es tampoco que no estemos familiarizados con esa embocadura tan repetida por COSTI, y que se hace patente, no precisamente en el momento indicado por este autor y querido amigo, sino en múltiples momentos dinámicos del vítreo; es de modo único que, según nuestra interpretación, y en pugna con la totalidad de los autores, ese techo y ese suelo y esa embocadura no son ni pueden ser el canal de Cloquet.

El argumento biomicroscópico que se quiere esgrimir para dilucidar en sentido positivo el pleito sobre la persistencia en el hombre adulto del canal hialoideo, sostenido entre autores de todas las épocas e investigadores de todos los países desde que en 1918 le describió CLOQUET como atravesando el vítreo de atrás adelante para dar paso a la arteria matriz del sistema vascular cristaliniano, se fundamenta en lo que, a nuestro juicio, es un error interpretativo de los movimientos del cuerpo vítreo.

Mirando el ojo al microscopio, y, sobre todo, en aquellos casos conocidos como de vítreo muy movable, es de observación constante el desplazamiento hacia atrás y arriba de la banda que, por su mayor luminosidad, más atrae nuestra atención.

Al mismo tiempo, de la parte más declive de la cámara ocular surge otra banda flotante en la masa para con la anterior formar un ángulo de vértice posterior y circunscribir así el espacio apa-

rentemente vacío, o, cuando más, ocupado por la menor refringencia del vítreo primario.

Una vez vuelto el ojo a su posición original, o simplemente restablecida la relativa quietud del vítreo, ambas bandas, superior e inferior, después de parsimonioso retroceso, recuperan su posición prístina y el espacio oscuro, hipotéticamente ocupado por vítreo primario, desaparece para ofrecernos el vítreo secundario en Tyndall estático.

A la primera de estas bandas se la quiere asignar el doble papel de hialoides anterior y techo del Cloquet; la segunda sería el suelo del mismo, y el espacio casi vacío ópticamente su embocadura.

Veamos con qué razón.

Partimos del hecho de que la observación de estas bandas en movimiento y de tal paisaje es totalmente cierta; pero ¿qué elementos la integran?

Dejando a un lado el problema—que se ha de resolver por sí solo—de si el vítreo está o no envuelto en una membrana anhista, o si se trata solamente de una condensación del gel, es lo cierto que la masa en cuestión tiene una superficie circundante que la limita, conocida, en la parte correspondiente al cristalino, con los nombres de cara anterior, hialoides anterior y limitante intravítrea.

Adóptese cualquiera de ellos, y siempre resultará indiscutible que nos encontramos frente a la parte anterior del todo envolvente estudiado por la Anatomía como invaginándose a la altura de la fosita patelar por delante y del área de Martegiani por detrás para dar origen en el feto al canal en forma de estetoscopio, albergue de la arteria hialoidea. Es decir, en todo momento una película de caracteres distintos al resto del vítreo, cuyo mandato, sea cualquiera, ha de ejercerse en la periferia del vítreo y de la arteria.

En cierto momento de la vida intrauterina, o después del nacimiento, y lo mismo que sucede con la arteria, el canal de Cloquet se desprendería del área de Martegiani para, por su propio peso, dirigirse hacia adelante y abajo, e instaurarse en limitante intravítrea, que esconde su cabo terminal detrás del iris.

Pero si fuera esto así, ¿cómo y por qué—admitiendo que el canal forma un todo continuo con la hialoides—puede desprenderse del área de Martegiani? ¿Es que el vítreo, secundario en su formación y crecimiento, estrangula allí, y sólo allí, el canal hialoideo?

Y si tal desprendimiento es cierto y el canal por su propio peso se repliega sobre el cristalino, ¿cómo admitir de manera tan terminante que STILLING consiga teñirlo en toda su longitud depositando unas gotas de carmín en el área de Martegiani?

Se pretende después que, una vez desprendido de su parte posterior, venga a ocupar la parte

más anterior del vítreo en funciones de hialoides anterior o limitante intravítrea para presentarse al microscopio de Czasqui como banda la más refringente que, al menor movimiento del ojo, se desplaza hasta adoptar disposición aproximadamente paralela al eje anteroposterior y hacer patente la entrada del canal.

Para darse cuenta de lo ficticio de tal argumentación, disequemos un vítreo, y, libre en nuestras manos, adoptará la forma indicada por la gravedad, pero siempre circunspecto en sus contornos, solamente hendibles por una violencia. Realidad que no es posible compaginar con el criterio de que, por una sencilla oscilación del ojo, la limitante intravítrea, precisamente esa capa que, según propia confesión de los mismos autores, contiene al vítreo en posición después de la extracción total del cristalino, pueda desplazarse tan ampliamente en el seno viscoso y semisólido de la masa transparente.

Pero a mayor abundamiento, los mismos autores que sostienen este desplazamiento de la limitante intravítrea admiten a continuación que está fuertemente ligado al cristalino:

1.º Por un sistema de fibras que, a través del espacio de Berger, se entrecruzan entre dicha limitante y la cristaloides posterior.

2.º Por fibras aberrantes, pero espesas, de la zónula insertas en la superficie de la capa limitante anterior.

Como suficiente argumento en contra se nos ocurre decir que no conocemos en la Naturaleza ningún caso de cuerpos fuertemente ligados a quienes con insignificantes impulsos se les pueda separar e imprimir movimientos ampliamente traslativos.

Se admite también, y esto es un hecho cierto, que no siempre la limitante intravítrea es la banda más refringente, ya que hay muchos casos y determinadas condiciones en que la porción que más llama nuestra atención, por su mayor luminosidad, ocupa el segundo o tercer término dentro del haz, y entonces es precisamente esta banda la que vemos desplazarse con mayor amplitud hacia arriba y atrás para presentarnos el mismo panorama de espacio angular menos refringente, atribuido a la embocadura del canal hialoideo.

¿Qué ocurre en este caso? ¿Es que empieza en el tercio medio del vítreo secundario la citada embocadura?

Por otra parte, la menor luminosidad de este espacio, explicada por estar ocupada por vítreo primario, no es más que una verdad relativa, pues si durante los pocos segundos en que se descubre dejamos a las membranas superior e inferior libres en su incursión para polarizar nuestra mirada en lo que dejan tras de sí, nos daremos cuenta de que, merced a determinadas maniobras de la lente concentradora en busca de nuevas inciden-

cias de luz, se logran otras fuertes refringencias delatadoras en el espacio vacío de vítreo secundario de las mismas características que la banda que se fué.

Quienes pretenden ver el canal desarrollándose en el paralelepípedo luminoso describen aquél como de forma irregularmente cónica y, en consecuencia, la disposición angular del corte óptico, que ocuparía dentro del bulbo las proximidades del eje anteroposterior.

Pues bien: como lo que el biomicroscopista ve se desarrolla siempre dentro del Tyndall, recurramos a las normas de la perspectiva, y se tendrá conciencia de que toda argumentación positiva cae por su base.

Si el triángulo en cuestión fuera el canal de Cloquet, no podría aparecer ante nuestra mirada en la forma que lo hace.

Con los ángulos de incidencia a que nos vemos obligados a trabajar en biomicroscopia, jamás podrá verse en la forma que se ha dicho el canal tantas veces citado.

Ya decíamos en otra ocasión que cualesquiera que fueran las condiciones de colocación del enfermo, y en todas las direcciones de la luz, siempre se ven las bandas vítreas moverse en el mismo sentido, es decir, de arriba abajo y de abajo arriba, y aprovechábamos tal argumento para refutar la vía hialoidea.

Se nos ha opuesto la tesis de que si en todas las posiciones de la cabeza del enfermo se tiene una imagen análoga, ello es debido a que la inserción de las bandas no se realiza en un punto situado a las doce horas, sino que es una inserción circular.

No es posible que la inserción se realice en ningún sitio, ni siquiera que tales bandas tengan realidad tangible; pero aun admitiendo el aserto —que, repetimos, es vicioso—, si tienen una inserción circular, ¿cómo es posible que con gran frecuencia se las vea en plena masa vítreo?

También se nos ha argüido, afirmando que el canal existe siempre, que, por ocupar una posición inferior al eje de observación, se haría visible dirigiendo el enfermo la mirada hacia arriba

para que, al desplazarse la masa vítreo, la zona del canal ocupe el centro del campo.

No se ha tenido en cuenta en este momento que en tal maniobra lo que se desplaza es todo el ojo, y con él el iris, fiel guardián de tan cacareada embocadura.

A este respecto también, la observación de un vítreo paralizado con inyección retroocular de novocaína es totalmente concluyente, ya que la embocadura no aparece.

Consideramos haber rebatido todos los argumentos favorables a la presencia del canal de Cloquet en el vítreo normal con razones apoyadas en cientos y cientos de observaciones que han llevado a nuestro ánimo la seguridad de que en el coloide vítreo «todo es según el color del cristal con que se mira».

Presentamos algunos casos de persistencia del canal. Todos ellos en ojos fuertemente patológicos en los que se ha observado una formación blanco amarillenta que, partiendo de la papila, a la que en uno de los enfermos recubría a modo de gorro frigio agujereado en el centro para dar paso a los vasos, avanza en el vítreo para permanecer libre unas veces y sujeta hacia el ecuador del cristalino otras.

Formación a que los autores ingleses denominan ligamento falciforme, pero que, en resumen, como dice Koby, no vemos en qué se puede distinguir de los restos del Cloquet.

A la vista de estos casos, se puede pensar que este canal tiene en todo momento destacada personalidad independientemente del cuerpo vítreo.

CONCLUSIONES

1.^a A la afirmación de que el canal de Cloquet existe siempre, oponemos la convicción de que el canal de Cloquet no existe nunca en el terreno normal.

2.^a Su persistencia, no rara, es un hecho patológico que se da en ojos no recuperables.

3.^a Identificamos los restos posteriores del Cloquet con la formación de tejido conjuntivo descrita por LINDSAY JOHNSON con el nombre de ligamento falciforme.



BARACHOL

Contra la sarna, aplicando la pomada en las manos.

Evita enormes molestias y gastos.

(Censura sanitaria núm. 1.122.)

Divulgaciones nacionales

ACTINOMICOSIS CÉRVICOFACIAL PRIMITIVA

por el

Doctor SANDALIO GONZALEZ CALVO

Director del Dispensario Dermatológico de Palencia.

Vamos a permitirnos presentaros un caso de actinomicosis cérvicofacial primitiva que hemos tenido ocasión de observar en nuestra consulta privada.

La actinomicosis cutánea es proceso en sí de comprobación un tanto infrecuente; la mayoría de los casos observados son secundarios a focos iniciales de localización distinta. No es tarea difícil subrayar la condición secundaria de la lesión o lesiones advertidas en piel cuando se ha hecho el diagnóstico de la localización primitiva; hay casos, sin embargo, en los que este foco inicial existe, pero su demostración resulta difícil o imposible, porque su profundidad no le presta una signología clínica lo bastante objetiva para sospechar su existencia; son las falsas demoactinomicosis primitivas coincidentes con focos extracutáneos no demostrables clínicamente; son estos casos en los que la proyección cutánea sería la única manifestación aparente de un foco más o menos profundo que podemos sospechar, sí, pero no demostrar de manera contundente.

Por último, hay casos en los que la actinomicosis es primitiva y auténticamente cutánea. Son tan raros, que ILLICH, fundándose en amplia casuística, sostiene que muchas de las observaciones publicadas como primitivas lo son equivocadamente, y corresponden a focos parasitarios, cuyo origen suele encontrarse en planos más profundos.

Es muy posible, como dice GOUGEROT, que la actinomicosis cutánea sea en la práctica de comprobación más frecuente, pero que el hecho mismo de su localización tan superficial la preste una especial condición de benignidad que la haría más vulnerable a la acción terapéutica y en ocasiones hasta espontáneamente curable; sólo así tendrían explicación, según este autor, el escaso número de observaciones recogidas.

El caso cuya historia clínica sometemos a vuestra consideración nos parece una forma de actinomicosis cérvicofacial primitiva; explorado el enfermo con el mayor detenimiento, no nos ha sido posible encontrar foco alguno que justifique la proyección en piel de las lesiones que vamos a describir. Es, pues, una observación del mayor interés, y por ello hemos creído conveniente darla a conocer.

C. D. C., de cuarenta y cinco años, casado y natural de Villafrechós (Valladolid).

Nada hay de particular consignéable en lo que se refiere a antecedentes familiares y personales.

El comienzo de sus lesiones lo refiere a unos nueve o diez meses antes de verlo en nuestra consulta. En forma insidiosa advirtió en mitad izquierda de cara (a nivel de ángulo de maxilar inferior y zonas inmediatas) la aparición de dos o tres lesiones nodulares pequeñas, indolentes y próximas las unas a las otras; aumentaron poco a poco de tamaño, y fueron sufriendo un proceso de reblandecimiento hasta abrirse al exterior. Su crecimiento progresivo las hizo casi yuxtaponerse y formar una masa amplia, a la que prestaba base una zona cutánea roja, con edema e induración acentuada. Más tarde surgieron nuevas lesiones de aspecto y evolución similares a las inicialmente aparecidas. Durante este tiempo no aquejó el enfermo la menor molestia en boca; tampoco el estado general se alteró lo más mínimo. Sometido a tratamientos locales desde el primer momento, no experimentó con ellos ninguna mejoría. En estas condiciones, y cuando el proceso llevaba unos diez meses de evolución, le vemos en nuestra consulta.

Examen objetivo actual.—Nos encontramos con una lesión amplia que invade mitad inferior de parte izquierda de cara y que se prolonga hacia región cervical alta. Es un conglomerado lesional de límites nada precisos, que descansa sobre base infiltrada; la induración va en aumento de arriba hacia abajo, siendo mucho más manifiesta en la zona submaxilar, donde se ofrece francamente leñosa. Diseminadas, se advierten una porción de lesiones superponibles en su condición elemental, pero con aspecto objetivo diferente, según el momento en que han sido sorprendidas; al lado de nódulos duros de reducido tamaño se encuentran otros blandos, fluctuantes, de mayores dimensiones, cuyas paredes violáceas y adelgazadas parecen dispuestas a romperse; otros hanse ya convertido en lesiones ulceradas, de bordes irregulares y fondo sucio; por expresión, se obtiene un pus seroso, viscoso, mal trabado.

No lejos de este conglomerado lesional se aprecian elementos aislados con caracteres objetivos similares a los descritos. En zona subma-

xilar lo que se palpa es una formación tumoral, casi indolente, de dureza leñosa y dimensiones bastante grandes.

Entremezcladas con las lesiones en vías de formación y abiertas, se aprecian cicatrices de otras que cerraron. En buen número de sitios, costras melicéricas ocultan las lesiones abiertas; el conjunto se ofrece descuidado por la aplicación inadecuada e insistente de una porción de tópicos. No se comprueba trismus ni el enfermo aqueja molestias a la deglución.

Desde el punto de vista objetivo, el caso orienta desde el primer momento hacia una posible actinomicosis cervicofacial; a fin de corroborarlo y eliminar aquellos procesos con los que pudiera nuestro caso tener una semejanza más o menos remota (sífilis, tuberculosis, abscesos dentarios, esporotricosis, etc.), efectuamos las pruebas siguientes:

Intradermorreacción a la tuberculina (practicada con 0,2 c. c. de tuberculina antigua al 1 por 10.000), negativa.

Serología de lúes, negativa (reacciones de Kahn, Sachs, Hecht y enturbiamiento y aclaramiento de Meinicke).

Examinado el pus, se encuentran los típicos granos amarillos; en frotis, teñidos con el método de Gram, se observa una red central de filamentos micelianos Gram positivos, rodeada de ensanchamientos en maza dispuestos en sentido radial.

Clínica y biológicamente, el diagnóstico quedaba en firme establecido; todo confirmaba el hallarnos ante un caso de actinomicosis cervicofacial primitiva.

El tratamiento aconsejado hizo remitir las lesiones en un plazo relativamente corto; no es nuestro propósito comentar, ni aun de pasada, lo que es en sí la terapéutica de la actinomicosis, sino decir escuetamente lo que en este sentido hicimos con nuestro enfermo. Fueron inevitables unas curas húmedas iniciales con sulfato de co-

bre para limpiar lo infectivo sobreañadido que enmascaraba las lesiones. Como tratamiento propiamente dicho, radioterapia local, extremo que en-



comendamos al doctor PAYERPAJ, y protección de las lesiones con una pomada yodoyodurada. Desde el punto de vista general, solución yodoyodurada mezclada a partes iguales con hiposulfín e inyectada por vía venosa en dosis progresivamente crecientes de 2 a 10 c. c.

La remisión de las lesiones se operó con rapi-



SICUNANTIGEN



Suspensiones microbianas desecadas para reacciones serodiagnósticas de aglutinación en porta-objetos

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

Información. Apartado 5.039 - MADRID

dez evidente; el proceso, que venía resistiendo a todo tratamiento, cedió tan pronto, que en un mes dimos de alta al enfermo, no sin antes aconsejarle insistiera algún tiempo más en el tratamiento vodurado.

Si todo caso de actinomicosis es digno de comentarse, éste creemos lo es doblemente por la rara circunstancia de ser auténtica y primitivamente cutáneo; ello justifica os haya distraído con la exposición de sus peculiaridades clínicas.

Desgracia providencial en el descubrimiento de la anestesia

por el

Doctor JOSE MEGIAS VELASCO

Médico fisiólogo del P. N. A. en Gandía.

Hoy voy a hablaros de una desgracia que fué gran fortuna que ocurriera en los comienzos de la aplicación de la anestesia general. Pues, y a manera de prólogo de estas cuartillas, en el ánimo de todos está la idea de que la anestesia, o sea el quitar el dolor, no ha existido siempre en la Humanidad. Ha habido medios de perder la sensibilidad, de adormecerse, y así caer en un letargo, en el cual, claro está, las sensaciones dolorosas no existían; y como ejemplo de esto están los varios intentos que, sobre todo en el orden quirúrgico, ha hecho la Humanidad en los distintos tiempos de su historia; así, nos cita PLINIO el uso de la esponja soporífera, la cual era una mezcla de estupefacientes, sobre todo opio y derivados, cuyos olores, al ser aplicados al paciente, evitaban sufrimientos de éste.

En la Edad Media era un cuadro dantesco el presenciar una de las contadas operaciones que por entonces se hacían y ver la mesa en donde se ataba al paciente a fuertes argollas, y los enfermeros u hombres forzudos que sujetaban a aquel desdichado, que gemía y gritaba, mientras en su carne viva practicaban la amputación. Y por este cuadro de espanto había cirujanos que recurrían a emborrachar concienzudamente al enfermo, el cual llegaba a la operación en un estado de embriaguez que le hacía no darse cuenta de nada, y así se practicaba ésta. Claro está que fácilmente os imaginaréis el enorme riesgo que para el enfermo representaba el ser operado en tal estado. Y así se iba arreglando la Humanidad doliente y el cirujano, horrorizado por los cuadros de dolor que tenía que presenciar, hasta que allá, al final del siglo XVIII, entrados en el siglo XIX, se empezaron de modo esporádico y fortuito a encontrar sustancias que adormecían al paciente ligeramente y permitían el hacer pequeñas intervenciones sin dolor.

Uno de estos primeros ensayos lo hizo CLARCK, estudiante norteamericano, que, habiendo experimentado el efecto de anestesia que le hacían las emanaciones de un gas (el éter), por broma hacía anestésias a sus compañeros, hasta que el hecho

llegó a oídos de un dentista, doctor JACKSON, que empezó formalmente a emplearlo en sus pacientes en las pequeñas operaciones que tanto nos amedrentan a todos.

Pero el hecho fundamental por su importancia fué el descubrimiento del cloroformo por el doctor SIMPSON, de Norteamérica, y su primera aplicación fué novelesca y tan providencial, que es la que justifica este artículo, a mi modesto parecer.

El doctor JACKSON, como os digo, había descubierto que por la inhalación haciendo respirar los vapores de este gas, cloroformo, el enfermo se insensibilizaba lo suficiente como para poder ser intervenido, despertando después de la operación sin efectos nocivos y sin haber experimentado dolor. Esto era un gran hallazgo, pero hacía falta probarlo oficialmente, y para ello convocó una reunión de los principales cirujanos del país y de los más escépticos, sobre la posibilidad de que se pudiera suprimir el dolor en las intervenciones, los cuales iban a tal demostración armados de todas sus críticas. Y, una vez convocada la reunión de médicos, había que elegir un enfermo que tuviera necesidad de tal operación, y lo que no era sencillo, que se dejara aplicar la anestesia, la cual, como era desconocida, suscitaba las consiguientes críticas y recelos; y ya sabemos todos que generalmente el servir de experimento es poco agradable.

Pues bien; al fin llegó el día, y, una vez convocada la reunión y la enferma preparada en la mesa de operaciones, el doctor SIMPSON, con sus ayudantes, entró a recoger el frasco de cloroformo a una habitación cercana en donde se guardaba, y en este momento acaeció que el frasco se le cayó de las manos, rompiéndose; y, claro está, como no había otro en aquel lugar, llamó a los médicos que estaban esperando, les explicó lo ocurrido y se marcharon, acordando reunirse otro día para hacer la comprobación.

Pues bien; la segunda parte es la curiosa; porque una vez que los médicos se habían ido, pensaron qué hacer con la enferma, y acordaron que, como ya estaba todo preparado para operar y la enfer-

ma conforme, simularian la administración del cloroformo, dándole a respirar a través de la mascarilla unas gotas de colonia. Pues así lo hicieron, y en el momento en que el doctor SIMPSON con unas pinzas rozaba la piel de la enferma indicándoles a sus ayudantes el sitio de la operación, esta pobre mujer, que estaba hiperexcitada con la idea del cloroformo, murió de un síncope cardíaco.

Como veréis, la rotura del frasco fué providencial, puesto que si se hubiera aplicado el cloroformo y la enferma se hubiera muerto, hubiera sido este rechazado unánimemente por todos los cirujanos que presenciaban la intervención, hubiera sido un fracaso de tal magnitud que hubiera alejado este magnífico recurso de las manos del hombre por muchos años y tal vez para siempre al recordar su enorme fracaso.

—30—

Las bebidas alcohólicas en la economía española

por el

Doctor IGNACIO LOPEZ SAIZ

Jefe de clínica del Sanatorio Psiquiátrico de San Luis (Palencia).

La existencia de las bebidas espirituosas es casi tan antigua como el hombre; todos los pueblos, lo mismo los más civilizados que los que se encuentran en estado salvaje, los más modernos que los más antiguos, tuvieron o tienen bebidas alcohólicas obtenidas de los productos más variados.

La costumbre de beber tiene un dilatado arraigo en el hombre, que ha adquirido el valor de ser «algo necesario para su vida».

El impulso instintivo preformado—como lo llama JOEL—que lleva al hombre hacia la embriaguez, es una tacha atávica de la Humanidad, comprobada por las investigaciones de la Fisiología animal y comparada.

El hombre, dice CARREL, tiende naturalmente hacia la satisfacción de sus apetitos fisiológicos y de sus necesidades artificiales, tales como la apetencia por el alcohol. Pero degenera cuando satisface plenamente estos apetitos.

Nosotros creemos, como el profesor PIGA, que la apetencia al tóxico sería un carácter adquirido, transmitido hereditariamente y de naturaleza constitucional.

El peligro que en todo tiempo se cernió sobre los pueblos por el alcoholismo ha dado origen a las más diversas medidas para intentar combatirlo.

El problema del alcoholismo en España—que, dicho sea de paso, no es, por el momento, alarmante—no puede solucionarse sin tener en cuenta los potentes intereses económicos que mueve.

Llenaríamos muchas páginas describiendo el fracaso de las medidas restrictivas o abolitivas que desde los más remotos tiempos han sido dictadas contra el abuso en la ingestión de bebidas alcohólicas, la mayoría de las veces con un loable espíritu higiénicosanitario.

Una muestra reciente la tenemos en los escasos resultados conseguidos con las fuertes medidas restrictivas puestas en práctica en Francia en 1940, y, sobre todo, en el fracaso que tuvo la famosa «ley seca» norteamericana, hace años abolida.

La especial idiosincrasia del alcoholismo y los numerosos factores que lo determinan sirven para explicar los modestos resultados conseguidos en la lucha antialcohólica, no siendo raro observar cómo los efectos son muchas veces nulos y hasta contraproducentes.

A nuestro parecer, todas las medidas, consejos, propagandas, campañas, etc., contra el alcoholismo carecen de eficacia si no se tienen en cuenta algunos factores fundamentales, como el individuo, medio ambiente (costumbres, religión, oficio, etc.), clase de bebida y, sobre todo, los fuertes intereses económicos que en la actualidad mueven el vino y demás bebidas alcohólicas.

Haremos referencia en esta nota solamente a la importancia que tienen estos intereses para la economía nacional.

Nos daremos una idea aproximada de su volumen si pasamos una rápida revista a algunos de los factores que intervienen en la valoración de estos productos.

La extensión de la superficie dedicada al cultivo de la vid en nuestra península asciende en la actualidad a 1.408.126 hectáreas, con una producción media de 149.284 quintales métricos de uvas para pasas, 2.209.550 quintales métricos de uva de mesa y 33.788.924 quintales métricos de uva para vinificación, equivalentes a 21.783.087 hectolitros de vino. (En estos últimos años, la producción ha sido menor que esta media, no pasando de 16 millones de hectolitros de vino.)

El valor total de esta cosecha de uva (kilogramos 3.614.775.800) asciende, en producto bruto, a más de 3.500 millones de pesetas.

Se calcula que el número de trabajadores y pequeños propietarios ocupados en el cultivo y recolección del viñedo asciende a más de 500.000, con un valor en jornales superior a 1.450 millones de pesetas.

Son también numerosos los obreros que perciben jornales de industrias dependientes del vino (toneleros, boteros, vidrieros, taponeros, destila-

dores, etc.), los cuales sobrepasan la cifra de los 200.000. Además, hay que tener en cuenta los miles de familias que viven preferentemente o de manera exclusiva del almacenamiento, distribución y despacho de las bebidas alcohólicas (almacenistas, comisionistas, establecimientos expendedores, tales como tabernas, bares, cafés, restaurantes, salas de fiestas, etc.).

Aunque en un país como España es el vino el factor económico más importante dentro de las bebidas alcohólicas, son también dignos de tenerse en cuenta el valor de la producción de cervezas, sidras y alcoholes neutros admitidos para la fabricación de licores.

En 1944, la producción de cerveza en España fué de 650.645 hectolitros, con un valor superior a 130 millones de pesetas. Esta cifra de hectolitros (la más elevada en los últimos cinco años anteriores) es notablemente más baja que la conseguida en los años que precedieron a nuestra guerra: así, en 1935 la producción ascendió a un millón de hectolitros anuales.

De la sidra no poseemos datos oficiales, siendo calculada la producción por los técnicos en más de 200 000 hectolitros, de la cual un 50 por 100 es embotellada, siendo su valor superior a los 40 millones de pesetas.

Una mayor consideración tiene la producción de alcoholes de todas clases, ya que en grandes proporciones (más de la mitad) se convierten en bebidas alcohólicas.

No es de este lugar ocuparnos de la producción de alcohol en el mundo; pero sépase que la marcha progresivamente ascendente observada en España en lo que va de siglo la consideramos extraordinariamente peligrosa, por ser las bebidas de fuerte graduación elaboradas muchas veces con alcoholes de baja calidad, las que dan origen con más frecuencia al alcoholismo.

Después de este inciso, volvamos a nuestro tema. La mayoría de los alcoholes elaborados en España proceden de la destilación del vino y residuos vínicos, melazas, higos, caña, sidra y hasta naranjas.

El alcohol rectificado de estos productos es principalmente etílico, por lo que está autorizado para su empleo en la fabricación de licores.

En 1943-44, la producción de alcoholes neutros ascendió en España a la respetable suma de 605.766

hectolitros, de los cuales más de 480.000 proceden del destilado de vinos y residuos vínicos, a los que hay que añadir 73.107 de alcoholes deshidratados, 48.605 industrial desnaturalizado y 298.518 de flemas de residuos.

Mucha parte de estos alcoholes se emplean con fines industriales (obtención de lacas, barnices, explosivos, seda artificial, cloroformo, yodoformo, éter, etileno, etc., etc.), en perfumería, laboratorios, usos farmacéuticos y en algunos casos para producir calor y energía (motores).

En general, se calcula que un 50 por 100 de la producción de alcoholes neutros se emplea para la fabricación de bebidas.

El número de millones de pesetas, referente únicamente a este epígrafe de alcoholes como producto bruto, es muy elevado, dado el precio adquirido en la actualidad por estos compuestos en el mercado.

Vamos a ocuparnos ahora de un punto que tiene un gran interés comercial por el número de divisas extranjeras que nos proporciona: nos referimos a la exportación de bebidas alcohólicas.

En épocas normales, la exportación ascendía a 1.317.319 hectolitros, en su mayoría vinos finos de mesa embotellados, generosos, espumosos, coñacs y licores.

Por motivos de todos conocidos, estas exportaciones fueron mínimas durante nuestra contienda.

La curva ascendente de la exportación española en los últimos años nos brinda un porvenir lleno de promesas.

En 1943, la exportación de estos productos rindió a nuestra economía la importante cifra de 295 millones de pesetas, aumentando a 357 millones en el año 1944.

El cuadro adjunto nos indica bien a las claras la marcha ascendente de nuestra exportación en el último quinquenio, 1940-44.

Es conveniente que nos demos cuenta de que la cantidad enviada al extranjero en 1944, con ser la mayor conseguida en estos años, sólo representa la veinticincoava parte de la cosecha media anual española.

Hay otros muchos aspectos, además de los ya reseñados, que tienen una gran importancia como elementos económicos.

Es curioso observar cómo el vino es un producto agrícola que tiene peculiaridades sumamente

AÑOS	V I N O S			Espumosos	Licores	Coñacs	Total
	Corrientes de mesa	Secos	Dulces				
	Litros	Litros	Litros				
1940.....	14.784.384	23.857.976	1.272.558	7.690	50.620	1.070.051	41.043.020
1941.....	9.402.695	6.426.047	1.013.769	97.059	191.656	1.224.368	18.285.594
1942.....	21.712.838	6.746.214	1.141.886	20.133	124.853	1.474.910	31.271.203
1943.....	46.496.397	14.298.215	5.005.775	45.687	291.458	6.269.601	72.407.133
1944.....	47.400.000	16.500.000	5.400.000	200.000	300.000	8.800.000	78.600.000

interesantes, que, unidas a una porción de circunstancias puramente externas, le permiten variar con facilidad, en progresión siempre creciente, su valor intrínseco.

El vino y demás bebidas fermentadas aumentan su valor en proporciones muy considerables simplemente por su embotellamiento, conservación (envejecimiento), conversión en licores, etcétera, etc.

Todos estos productos, aun dentro de la misma clase o tipo, tienen valores ascendentes según la categoría de los establecimientos en que se expenden (almacenes, tabernas, bares, cafés, restaurantes, *cabarets*).

También experimentan las bebidas un aumento muy considerable al verificar su venta fraccionada en copas, vasos, etc.

El adicionamiento de agua, fraude extraordinariamente frecuente, como veremos en otra ocasión, o la mezcla con otros vinos o licores de calidad inferior, adquiere también un valor económico nada despreciable.

Pero aún hay más, ya que, aunque el vino se estropee, sigue teniendo un valor de consideración (a veces mayor), pues puede ser convertido en vinagre o empleado para su destilación.

Estas características de las bebidas fermentadas no se suelen observar en otros productos agrícolas o sus derivados; sucediendo, en general, todo lo contrario, ya que la conservación suele ser difícil y su almacenamiento produce, casi sin excepción, mermas, deterioros y hasta la pérdida total

de los productos. Por tanto, aunque alguno de éstos (cereales, frutas, tubérculos, etc.) tengan en España un valor en bruto mucho más alto que la cosecha de vino y demás bebidas, éstas tienen un valor real mucho más considerable.

Algunos otros factores dependientes o relacionados con las bebidas alcohólicas tienen también importancia económica acusada. Nos referimos a una serie de industrias que viven alrededor de estos productos (fábricas de botellas, toneles, pellejos y botas, tapones, litografías, carpinterías).

Dado el gran volumen que las bebidas fermentadas tienen, nos daremos cuenta de las cantidades a que ascienden los gastos de transporte de las mismas.

Son asimismo muy dignas de tenerse en cuenta las enormes sumas empleadas en la propaganda de estos productos, característica que adquiere en España una gran originalidad y gusto artístico.

Aunque todas estas circunstancias que hacen aumentar el valor del vino y demás bebidas alcohólicas son muy difíciles de precisar en su cuantía, se puede afirmar que el dinero que se mueve con estos productos asciende en la actualidad a muchos miles de millones de pesetas.

Con objeto de no alargar demasiado esta nota, dejaremos para otra el estudio de un factor sumamente importante en este aspecto, el referente a los ingresos que proporcionan las bebidas alcohólicas al Municipio y al Estado por medio de los impuestos directos e indirectos.

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 sí a alguno o algunos de ellos interesase contestar especialmente.

Ayuda al compañero en duda

CONTESTACIONES RECIBIDAS

Doctor don Manuel Blanco López, de Fuente de Cantos (Badajoz).—Investigaciones recientes han demostrado que el agente etiológico de la hepatitis infecciosa es un virus filtrable. En la actualidad también diagnosticamos con bastante frecuencia esta enfermedad en Madrid, teniendo en estudio un gran número de pacientes en nuestra clientela privada y en el Servicio del profesor Oli-

ver en el Hospital Provincial de ésta. Todos los enfermos son estudiados cuidadosamente con todos los medios diagnósticos a nuestro alcance, y, sobre todo, aislando en sus heces y bilis (estas últimas obtenidas por sondaje duodenal) el virus causante de la hepatitis, el cual es reconocido mediante inoculación a embriones de pollo, trabajo que lleva a cabo en el Instituto Cajal el profesor Sanz Ibáñez. Constituyendo esta labor el estudio de un tema poco conocido en España, y

al cual dedicamos desde hace algún tiempo nuestra actividad, nos interesaría conocer con más detalles la epidemia de esa localidad, y, sobre todo, si ello era factible recibir algunos enfermos procedentes de ese foco, para proceder a su estudio y tratamiento.

El tratamiento más eficaz de la hepatitis infecciosa se hace con methionina, dosis elevadas de colina y globulinas gamma. Como en España es muy difícil conseguir estas sustancias, proce-

de tratarlos con extractos hepáticos, levadura de cerveza, aminoácidos, complejo vitamínico B, y, cuando la gravedad del caso lo indique, transfusiones de sangre o de plasma. La alimentación, con elevada proporción de proteínas de origen animal y de hidrocarbonados de fácil digestión y con restricción de las grasas, es indispensable. El reposo absoluto mejora mucho la evolución y el pronóstico de estos enfermos.

E. Arias Vallejo.

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

Manual de terapéutica clínica. Guía para estudiantes y médicos prácticos, por Windsor C. Cutting. Espasa-Calpe Argentina, S. A. Buenos Aires-Méjico, 1946.

El médico de visita diaria, como igualmente el estudiante cuando se acerca a la cabecera del enfermo, precisan de los conocimientos terapéuticos «al día» con una supervaloración de los mismos, que en todo momento le permitan emplear «lo mejor» en su enfermo.

Las investigaciones físicas, químicas, biológicas y clínicas aportan, en forma continua, nuevos agentes, drogas y métodos a la Terapéutica.

Periódicamente, los grandes tratados reúnen y sistematizan esos adelantos médicos que, por lo general, están dispersos en publicaciones; pero aquéllos y éstas suelen, por diversos motivos, no estar al alcance del médico práctico.

Se precisa del «manual» que «nos dé» en forma a utilizar de manera inmediata la «novedad útil». Es lo que realiza esta obra de Cutting, sin olvidar las nociones y recursos clásicos.

Cutting agrupa su labor en treinta y tres capítulos y once apartados, con un total de 581 páginas: sus principales capítulos son: Problemas terapéuticos generales; Infecciones bacterianas: por espiroquetas, por virus, micóticas, por protozoarios, por metazoarios; Enfermedades de la nutrición, deficiencias vitamínicas; Enfermedades endocrinas, metabólicas, alérgicas y por agentes físicos; Enfermedades del aparato digestivo, del aparato circulatorio y hematopoyético; Del aparato respiratorio, génitourinario, locomotor; Dermopatías; Del sistema nervioso y mentales.

En los once apartados incluye: procedimientos terapéuticos especiales, fisioterapia, síntomas y tratamiento de las intoxicaciones; dietética, con minutas de diverso contenido calórico; datos clínico-biológicos normales y métodos cualitativos y cuantitativos para valorar el empleo terapéutico de los medicamentos. El capítulo X es la lista de prescripciones, medicamentos y dosis. Finaliza el Manual con abundante bibliografía y un bien ordenado índice de materias.

El presente Manual constituye una guía completa y práctica para estudiantes y médicos de cabecera con los tratamientos que aparecieron en la literatura médica corriente y, en especial, de artículos recientes, comprensivos y críticos de las revistas más difundidas de los Estados Unidos, con preferencia aparecidos en el *J. A. M. A.*; los medicamentos que se mencionan están tomados, casi por completo, de la farmacopea oficial de los Estados Unidos y del formulario nacional, así como de los nuevos remedios no oficiales.

El presente volumen refleja la experiencia de W. C. Cutting en el tratamiento y el cuidado de numerosos enfermos en los hospitales de Stanford y, en número limitado, en el Middlesex Hospital, de Londres, y en el Johns Hopkins Hospital, de Baltimore, y de su práctica de profesor agregado de Terapéutica de la Escuela de Medicina de la Stanford University, de San Francisco de California.

Si a las cualidades excepcionales del libro se une la fiel y clara traducción del doctor Juan Guíjosa Pernus, profesor del Instituto Nacional de Oncología y de la Beneficencia Municipal de Madrid, consideramos suficientes méritos para que el médico general y el estudiante le coloquen en su mesa de estudio.

La Casa Espasa-Calpe Argentina, S. A., Buenos Aires-Méjico, merece felicitaciones por el acierto en la elección de este *Manual de terapéutica clínica* y por su labor tipográfica.

M. A.

Tratado de alergia, por el doctor Karl Hansen. Editorial Labor, S. A. Barcelona, 1946. Un volumen de 737 páginas, con 169 figuras en negro y color. Precio: 200 pesetas.

El trabajo del médico clínico, realizado de modo cuidadoso y críticamente progresivo, ha puesto de manifiesto que una gran parte, antes insospechada, de síntomas y síndromes puede tener como base etiopatogénica un proceso de alergia. La elaboración de esta etiopatogenia especial obliga a comprobar detenidamente los factores desencade-

nantes y, al mismo tiempo, da nacimiento a la terapéutica causal en muchos casos en los cuales era preciso conformarse hasta hace bien poco con un tratamiento sintomático. En el libro del doctor Hansen se presentan sistemáticamente los métodos y resultados de este proceso diagnóstico-analítico, sus premisas teóricas y sus consecuencias prácticas, con inclusión de la terapéutica; esto es, se exponen la teoría y la clínica de la reacción alérgica en general y ante cada caso en particular.

Los tratados y monografías sobre alergia no abundan en la lengua castellana. En su versión original son conocidos de los especialistas los libros de Rowe, Vaughan y Urbach. Pero se hacía necesario contar con un buen libro sobre el tema que presentase a los lectores médicos de nuestro país los problemas clínicos y la metodología de la alergia con un criterio práctico, sin excepción, claro es, de la teoría y su discusión. El tratado de Hansen, redactado por varios especialistas alemanes bajo la dirección de éste y de Berger, desarrolla el tema de acuerdo con una sistematización propia, fundamentando la teoría con pruebas irrecusables abundantes, tanto experi-

mentales como clínicas, realizando una labor crítica concienzuda de todo lo que corrobora o se opone a la doctrina de la alergia, estudiando completamente las causas de este proceso, sus síntomas y terapéutica y dando pautas al especialista médico para la realización de una labor experimental y analítica, sin omitir ningún conocimiento indispensable.

Todo especialista clínico encontrará en las páginas del libro de Hansen los datos que apetezca en relación con el estudio de la alergia en la rama de la Medicina que profese (Patología respiratoria, digestiva, nerviosa; Otorrinolaringología, Dermatología, Reumatología, Oftalmología, Tisiología, etc.). Todo médico general hallará en él los conocimientos indispensables para la comprensión y conocimiento de cualquier enfermo de alergia.

La traducción del libro, hecha de la segunda edición alemana (1943) por el doctor Curieses del Agua, es perfecta en todo. Su edición es tan correcta como todas las de la casa editorial.

E. Arias Vallejo.

REGISTRO DE SUMARIOS

RESUMEN SUMARIO DEL NUMERO ANTERIOR

(23 de noviembre de 1946.)

La patogenia de determinadas pigmentaciones y acromias, por Mercadal Peyri.

Recientes avances en patología de la nutrición, por E. Arias Vallejo.

Impresiones de un año hidrológico, por García Ayuso.

El baúl de las sanguijuelas, por Blanco Juste.

La revalorización del título de médico, por Fernán Pérez.

AVANCE SUMARIO DEL NUMERO PROXIMO

(7 de diciembre de 1946.)

Las hepatitis agudas infecciosas, por el profesor E. Oliver Pascual.

Ureteritis quística, por E. Pérez Castro.

Importancia de la crenoterapia en Toxicología, por Sales Vázquez.

El deber de las edades, por García Ayuso.

Recambios humanos, por J. Megías Velasco.

Benito Pérez Galdós y la Medicina (XII), por F. J. Cor-tezo-Collantes.

ANALES DE CIRUGIA

(Rosario, Argentina, septiembre de 1946.)

Cames, Cesanelli y Tricèrri.—Tratamiento quirúrgico del cáncer de pulmón.

Zeno y Pizarro.—Psicogénesis y profilaxis de los accidentes.

Marottoli y Didier.—La operación de Young en el tratamiento del pie plano.

Cid.—Tumores del timo.

Fort.—Telangiectasia de la papila renal.

Peyrallo.—Componentes psíquicos de la úlcera gastroduodenal.

Cames.—Úlcera péptica post-gastrectomía.

Tricèrri.—Cirugía radical en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar.

ANAIS PAULISTAS DE MECINA E CIRURGIA

(San Pablo, Brasil, julio de 1946.)

Cintra.—Tirotricina y estreptomina.

Morais.—La nueva ley de accidentes del trabajo.

Cardilli.—Hipoglucemia y litiasis biliar.

FOLIA CARDIOLOGICA

(Milán, febrero de 1946.)

Frau.—La electrocardiografía en el pronóstico del infarto miocárdico.

Selvini.—Mecanismo de aparición de la fibrilación auricular.

Poppi.—Aparato circulatorio en el tifus exantemático.

Renzi.—Cardiología de la obesidad.

Cellina y Selvini.—El electrocardiograma en el hipoparatiroidismo.

Frau.—La infección reumática en la etiología de la taquicardia paroxística.

(Abril de 1946.)

Renzi.—Cardiología de la delgadez.

Cellina y Bergamasco.—Bloqueo de rama.

Frau.—Alteraciones electrocardiográficas con la digital.

Selvini.—Electrocardiografía del extrasístole.

Frau.—Derivación esofágica en el estudio del complejo arterial.

GACETA MEDICA ESPAÑOLA

(Madrid, noviembre de 1946.)

- Bañuelos.*—Sobre los errores que más frecuentemente se cometen en el tratamiento de los cánceres por los compuestos bromurados.
- Marañés.*—La vitamina C como tratamiento de las epistaxis.
- Garrote.*—Clitocybina.
- Bienes.*—Sobre el empleo de la penicilina localmente en las infecciones broncopulmonares.
- Rivet.*—Quimioterapia antitiroidea.
- Gallego.*—Producción experimental de insuficiencia coronaria.
- Alonso.*—Diagnóstico precoz del cáncer gástrico.

MEDICINA ESPAÑOLA

(Valencia, agosto de 1946.)

- García Conde y Bonnet.*—Sistema digestivo e hipoxidosis.
- Caballé y Maset.*—Disvitaminosis C en la infancia.
- Morote.*—Fenómenos locales tonsiloprivos.
- Abad.*—Revisión y cuidados del sistema venoso en el post-parto.
- Navarro Sala.*—Cosmética y terapéutica dermatológica.
- Martínez Gómez.*—Linfogranulomatosis maligna.
- Clavero.*—Desfloración.

MINERVA MEDICA

(Torino, 6 de octubre de 1946.)

- Trincas.*—Síndrome nervioso subcortical pasajero de naturaleza sulfamídica.
- Silvestroni y Bianco.*—Anemia microcítica constitucional.
- Teneff.*—La distorsión costovertebral como complicación de los traumatismos cerrados del tórax.
- Secco y Rizzo.*—Prolongación provocada del tracto P-Q en el estudio de los trastornos del miocardio.

EL DIA MEDICO

(Buenos Aires, 5 de agosto de 1946)

- Fernández.*—Técnica personal para la corrección de las orejas en asa.
- Marín y Saracut.*—Un caso de enfermedad de Raynaud.
- Angeli.*—Diagnóstico de la colédocolitiasis.
- Manguel.*—Púrpura urémico.
- Piernes, Roselli y Franquet.*—Quistes dermoides del ovario.

SER

(Madrid, 1946, núm. 54.)

- Izquierdo.*—Parálisis infantil.
- Cuthbertson.*—Metabolismo de las proteínas.
- Vidaurreta.*—Oportunidad operatoria en la apendicitis.
- Savino.*—Cirugía y fisioterapia del cáncer de la mama.
- Gómez Oliveros.*—Músculos del tronco en el hombre.
- Silván.*—Tracoma en España.
- Herrero.*—Reconocimientos médicos en la industria.

CLINICA Y LABORATORIO

(Zaragoza, noviembre de 1946.)

- Calvo.*—Variedades arteriovenosas de posición. Vena cava inferior izquierda.
- Castro y Carrascal.*—Espujo y embolismo graso.
- García Pastor.*—Enfisema subcutáneo secundario al de mediastino durante el trabajo del parto.
- Serrate.*—Electroshock en enfermedades mentales coincidentes con cardiopatías.
- Notario y García Hernández.*—Carcinoma uterino y embarazo.
- Tejada.*—Neumotórax espontáneo.
- Gay.*—Auroterapia en los reumatismos crónicos.

MEDICINA CLINICA

(Barcelona, septiembre de 1946.)

- Bozal y Díaz Opocio.*—Diagnóstico radiológico de los tumores pulmonares.
- Nubiola.*—Distocia en período expulsivo.
- Vega Díaz.*—Aneurisma parietal del corazón (ventrículo izquierdo). Con una orientación sistematizada para su investigación radiológica.
- Navlet.*—Equinococosis en España.
- Puigvert.*—Neoplasias vesicales.
- Monguió, Font y Punsoda.*—Procesos inflamatorios y degenerativos del tiroides.
- Galard.*—Fisura anal con radiculitis sífilítica de la cola de caballo.
- Muñoz Escoda.*—Serpresas radiográficas de los trayectos fistulosos renoureterales.
- Noguer.*—Dietética en la hipertensión arterial.
- Martínez Carmona y Puig.*—La harina de algarroba en los trastornos nutritivos del lactante.
- Martínez González.*—Visualización de los ruidos cardíacos.
- Penicilina en sangre.

ACTAS DERMOSIFILIOGRAFICAS

Editada por la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía.

(Madrid, año XXXVIII, núm. 2, noviembre de 1946.)

- Alvarez Sáinz de Aja.*—Contribución al estudio del lupus eritematoso.
- Contreras Dueñas.*—El censo de la lepra.
- Cordero Soroa.*—Difusión de la sífilis y otras enfermedades venéreas.
- Lancha Fal.*—Dermatitis por contacto.
- Lazo García y Blesa Llamas.*—Estudio terapéutico de la clorarsina.
- Alabart Pou.*—Adenoma sebáceo tipo Pringle.
- Mercadal Peyri.*—Leishmaniosis cutáneomucosas.
- Mercadal Peyri.*—Macrófagos parasitados en las leishmaniosis cutánea.

EL SIGLO MÉDICO

SEMANA MEDICA ESPANOLA

30 noviembre 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 NÚMERO.—SECCIÓN PROFESIONAL: BOLETÍN DE LA SEMANA, por Decio Carlan. SILVA LITERARIA: BENITO PÉREZ GALDÓS Y LA MEDICINA (XII), por F. J. Cortezo-Collantes. *Perfil y recuerdo de Angel Ganivet*, por el Dr. J. Conde Gargollo. *Recordando un viaje por España*, por el Prof. Aldo Contrucci. NUESTRO BUEN HUMOR. INFORMATARIO PROFESIONAL. *Sección Oficial*.

BOLETIN DE LA SEMANA

Al dirigirnos esta semana a nuestros queridos lectores creemos obligado, en primer término, explicar el motivo por qué nuestro número del día 23 ha sido repartido con retraso de dos días.

Ello se debe a las restricciones del fluido eléctrico, que tienen parada nuestra imprenta los lunes, martes y miércoles, viendonos obligados, con todo género de sacrificio y de esfuerzo, a componer, ajustar y tirar nuestra revista en poco más de cuarenta y ocho horas.

Esperamos que nuestros lectores tengan en cuenta esta causa de fuerza mayor, que viene a complicarnos la puntualidad de que siempre hemos hecho un honor de nuestra revista.

* * *

Vamos también en este lugar a esclarecer una duda de algunos de nuestros lectores, que nos ha sido comunicada con motivo del Boletín que publicamos el sábado día 9 de noviembre.

En dicho Boletín, y hablando del resultado de las oposiciones a la vacante de profesor de Cirugía del Hospital Provincial de Madrid, reproducimos unas cuartillas que se habían recibido con la firma A. P., y en cuyo contenido se hacía el justo elogio de la actuación y méritos del doctor Armando Muñoz Calero.

Hoy estamos ya autorizados para decir que la nota publicada, a la que venimos refiriéndonos, fué escrita y remitida a nosotros por el médico del Hospital General, profesor de la Clínica de Urología, doctor Angel Pulido Martín, nuestro muy querido colaborador.

* * *

En el *Boletín Oficial*, y con fecha de 15 de noviembre, se da traslado de una Orden del señor Ministro de la Gobernación, que, con fecha 11 de septiembre último, y previos los trámites legales, concede el ingreso en la Orden Civil de Beneficencia, con distintivo negro y blanco y categoría de cruz de primera clase, a don Félix Schlager, encargado que fué de Negocios de la Legación de Noruega en Madrid.

Nos ha producido cordialísima satisfacción este honor que se dispensa a don Félix Schlager, per-

sonalidad que alcanzó durante los tristes meses de la guerra civil española una popularidad inigualada en Madrid por su generoso y valiente comportamiento en ayuda y amparo de los presos y perseguidos por las milicias revolucionarias.

Como testigos presenciales de muchas actuaciones de don Félix Schlager, nos felicitamos por la distinción que recibe, merecidísima en todos sentidos, y cuyo expediente será de fijo una brillantísima página de cuanto puede hacer un espíritu cristiano y culto en momentos de los mayores peligros.

Por cierto que, ya que hablamos de esto, con el debido elogio, no queremos ocultar que nos ha parecido muy extraño el que durante los siete años de la postguerra no se haya concedido una distinción honorífica semejante a los médicos que, estando en prisión, prestaron servicios de tanto o mayor valor de los que pueden prestarse en casos de epidemias graves, porque, por muy peligrosa que sea una epidemia para la vida de un médico, y por muy de estimar que sean sus servicios en casos tales, no creemos que nadie nos discuta que aquellos meses del año 1936 y 1937 en la cárceles rojas los servicios prestados por los médicos que, *encontrándose cautivos*, olvidaban sus riesgos propios para atender y facilitar, no ya la salud, sino en innumerables casos la libertad de sus desgraciados compañeros, tienen características muy superiores a cuanto se pueda hacer en una epidemia de cólera o de tifus, o salvando de un incendio o de las aguas a un semejante.

¿No sería posible que el espíritu justo del señor ministro de la Gobernación y del señor director general de Sanidad se señalaran en alguna propuesta que llevase la interior satisfacción a quienes tan admirablemente se portaron?

* * *

En la pasada semana han continuado muy activamente las conferencias y reuniones de Sociedades científicomédicas, que en la vida cultural española vienen imponiéndose en primera línea de número e importancia.

Además de las que señalamos en el informativo y de las dadas en el Instituto Nacional de Pre-

visión, el miércoles, por la tarde, dictó una magnífica conferencia en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas el profesor don Luis Nágera Angulo, disertando sobre el tema «La guerra parasitológica», de la cual esperamos poder dar extensa cuenta a nuestros lectores en un próximo número.

También merece especial señalamiento la conferencia del profesor Marañón, dictada por la radio, y, por cierto, que el ilustre clínico e historiador ha sido objeto en Portugal de un cálido ho-

menaje con motivo de ser investido como doctor *Honoris causa* de aquella Universidad, distinción que tiene, además, la especial característica de haberse organizado la investidura para el mismo acto en que había de recibir igual honor el genial hombre público inglés Winston Churchill.

Y cerramos este Boletín haciendo votos por que el carbón y las lluvias nos faciliten atender nuestros compromisos de puntualidad en el servicio de EL SIGLO MÉDICO.

DECIO CARLÁN.

SILVA LITERARIA

BENITO PÉREZ GALDÓS Y LA MEDICINA

por

F. J. CORTEZO-COLLANTES

XII

EL CASO DEL CURA MERINO

En achaques de análisis caracterológicos de sacerdotes, frailes y místicos, pocos escritores le irán a la mano a don Benito, que en su copiosísima obra literaria tiene un verdadero museo de tipologías físicas y espirituales a este respecto.

Galdós firmó y cerró su novela *La revolución de julio* el año 1904, y parece lógico que se documentara acerca del cura Merino en lo mucho que se escribió sobre él por Bravo Murillo, Bermejo, Pirala y tantos otros. Pero el hecho es que en la novela de don Benito se hace un delicioso estudio psicológico de este desventurado regicida, que ha tenido, en las características que le impulsaron a su crimen, muy poco parejos. Verdaderamente cuando se lee todo lo escrito sobre este curiosísimo tipo de hombre se vacila en su encasillamiento, y cuando más creemos tenerle fijado en un psicodiagnóstico, nos encontramos que mil aspectos del caso nos hacen dudar de nuestro acierto.

A mi modo de ver, don Benito trató el asunto más acertadamente que nadie, quizá porque se ocupó de ello mucho después de los acontecimientos, aunque es casi seguro que sus notas y bocetos para la novela *La revolución de julio* fueran muy anteriores a cuando la dió a la publicidad.

Galdós encaja la figura de don Martín Merino en un primoroso cuadro del ambiente, no sólo de la época, sino del momento, de aquel momento de los comienzos del año 1852, en cuyo 2 de febrero tuvo lugar el atentado que puso en riesgo la vida de Doña Isabel II.

Desde el punto de vista que venimos nosotros comentando a Galdós, no es preciso señalar el ambiente político de la época, pero no puede negarse que es verdaderamente genial la pintura psicológica del estado nacional que refleja Galdós en las páginas de su novela *La revolución de julio*, cuando en ellas da cuenta del atentado del cura Merino.

Es difícil hoy día llegar a comprender el grado de entusiasmo, de amor, de veneración casi ido-

látrica que en España, y principalmente en el pueblo de Madrid, palpitaba por Doña Isabel II, a quien diecisiete años más tarde se había de expulsar del trono, después de un período larguísimo de protesta y alzamiento contra ella.

La sugestión colocal que ejercía el año 1852 Doña Isabel II sobre la casi unanimidad de los españoles cuesta trabajo suponerla real en estos tiempos. Era su belleza, era su gracia, era su talento, su generosidad, todo el ramillete de virtudes que pudieran ponerse a los pies de una mujer y de una Reina lo que formaba el marco de la figura de Doña Isabel cuando Martín Merino hundió su puñal en ella, con la seguridad de matar, no a Doña Isabel ni a la institución monárquica, sino algo que él suponía condensar y representar un estado social que odiaba y del que se creía firmemente víctima.

Sabido es que la Reina Doña Isabel el día 2 de febrero de 1852, al salir de la capilla real, terminada la función religiosa, con intención de dirigirse a la Virgen de Atocha, presentándose en público por primera vez después del parto, y estando rodeada de la Real Familia, los cortesanos y servidumbre palaciega, en lo que se llama la Galería de Damas, y cuando Doña Isabel hizo intención de hablar con el Nuncio de Su Santidad, un sacerdote se acercó, y, arrodillándose como para entregar un memorial, dió a la Reina una puñalada en el costado.

El minucioso cuadro de este hecho está relatado por don Benito con verdadero primor en las páginas de su novela, pero a nosotros más nos interesa cuanto se refiere a lo que dice del asesino, del que a todos ha resultado siempre muy difícil diagnosticar la tara psíquica.

Bravo Murillo, que, como es lógico, no se puede discutir que pintó del natural, nos dice que Martín Merino era más que de mediana estatura y de más de sesenta años de edad. Demacrado en extremo, muy pronunciados en su cara y en sus manos los nervios y los huesos, casi extenuado su cuerpo, aunque de espíritu fuerte, dejaba ver en su rostro y en su actitud las huellas de sus habi-

tuales padecimientos de estómago y de una fuerte afección al hígado que de antiguo y de continuo le aquejaba. Su constante y profunda meditación en los horribles proyectos que le ocupaban había, sin duda, agriado y maleado de tal manera su carácter, que su sólo aspecto producía la impresión de repugnante y aun terrorífico desagrado. Se pintaba en su semblante el padecimiento físico, descubriase la intención aviesa. Aparecía taciturno, tétrico, tranquilo en su malestar, frío hasta la impasibilidad.

Esto decía Bravo Murillo, y la verdad es que extraña sobremanera que individuo de tales características pudiera llegarse a los pies de la Reina, en una galería de Palacio, para hundir un puñal sin que a nadie le extrañase semejante tipo.

Más bien creemos que Bravo Murillo describe a Martín Merino con sus impresiones *a posteriori* de los hechos que le hicieron trágicamente célebre.

Don Juan Valera detalla muy puntualmente las características de cuanto Martín Merino hiciera y dijera hasta el momento en que fué ajusticiado.

No está de más recordar aquí que la Reina Isabel, queriendo testimoniar su gratitud a la Providencia por haberla sacado bien de aquel trance, dispuso que se creara, como se creó, el Hospital de la Princesa.

La ficha biográfica de Merino es ya para meditar sobre lo que fué su caracterología: nació en 1789, perteneció a la Orden franciscana al estallar la guerra de la Independencia y formó en las milicias. En 1813 era sacerdote, y emigró a Francia por sus ideas liberales, y en Francia estuvo hasta 1824. Después de otras andanzas en España y en Francia, por el año 1840 ó 1841 estaba establecido en España y se dedicaba al negocio de la usura. Completamente arruinado y viviendo de mil expedientes, llegó hasta el año 1852, en que intentó asesinar a la Reina, siendo ajusticiado por garrote en el Campo de Guardias, de Madrid, a los pocos días después de haber sido degradado en tremenda ceremonia pública por el obispo de Astorga, señor Cascallana.

El estado de exaltación nacional que se siguió al atentado de Merino llegó a extremos tales que cuanto se ha escrito en los momentos cercanos al hecho no tiene más remedio que ofrecer alguna desconfianza al historiador imparcial, porque ya hemos apuntado al principio que es muy difícil darse hoy cuenta de la sugestión que sobre el pueblo ejercía la figura de la Reina Isabel. Cuando para escribir estas notas hemos leído los relatos, más o menos contemporáneos, de aquel acontecimiento, ha venido a nuestro recuerdo todo lo referente al feroz atentado de Morral cuando la boda del Rey Don Alfonso XIII. Cuantos vimos y vivimos aquellos días no podremos olvidar el estado de ira colectiva que cegó a todo el pueblo de Madrid y a España entera, y no podemos asombrarnos de aquellos cortesanos de 1852, que clamaban por que se descuartizase a Merino en la misma sala de alabarderos, porque nosotros hemos contemplado cómo se pretendía linchar a de-

tenidos que luego resultaron no tener nada que ver con el trágico crimen de la calle Mayor.

¿Cómo encaja Galdós su estudio sobre el cura Merino en el episodio nacional *La revolución de julio*?

Para nosotros, y desde el punto de vista médico, de una manera muy singular, y que trae a nuestro ánimo la confusión y la duda para establecer un diagnóstico psiquiátrico que resultaría muy fácil limitándose a los relatos contemporáneos del suceso.

Galdós ya comienza por señalar en su obra que, aunque siempre creyera que el pueblo español amaba verdaderamente a su Reina, hasta aquel suceso no había visto clara la exaltación de ese cariño que raya en idolatría.

Refiérese después a las verdaderas enormidades que se publicaron en la *Gaceta* oficial con motivo del atentado y procedentes de todos los puntos de España.

Galdós, asombrado, como nosotros, sigue a estas consideraciones una especie de arenga a la majestad de Isabel II, significándola que tome en cuenta ese exaltado amor de sus súbditos para servirle como él merecía y sin tomarle a juego, son sus palabras, como las cabezas y las manos de las lujosas muñecas con que jugaba cuando niña.

Pero Galdós no se limita a la impresión de las lecturas contemporáneas del suceso, se adentra en un estudio analítico de la vida anterior del cura Merino, y seriamente, medítadamente, va subrayando su gran cultura, su exquisita formación estética, humanística, teológica y filosófica. El huracán de aventuras que constituyen la vida de Martín Merino hasta el momento del atentado, y sujetándose, en lo físico, al retrato instantáneo de Bravo Murillo, con el cual concuerda, pasa a desmenuzar todas las impresiones recogidas de cuantos por sus cargos gubernamentales o de justicia intervinieron en el breve proceso y acompañaron a Merino hasta el patíbulo del Campo de Guardias.

Las frases históricas recogidas por unos y otros; la actitud, verdaderamente excepcional y única en la historia de los regicidios; el asombro despertado en quienes hacen fe como el obispo Cascallana o el gobernador de Madrid, Melchor Ordóñez; todo cuanto no permite dudar de fidedigno, lo recoge Galdós, resultando de todo ello que no es fácil, ni muchísimo menos, encerrar la figura de Martín Lutero en un diagnóstico de paranoide.

Y así es, en efecto, porque no encontramos en él ese curso crónico de ideas delirantes, de persecución, de celo o de ambiciones injustificadas, porque todo cuanto arrastra a Merino al acto final de su existencia es objetivo y lógicamente deducido de los hechos e influencias que rodean su vida, y no parecen llevar más que a una determinación absurda, pero más de desesperado que de enfermo. No de otra manera cabe explicarse su actitud ante el espantable cuadro de su degradación como sacerdote. Función de justicia capaz de poner el pelo de punta al hombre más templado. No hay paranoide, creemos nosotros, capaz de sufrir con un estoicismo frío y convencido

la serie imponente de ceremonias de que va siendo objeto ante un público de autoridades eclesiásticas y de justicia y de curiosos admitidos, por mano y rito de un obispo revestido de pontifical, ante el sagrado altar de Jesucristo, y que una por una le va despojando de su altísima función sagrada. Ni es posible, después de esto, su actitud en capilla y su marcha al patíbulo y su serenidad asombrosa en los últimos momentos ante el verdugo.

Acaso los psiquiatras, por afición o especialidad, encuentren fácil el diagnóstico de paranoide para este regicida, por el hecho de que fué regicida; pero para nosotros, y creemos sinceramente que para don Benito Pérez Galdós, el cura Martín Merino no fué un paranoide, fué un circunstancial demente por desesperación estoica.

No es posible dudar de la gran preocupación que el tipo psicológico de Martín Merino originó en la mente de don Benito cuando, al escribir su episodio nacional *Las tormentas del 48*, ya situó al cura Merino, con motivo de la muerte de Antoñita la *Cordonera*, cuadro maravillosamente realista y lleno de la sentimentalidad de la época. Es entonces cuando Galdós saca a escena por primera vez la figura de Martín Merino, a quien va a buscar la bondadosa Margarita para que confiese y auxilie espiritualmente a la desdichada Antonia la *Cordonera* en sus últimas horas de vida.

Entonces le presenta Galdós, cruzándose en la escena con Aramis, el amigo calavera y aristócrata que es íntimo compañero de aventuras de José Fajardo. El señorito fino y distinguido saluda al clérigo; pero éste ni contesta, ni siquiera se *desteja*. Toda la escena hace suponer en Merino, en aquellos días escasamente anteriores en dos años a su atentado regicida, que Martín Merino

es un perfecto sacerdote, un santo sacerdote, culto latinista, algo extravagante; pero nada hace sospechar en él un paranoico, sino todo lo contrario. A lo largo de la conversación con Fajardo y su amigo Guillermo Aramis, todo cuanto dice el cura Merino es contrario a la sospecha de una idea delirante. Guillermo le recuerda su íntima amistad con José y con Salustiano Olózaga, y Merino se limita a confirmar dicha amistad y sus relaciones de coterráneos riojanos, los unos de Ocón y los otros de Arnedo; pero cuando se le habla de la posibilidad de que la próxima revolución *exaltada liberal* pueda proporcionarle un lugar eminente, una canonjía o prebenda que alivie su mala situación económica, Martín Lutero se manifiesta de modo totalmente contrario a un paranoico, no se dice perseguido ni relegado; se manifiesta resignado a su pobreza y sin creer en las grandezas de este mundo. Más tarde, cuando durante largas horas acompaña a Pepe Fajardo durante la agonía de Antonia la *Cordonera*, no se manifiesta más que como un perfecto sacerdote, y únicamente reconoce la imposibilidad de que Antonia se confiese en la agonía, limitándose a decir que más tarde se confesará *allá arriba*, y esto dará la paz a su alma.

Todo ello, las manifestaciones de cultura latina y la impresión general que Galdós recoge de sus informadores y documentos fidedignos, alejan de nosotros la idea de que Martín Merino fuese un paranoide y nos fortalece en el juicio que venimos manifestando en el presente comentario, pues no puede aceptarse una evolución psicopatológica en tan poco espacio de tiempo como media desde el invierno del 48 hasta febrero del 52, cuando pretendemos establecer un diagnóstico de paranoide.

PERFIL Y RECUERDO DE ANGEL GANIVET

por el

Doctor E. CONDE GARGOLLO

Una fecha nos trae otra más lejana; hoy recordamos aquel 29 de noviembre de 1898—casi al filo de medio siglo—, con la muerte trágica de Angel Ganivet, avivada por ciertos imperativos patológicos que habían de cortar la vida de este insigne polígrafo, sin alcanzar los treinta y tres años y en pleno pensamiento creador.

Para nosotros, la figura de este escritor debe tener una permanente estabilidad, no sólo por lo que su complejidad de pensador latino vale, sino porque es un hito fecundo en la última etapa del siglo XIX. Es mi deseo trazar sólo en estas breves líneas algunos apuntes al contorno aparente de la figura, representada por aquellas líneas que determinan la forma de su biotipo—figura y carácter—, de Angel Ganivet, en armonía con su pensamiento.

Nuestro estudio del biotipo va surgiendo a través de su propia obra, de las impresiones objetivas de sus amigos y coetáneos, y hasta nues-

tras fechas por la decantación del pensamiento y sensibilidad de la *generación del 98* (Maeztu, «Azorín», Unamuno), que viabilizaron y le pusieron en circulación, y, por último, las observaciones, juicios y deslindes que debemos a escritores como Fernández Almagro, Laín Entralgo y Antonio Espina, entre otros, que han tratado con acierto y pureza de contornear la vida y obra de este insigne granadino.

Bien sabido es que las modalidades morfológicas obedecen a las influencias endocrinas en cuanto a los factores endógenos; es, pues, acción plástica a la figura que llevamos, pero también es acción sobre el cerebro; es decir, sobre la vida del espíritu; en suma, la correlación psicofísica es evidente y terminante.

Las particularidades genotípicas que podemos admitir en Angel Ganivet son claras, y así la investigación de su individualidad nos lleva a precisar la herencia de psicosis endógenas, que de he-

cho han influido en la constitución del escritor, y cuya personalidad, por tanto, en parte está dada ya por la herencia y en parte se va creando por la adaptación de estos factores genéticos al medio ambiente.

Bien confirmada está la herencia psicopática en la rama paterna de Angel Ganivet al hallar un accendiente, persona bien conocida de los granadinos de su tiempo, y que lo fué por el expresivo de *Tío Cañivete el Loco*.

Dice Bumke que la constitución heredada no puede ser indiferente a la fijación y estructuración de cualquier psicosis; hay, pues, o existen condiciones biohereditarias representativas de una predisposición parcial en la vida de Angel Ganivet.

Ocasión saliente y aportación excelente hemos tenido para confirmar estos juicios sobre la predisposición psiquiátrica de Ganivet a través de la lectura del libro *Locos egregios*, del doctor Vallejo Nágera, obra llena de datos y observaciones afinadísimas, como dice Felipe Sassone en su prólogo. El comentario sobre la personalidad esquizoide de Ganivet se reconoce desde su juventud: es autista y propende a una vida introvertida; es ensimismado y tan divorciado del medio en que vive, que refiere a un amigo: «Créete que se me invierte la función de los sentidos, y me parece que veo y oigo hacia adentro, y me comunico con el mundo, como si fuera ciego y sordomudo.» Es, pues, bien característica la personalidad de su espíritu con sus manifestaciones de escisión o falla psíquica, pues junto a sus crisis antisociales vemos también en él una tendencia expansiva de su inteligencia, que busca la comunicación activa con otros espíritus: recordemos aquella tertulia admirable de la Cofradía del Ave llano, donde su verbo humanista, su fino y fecundo pensamiento inició un renacimiento en el movimiento literario granadino, brote fecundo que se deshizo en tristezas y vacío al morir Ganivet.

Personalidad, por consiguiente, complejísima, y donde el factor o tono neuropsíquico surge perturbado, va que todo trastorno de esta primitiva actividad vital se exterioriza en crisis de la personalidad, y tan manifiesta en esta enfermedad que se transmite hereditariamente y en elevada proporción y frecuencia en los varones.

Por las lecturas y estudios sobre la personalidad de Angel Ganivet, comentarios y juicios de sus amigos y coetáneos, llegamos a obtener datos muy precisos para alcanzar su biotipo y lograr establecer relación con su alteración psíquica.

Es verdad que algunas lecturas se encuentran dispares y, hasta en cierto punto, se contradicen en cuanto tratan de analizar los caracteres físicos con un sentido estético o una correlación psicológica. Para Nicolás María López, al hablar-nos de Angel Ganivet, dice que era feo, desagradable y disponía mal; «su cabellera, desordenada y abundante, dice el autor, es una pelambrera gitanesca»; tiene algo de cuerpo o «facha» desgarrado y movimientos aturdidos. Así, nosotros, ante este juicio de Nicolás María López, nos hace

pensar en un biotipo displásico, hirsuto, corpulento, etc.

El perfil que nos descubre Almagro San Martín lo estimamos tal vez más certero y limpio de pasión, dice: «...Grave y deslavazado, muy velloso, un tanto patizambo, algo encorvado, la cabeza enorme y greñuda...»

Sin embargo, otros coetáneos nos hablan de su encanto personal, y, entre ellos, busquemos a su amigo más íntimo, a Navarro Ledesma, que a través de nueve años de estrechísima convivencia, comunicación que fué epistolar, y que recoge lo más íntimo y lo más selecto del espíritu ganivetista. Recordemos algo de sus cuartillas, leídas por éste el año 1904, en el Ateneo de Madrid con motivo de la velada que se celebró para recordar el aniversario de la muerte de Angel Ganivet.

Dice Navarro Ledesma: «Su figura y semblante..., yo no sé cómo explicároslo... Sólo diré que la aventajada estatura, el imperio y prestancia del ademán, la energía de sus hombros producían, como alguien dijo, haciéndose cargo de la extraña y profunda impresión que producía Ganivet, que parecía un antropeide gigantesco. Rompía la armónica serenidad de su rostro, de frente unida, alta y serena, apenas combada, una mandíbula inferior, que surgía con insolente prognatismo, que mucho tiempo llevó más acusada por espesa sotabarba a la marinera y que daba a su semblante mayor testarudez.»

Centremos, pues, los juicios sobre su persona, donde, como vemos, puede vibrar el apasionamiento de la amistad, para aceptar que Ganivet no era tan feo y repulsivo como nos lo pinta López, ni tan atractivo como ha sido definido devotamente por Navarro Ledesma, atractivo que más estimamos refleja esa selección de la belleza espiritual, de expresión misteriosa y vaga, llena de una humanidad sin límites, más que a las posibles cualidades y partes meramente físicas. O bien quedarnos con ese otro Ganivet, de que nos habla Natalio Rivas, cuando, a los veinticuatro años, llegó a la corte desde Granada, y pudo ver en él un mozo moruno y taciturno, pero despejado y sabio, que acudía a la tertulia del café de Levante.

Aquí, en esta época que vive y siente Madrid, nace su espléndida labor de creación y máximo desarrollo con *Los trabajos de Pío Cid*; en esa obra es donde el autor puso sus mayores empeños, y aún parece reflejar páginas de su propia vida, donde lo imaginativo de la fábula se mezcla con la gracia y armonía de los hechos reales, vividos, que acaban en autobiografía; así, al describir la persona de Pío Cid desde el lado psicofísico, se justifica el biotipo, mejor dicho, su *alter ego*, de Angel Ganivet, y dice: «...Resaltaba con vigor la cabeza, más bien grande que pequeña, poblada de cabello muy oscuro, largo, que casi llegaba a los hombros, formando, juntamente con la espesa y descuidada barba, que le cubría parte del pecho, un marco, en el que se ocultaba parte del rostro. Sólo quedaba descubierta la frente anchísima, y debajo de las salientes órbitas, los ojos, penetrantes y duros, cuya mirada estaba sosteni-

da por la expresión punzante de la nariz, correcta, fina y afilada como una lezna.»

Después de meditar en las impresiones de sus amigos y descubrir, a través de su Pío Cid, el propio autorretrato, nuestro comentario a la personalidad física de Angel Ganivet es para estimar que éste no es indudablemente el arquetipo somático del patrón varón, ya que, desde luego, es un hombre de elevada talla, largo de brazos y piernas, cabeza grande, acusados pómulos, mandíbula inferior con marcado prognatismo, ancho de pecho y pelo espeso y crecido, todo ello corresponde certeramente a un biotipo de orden displásico acromegaloide que evoluciona, a nuestro juicio sobre una predisposición constitucional (constitución hiperpituitaria), adoptando la forma de la llamada acromegalia parcial o atenuada; a este orden de cosas, Marañón nos habla de acromegalias limitadas, por ejemplo, sólo de la mandíbula inferior.

Ante los caracteres somáticos de Angel Ganivet, nos encontramos con esas formas semejantes que constituyen para Strümpell el temperamento acromegálico, y para Pende el hiperpituitarismo constitucional, formas que son paso o tránsito hacia cuadros displásicos, más o menos acentuados, y que se manifiestan lentamente en el curso del crecimiento, ya que sabemos que este último está directamente dirigido por el sistema endocrino, y muy especialmente por la actividad del lóbulo anterior de la hipófisis. Llegamos, pues, a la conclusión de que nos hallamos ante una constitución morfológica con esquema displásico, donde el elemento predominante es el tono hiperhipofisario.

Ahora podemos fácilmente establecer la relación entre la personalidad mental y el tipo de estructura corporal, que antes hemos determinado, de Angel Ganivet. Es evidente que entre la disposición psíquica del esquizofrénico y la figura asténica y ciertos tipos displásicos existe una afinidad biológica inequívoca, ya expresada hace algún tiempo por Kretschmer, donde dice que la estructura física del sujeto guarda una relación con la enfermedad mental; así dice que ha observado treinta y cuatro casos en los biotipos displásicos.

Sin embargo, para algunos autores, entre ellos Wolf y otros endocrinólogos americanos, no se ha llegado a conclusiones definitivas a propósito de la relación que pueda existir entre la esquizofrenia y las glándulas endocrinas, a pesar de los esfuerzos planteados para establecer esta interrelación.

Con muchísima frecuencia el esquizofrénico presenta características corporales que pueden interpretarse como síntomas de alteración endocrina. Un considerable porcentaje de defectos estructurales ha sido registrado en las glándulas endocrinas de esquizofrénicos que han pasado por la autopsia, más de un 50 por 100 presentaban anomalías de la hipófisis y rasgos más o menos marcados de acromegalia.

La densidad introspectiva temperamental, las ideas y reacciones morales, el estado fundamental de ánimo y la sensación de perder el contacto del

mundo que en los últimos tiempos de su vida experimentó Angel Ganivet, se refleja como morbosos desorden espiritual, de percepción, de personalidad amenazada, que así le dice en esos párrafos a su íntimo amigo Navarro Ledesma, sin que se explique una razón a los motivos: «Tus tristezas no son tan angustiosas como las mías, que no tienen razón externa y que me las trago yo sólo», carta que le envía desde Helsingfors, donde el cargo de cónsul le deja bastante tiempo libre para dedicar a la lectura, y escribe mucho, pero también se ensimisma y aísla más del medio en que vive.

Y así, cuando llega a Madrid, de vuelta de Finlandia, en el año 1897—un año antes de su muerte física—, su personalidad psíquica había cambiado de un modo extraño, y dice Navarro Ledesma que muchos de sus amigos no le reconocieron.

Su forma de responder, fijar ideas, caminar y en su risa se advertía ya una completa disociación de su yo, roto y escindido respecto al mundo exterior, y sus propias sensaciones y estado fundamental de ánimo, carente de toda resonancia, frío y sin modulación afectiva, había, pues, en definitiva, penetrado en esa extraña sensación de perder el contacto con el mundo. Podríamos decir que el hombre físico había desaparecido, pero su espíritu proseguía fecundo e iluminado. En esta etapa de su vida es cuando Ganivet emprende su última obra literaria, el poema trágicosimbólico, escrito en verso, titulado *El escultor de su alma*, obra que, como dice uno de sus críticos, es pura tiniebla.

Si pretendemos profundizar algo desde nuestro punto de vista biológico en esta obra póstuma de Angel Ganivet, observaremos que el autor nos muestra su interior psicológico, su pensamiento atormentado por la dolencia, en verdaderos círculos profundos, que se estrechan más y más, purificados por su propia angustia e influida por su idiosincrasia intelectual y moral, que se percibe del más puro espíritu filosófico senequista, y que tanto influyó en toda su obra.

Fué en Riga cuando Angel Ganivet escribe *El escultor de su alma*, drama místico, y donde trata o desea dar con su producción nuevos rumbos al arte dramático, preocupado por la decadencia del teatro en los finales del siglo XIX. Y confía la obra a su amigo Seco de Lucena, entonces director de *El Defensor de Granada*, que fué recibida pocos días antes del suicidio de Ganivet. Algunos meses después, el 1 de marzo de 1899, se estrenaba en el teatro Isabel la Católica, de Granada, este drama místico, en tres actos—Fe, Amor, Muerte.

Fué un fervido homenaje necrológico; la armonía, la belleza y la valiente tentativa de la obra entusiasmó al público, obteniendo un éxito fuerte y sincero. Pasados algunos años, y por el Teatro de Arte, que dirigía en aquel tiempo «Alejandro Miquis», la obra fué representada el 30 de mayo de 1908 en el teatro de la Ciudad Lineal, de Madrid.

Es en esta época cuando Ganivet se siente do-

minado por la enfermedad. Crisis física, inquietud nerviosa, tristeza, pesimismo acentuado, que se refleja en *El escultor de su alma* desde los primeros momentos; aquel desprecio de todo lo terrenal, en boca de su personaje el escultor, Pedro Mártir, en aquella estrofa, que dice:

Mañana debo partir
al despuntar de la aurora.

Aquella inquietud y melancolía, que no reconoce causa externa y que parece reflejarse en:

Si supiera
adónde voy, no me fuera...
¿Saben dónde van las aves?
¡No! Se lanzan a volar
libres por el firmamento...

Desánimo, sobresalto y angustia espiritual en aquel momento final del primer auto, de la Fe:

Sin fe se puede vivir,
mas no se puede morir.
¡Y yo me estoy ya muriendo!

Ganivet, que tenía un fino espíritu observador y analítico, plasma, como hemos visto, su propia personalidad en sus dos principales personajes de sus obras—Pío Cid—, personalidad física, y—Pedro Mártir—personalidad psíquica, ya atenazada por la grave crisis de su esquizofrenia en víspera de su trágico fin, o sea en pleno brote agudo, destructivo de su personalidad; así el estado de obsesión de Pedro Mártir en:

Sigo a una fuerza imperiosa
que aquí en mi pecho se esconde
y me arrastra... no sé adónde...

Esta simbiosis afectiva de Angel Ganivet a su personaje Pedro Mártir, el escultor, es su propia personalidad psíquica frente a la vida y en lucha con el período agudísimo de su pensamiento esquizofrénico. Y así, en este símbolo, que es Pedro Mártir, protagonista, en quien Ganivet quiso encarnar el hombre natural y su propio sentir, permanece fiel a su propio creador, soñador, al fin, en su corta vida, oscilante entre el optimismo fugaz y ligero, a la tristeza y desesperación sin límites, donde su espíritu atribulado se refleja en los últimos versos de *El escultor de su alma*, fríos, trágicos, apretados, de un puro pensamiento calderoniano, y que responden a la terrible sinceridad de su pensamiento autístico:

...La muerte fría...
viene..., la muerte de piedra...
la siento entrar en el pecho...
La siento andar por las venas...
La siento apagar mis ojos...
La siento ligar mi lengua...

Y llegó su muerte trágica, envuelta en algo de predestinación misteriosa. Angel Ganivet, que, en sus más sutiles inclinaciones inconscientes, refleja siempre el amor al agua, felicidad que cifraba en sentirse junto a su fuente del Avellano o la fuente grande de Alfacar, en el agua tenía que morir al precipitarse en las tristes y heladas del caudaloso Dwina.

Madrid, noviembre de 1946.

RECORDANDO UN VIAJE POR ESPAÑA ⁽¹⁾

por el

Profesor ALDO CONTRUCCI

Reseñar en breves líneas un viaje de tres meses por España, casi no es posible. Más de veinte siglos de Historia han acumulado en la tierra hispánica un bagaje enorme de civilización que se muestra al viajero en tan variadas y múltiples facetas como acaso en ninguna otra nación del mundo.

Los distintos pueblos que en ese lapso histórico han habitado el suelo español dejaron en él, junto con huellas materiales imperecederas, hábitos, costumbres y tradiciones que contribuyen poderosamente a hacer de España uno de los países más interesantes.

Tan verídico es esto, que podemos observar, junto a las obras magníficas de los romanos y de los árabes, las primeras manifestaciones artísticas del hombre en las famosas pinturas de las cuevas de Altamira, cerca de Santander. Tuvimos la

oportunidad de visitarlas, y ante ellas nuestras mentes se esforzaban en vano por transportarse a la época paleolítica y penetrar en el espíritu creador de aquel primitivo artista.

Bien puede decirse que toda España es un inmenso museo. En ella el alma contempladora puede gustar de la visión más variada, de las más variadas épocas y culturas, ostentando con legítimo orgullo el sitio que le corresponde entre las naciones del mundo.

Para nosotros médicos, observadores de una España moderna que se recupera vigorosamente de los trastornos inherentes a tres años de una de las más crueles guerras civiles, de una España que durante los últimos años se ha encontrado en el centro de la hoguera mundial, son, sin duda, los problemas relacionados con la situación médicoasistencial los que han de despertar mayormente nuestro interés.

En este sentido, una de las mayores y más importantes preocupaciones es la reciente implantación de leyes de asistencia social. Ellas sólo

(1) Interesante relato escrito por el profesor Aldo Contrucci del viaje realizado por el sexto año de nuestra Escuela a la tierra hispánica.

cuentan con dos años de edad y han despertado gran interés, tanto en los círculos donde se aplican como en el gremio médico, que representa el verdadero ejecutor de los beneficios establecidos por dichas leyes. Se esperan grandes resultados, pero se aguarda también, por parte del gremio médico, con intranquilidad manifiesta y natural, un cierto trastorno en el ejercicio de la profesión.

La sanidad pública es, igualmente, una de las preocupaciones primordiales del Estado español. Ante problemas idénticos a los que nos ofrece el panorama de nuestra patria, España ha concentrado su atención en lograr el desarrollo de un organismo estatal, como la Dirección General de Sanidad Pública, que hemos visto trabajar con una perfecta organización y con una eficiencia verdaderamente encomiable. Sus valiosos servicios se extienden no sólo a las grandes ciudades y pueblos de cierta importancia, sino también a los más apartados rincones del país.

De todas las luchas, la que ha merecido una atención preferente es la dirigida contra la tuberculosis. En todas partes y cada día se multiplica más y más el número de dispensarios destinados al reconocimiento precoz de esta plaga social. Los sanatorios, con una capacidad actual de 20.000 camas, y los preventorios infantiles, de gran rendimiento, han recibido también los beneficios de las construcciones modernas.

Pero si ninguna enfermedad escapa al interés de la sanidad pública, tampoco edad o condición social alguna se encuentran desamparadas de ella.

El lactante, el niño, el escolar son constantemente vigilados por los organismos pertinentes en cada Instituto de Sanidad. Considerables esfuerzos se realizan por la prevención de las enfermedades mentales, pues cada Instituto de Sanidad, de los muchos que existen, dispone de los elementos necesarios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales incipientes.

España, aunque no cuenta con establecimientos hospitalarios de tipo altamente moderno, es decir, del sistema monoblock, dispone de muchos hospitales, todos ellos en muy buenas condiciones. Generalmente se encuentran instaladas en grandes edificios antiguos, a veces muy antiguos, pero de una disposición arquitectónica tal, que les permite llenar sus funciones casi en igual forma que los edificios modernos. Por otra parte, todos ellos están en muy buen estado de conservación y de limpieza; la pulcritud, el orden que en ellos se observa es envidiable; los enfermos cuentan con todo el confort necesario para complementarles una buena atención.

En las varias Facultades de Medicina que tuvimos oportunidad de visitar, pudimos observar el mismo estado de progreso que en el resto de las demás actividades nacionales. Acaso sean las instalaciones correspondientes a las cátedras de ciencias médicas básicas las que se hallan beneficiadas mayormente dentro del plan general de reforma y progreso en que se encuentra empeñada la Universidad.

Huelga recordar el afecto y la cordialidad con

que la Delegación chilena fué acogida en todas sus visitas; pero sí es menester destacar que este mismo afecto y esta misma cordialidad, verdaderamente fraternales, pudimos observarlas, tanto en las visitas oficiales como en las muchas que no tuvieran ese carácter y que se realizaron espontáneamente, sin previo aviso.

Nuestros ilustres amigos, los profesores Jiménez Díaz y Marañón, ambos miembros honorarios de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, se esmeraron en darnos todas las facilidades necesarias para el mejor aprovechamiento de nuestro viaje. Es así cómo el primero hizo un cursillo especial para la Delegación chilena. Pudimos, además, participar en las actividades ordinarias de su prestigiosa clínica, teniendo el honor de ocupar su cátedra para dictar en ella una lección clínica a los alumnos del curso, así como nuestro distinguido colega el profesor Urzúa tuvo ocasión de participar en las actividades de las clínicas quirúrgicas de los profesores Estella, Martín Lagos y otros.

Largo sería citar los numerosos servicios clínicos e instituciones de las más variadas especialidades que la Delegación pudo visitar, no sólo en Madrid, sino también en las muchas ciudades que recorrió.

Cuando el viaje llegó a su término, junto con el natural deseo de volver a Chile, algo quedaba en España para siempre: sentimientos de afecto y de admiración.

La generosidad del Gobierno español hizo posible, además, que varios componentes de la Delegación pudieran quedarse en España disfrutando de otras tantas becas.

Es sensible que nuestro país no pueda disponer de los medios necesarios para corresponder en parte a tantas atenciones recibidas. Hay interés por venir a Chile. Sería muy útil el poder establecer un verdadero y permanente intercambio que rompiera el actual estado de mutuo desconocimiento.

(Publicado en la *Revista de los Estudiantes de Medicina de Chile*. Agosto de 1946.)

≡ A N Á L I S I S ≡

de ORINAS, en comparación con la normal.

SANGRE, ESPUTOS, EXUDADOS, etc.

Dr. E. ORTEGA, sucesor del Dr. CALDERON

Análisis de aguas mineromedicinales, etc.

FUNDADO EN CARRETAS, 14, EN 1860

Carmen, 12 - MADRID - Teléf. 16388

(Aprobado por la Censura Sanitaria, núm. 4.218)

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 impublcables por su mal gusto u otras cualesquiera causas.

EN UNA CLASE DE HIGIENE

Por *Jerónimo Bautista*. Castro del Río (Córdoba).

No es rara coincidencia que la mayoría de las anécdotas que aparecen publicadas en las páginas de buen humor de nuestras revistas se refieran a episodios de la pretérita vida estudiantil. Es cosa lógica. El presente, el ejercicio profesional ofrece pocas amenidades (haber impagados, multipapeleo del Seguro, plétora, etc., etc.).

Nuestro pensamiento huye de tan hostil ambiente para buscar refugio en el dulce remanso de los recuerdos. Este, y no el aparente afán de darnosla de graciosos, es el motivo de evocar y referir los sucedidos que traemos a esta sección.

Cátedra de Higiene de la Facultad granadina hace algo más de tres lustros. Alumnos de Farmacia y Medicina asistimos a las magníficas disertaciones del profesor de la asignatura, tan obeso como exigente, sin excluir una agudeza de ingenio admirable, de la que daba frecuentes muestras.

Le pregunta a una señorita la composición del aire, y, un tanto azorada, contesta:

—Oxígeno, ácido carbónico, hidrógeno...

El profesor la interrumpe rápido:

—¡Por Dios, señorita; eso es una gaseosa!

DE MADRID A VELAZQUEZ, «UN TELEGRAMA»

Por *J. Vidal Prieto*. Torquemada (Palencia).

Punto de apoyo «bueno»

busca «palanca»

que titulares sueldo

consiga el alza.

Si obtiene resultado,

y esto muy pronto,

con que lo firme Blas,

punto redondo.

Esperando se quedan,

como usted ve,

que esto no sea una broma

los de A. P. D.

* * *

Envíense adhesiones

con rapidez

de Madrid a la calle

Velázquez, diez.

ABSOLUTAMENTE CIERTOS

Por *Manuel B. López*. Fuente de Cantos (Bardajoz).

Pasábamos la consulta con nuestro inolvidable maestro Nóvoa Santos en el Hospital de San Carlos con un grupo de alumnos en prácticas de Patología general. Previa explicación del profesor y repetida recomendación de que, al interrogar a los enfermos, no se usen términos técnicos, aun a sabiendas de que saben su significado, pasa un enfermo de setenta y tres años quejándose de retenciones de orina, con el martirio de las sondas y pérdidas de sangre. El profesor ordena a un alumno que le haga la historia clínica, y éste, un tanto nervioso, comienza a preguntar al anciano su nombre y apellidos, edad, etc., etc., y cuando habían terminado éstos y otros datos, señala y mira para los órganos genitales del enfermo, que ya los tenía descubiertos, y le pregunta en tono afectado:

—¿Usted micciona?

A lo que el viejo, con una fuerte expresión de picardía y guiñando un ojo, le contesta:

—Eso, amigo, hace ya varios años que no lo puedo hacer yo.

Examinaba de Quirúrgica nuestro nunca bien llorado Olivares. Se sienta en el banquillo un querido amigo completamente ajeno a la asignatura, que no había leído por... falta de tiempo. Saca bola.

—Obstrucción intestinal—fué cuanto dijo el examinando.

—¿No sabe usted nada de la obstrucción intestinal? Si lo sabe; lo que pasa es que no se acuerda. Haga memoria y tranquilícese.

El joven estudiante no da señales de hablar, y se le van poniendo las orejas y su fuerte cuello muy colorados.

Don Laureano, siempre tan bueno y con tanta paciencia, le dice:

—Le voy a hacer recordar, porque es un cólico muy conocido por el vulgo y que en todos sitios se le teme por su gravedad como ninguno otro; además, se le designa por un nombre: cólico... Vamos, hombre, dígalo, póngale el apellido. Es algo que cantan los curas en ciertas solemnidades religiosas a las que estoy seguro ha asistido usted muchas veces. Sí, ya lo recuerda usted; diga qué es eso que cantan los curas y cuyo nombre es el conocido por todo el mundo como propio del cólico que nos ocupa.

Y mi buen amigo, como el que, perdido meses y meses en la inmensidad del océano, divisa tierra, exclama, ya tranquilo y alegre:

—Sí, señor; sí, señor; ya recuerdo: el gorigori.

NECROLOGÍA

Ha fallecido don Honorio Riesgo y García.

El viernes 22 de los corrientes, y confortado con todos los auxilios espirituales, falleció el benemérito español don Honorio Riesgo y García, personalidad destacadísima en la vida social madrileña y significado propulsor de las industrias nacionales de especialidades medicofarmacéuticas.

Fué don Honorio Riesgo un ejemplo vivo de cuanto vale la constancia en el trabajo al servicio de una inteligencia noblemente dirigida hacia el bien de la patria.

En cuantas Empresas industriales animó don Honorio Riesgo, se impuso su figura como principal directivo.

No se negó, aunque nunca lo ambicionara, a tomar parte en los trabajos de la vida política, ocupando el puesto en las Cortes a que le llevara el voto sincero de los madrileños.

La España industrial ha perdido, con la muerte de don Honorio Riesgo, uno de sus más destacados representantes, y EL SIGLO MÉDICO se asocia cordialmente al duelo de sus hijos, doña Carmen y don Santiago, de sus demás parientes y de cuantos fueron colaboradores en la obra del finado.

FUNERALES EN MEMORIA DEL GENERAL GÓMEZ ULLA

**Los presidió el ministro de la Gobernación.
Descubrimiento de una lápida.**

A mediodía del sábado 23 se celebraron solemnes funerales en la iglesia de Nuestra Señora de la Concepción en memoria de don Mariano Gómez Ulla.

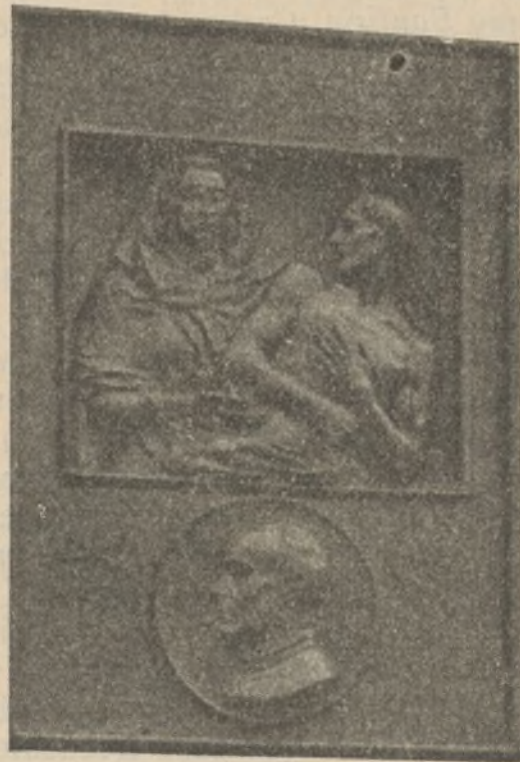
Ocupó la presidencia el ministro de la Gobernación, don Blas Pérez González. A su lado se sentaron el capitán general de la Región, teniente general Muñoz Grandes; director general de Sanidad, doctor Palanca; presidente del Consejo de Colegios Médicos, doctor González Bueno; director general de Seguridad; marqués de la Valdavia, en representación del alcalde; general Valero, subsecretario de Trabajo; don Víctor María Cortezo, jefe provincial de Sanidad, y otras personalidades.

Terminado el acto religioso, al que concurrieron, además, representaciones y delegaciones de todos los Cuerpos medicofarmacéuticos militares de Madrid, los asistentes al funeral se trasladaron a la avenida del Generalísimo, en cuya fachada del número 12 ha sido fijada la lápida con que el Consejo General de Colegios Médicos de España quiere perpetuar la memoria del que fué su presidente.

Ante la lápida, que es obra meritísima del señor Pérez Comendador, se situaron el presidente del

Consejo de Colegios Médicos, el director general de Sanidad; el marqués de la Valdavia, en representación del alcalde de Madrid; el presidente del Colegio de Madrid, y otras personalidades.

El doctor González Bueno pronunció breves palabras de elogio del finado y de exaltación de sus valores morales y científicos. Hizo hincapié en la devoción y espíritu de sacrificio del general



Lápida en recuerdo del Dr. Gómez Ulla

Gómez Ulla, y seguidamente ofreció al alcalde de Madrid, allí representado, la placa.

El marqués de la Valdavia pronunció también unas brevísimas palabras para agradecer el recuerdo que el Consejo de Colegios Médicos dedicaba al general Gómez Ulla, y afirmó, en nombre del Ayuntamiento madrileño, todo el reconocimiento de la capital hacia los esfuerzos y los trabajos que aquel hombre de ciencia realizó en provecho de tantos menesterosos y, sobre todo, durante la guerra de liberación en Madrid.

Por último, el director general de Sanidad, en representación del ministro de la Gobernación, agradeció al Consejo de Colegios Médicos la iniciativa que había tomado para perpetuar la memoria de Gómez Ulla.

Por el Consejo General de Colegios, de Practicantes asistió a los actos celebrados el Comité ejecutivo, integrado por el presidente, señor Córdoba; secretario, señor Benedicto, y redactor-jefe de la revista, señor Salas Sánchez.

EL DOCTOR BOSCH MARIN, EN LA ESCUELA SOCIAL

El director de la Obra Maternal e Infantil, del Instituto Nacional de Previsión, doctor Bosch Marín, y académico electo de la Real de Medicina, pronunció su anunciada conferencia sobre el tema

«La protección de la natalidad en España». En ella comenzó señalando la importancia del problema demográfico en todo el mundo y su repercusión en España. Estudió la evolución histórica del fenómeno demográfico español, las causas sociales que sobre él influyen, en especial la natalidad y mortalidad infantil.

Finalmente dió cuenta de las grandes conquistas sociales de España y especialmente la influencia de los seguros sociales sanitarios para el porvenir de España.

—o—

CONFERENCIAS DEL DOCTOR MARAÑÓN EN LA UNIVERSIDAD DE VALENCIA

En la pasada semana, y como lección inaugural de aula mediterránea en el curso conmemorativo del centenario de Cervantes, dictó una primorosa conferencia el profesor Marañón, desarrollando el tema «Un proceso ruidoso, el de Antonio Pérez».

Es sabido que el doctor Marañón ha hecho un profundo y dilatado estudio sobre este asunto, y que actualmente se edita en América una obra suya que será fundamental para documentarse en tan debatido tema.

La conferencia de Marañón ha sido, pues, una especie de resumen o comentario a su propia obra, regalando a los oyentes con las primicias de su trabajo, que en toda Europa y América se espera con verdadera impaciencia.

En la mañana del sábado, y en la Facultad de Ciencias valenciana, el profesor Marañón dió una lección científica acerca de las «Febrículas de origen nervioso» ante una gran concurrencia de médicos y estudiantes, que aplaudieron al ilustre maestro.

—o—

PREMIOS EXTRAORDINARIOS DEL DOCTORADO Y LICENCIATURA

El premio extraordinario del doctorado en Cirugía se adjudicó en Barcelona al doctor don Joaquín Cabot y Boix, del Servicio de Traumatología que regenta en el Hospital Clínico el doctor Piu-lachs.

El premio extraordinario de licenciatura ha sido concedido por unanimidad a don Antonio Salces Blesa, profesor adjunto de la Facultad de Medicina y médico del Hospital Provincial de Madrid.

—o—

PREMIOS DEL AÑO

El doctor Mariano Alvarez Coca, del Servicio del profesor Marañón, ha obtenido por unanimidad el premio extraordinario del doctorado de la Sección de Medicina.

La ficha académica del señor Alvarez Coca es la siguiente: 30 matriculas de honor en el expediente académico, premio extraordinario de la Licenciatura; premio Francisco Franco, de la Universidad de Valladolid; premio nacional de Medicina de Fin de Carrera, número 1 en las oposiciones a ingreso en el Cuerpo de Sanidad Militar, jefe

clínico por oposición de Endocrinología y Nutrición del Hospital General de Madrid.

El doctor Rafael Vela Guillén ha obtenido el premio extraordinario de Licenciatura de Medicina, y el doctor José María López Porrúa, el premio extraordinario de Licenciatura de Cirugía.

—o—

PREMIO EXTRAORDINARIO DEL DOCTORADO EN CIRUGIA

Tras brillantes ejercicios le ha sido otorgado por unanimidad el premio extraordinario del doctorado en Cirugía al doctor don Juan Antonio Campillo, de Valencia, a quien felicitamos por su justificado triunfo.

El benzoato sódico en la terapéutica actual

Conocidas desde muy antiguo las propiedades terapéuticas del benzoato sódico en las enfermedades del aparato respiratorio, su empleo por vía endovenosa es reciente, pues apenas hace más de doce años que Bazzano introdujo el empleo del benzoato sódico en solución, inyectando por vía venosa para aprovechar las virtudes del fármaco como cicatrizante.

Observadas algo más tarde las influencias que por su franca acción antiexudativa y desecante ejercía el benzoato sódico en solución, aplicado por vía endovenosa, en las afecciones pulmonares, comenzó a emplearse específicamente en tal sentido por el año 1935.

A partir de esa época, y dadas sus evidentes ventajas en la terapia bronquiopulmonar, se ha empleado en gran escala por autoridades médicas extranjeras, de las que recordamos los estudios de Angeleri y Magnani y Gavazzeni en 1935.

Al año siguiente, 1936, aparecen trabajos sobre el tema de Bazzano y Paùelli, Cuaranta, Américo Valerio, Goldkorn y Bielenki. En 1937, Carles y Massière, Grimaldi, Molinari e Imperio y Trobeccta estudian los efectos del benzoato sódico intravenoso en diversas afecciones pulmonares. En 1938, Pastor y Bence lo estudian en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar, y hasta nuestros días algunas distinguidos profesores españoles, entre ellos el doctor Salvador Almansa de Cara, han venido publicando los resultados del empleo de este método terapéutico.

De toda la literatura científica recogida, y de las experiencias personales, se ha deducido la necesidad de un buen preparado de benzoato sódico en solución de agua bidestilada al 10 por 100 en dosis de 10 c. c. como forma la más práctica de aplicación, aun cuando las experiencias responden a un poder de aumento de la dosis hasta el 20 por 100 de concentración sin accidente tóxico alguno.

La inyección intravenosa de benzoato sódico al 10 por 100 en cantidad de 100 c. c., equivalente a un gramo de medicamento, no produce trastorno alguno con tal de que la administración sea hecha correctamente, en forma lenta y mezclando la sangre y la solución de benzoato con impulsos suaves del émbolo de la jeringa.

Cuando la inyección se hace con rapidez excesiva produce, en algunos casos, sensación de sofoco, angustia pasajera y a veces calambre gástrico. Estos accidentes no pasan nunca de la levedad, de molestias, y desaparecen con rapidez y son completamente evitables.

La eliminación del benzoato sódico que se administra por vía endovenosa, se hace copiosamente por el árbol respiratorio, cuya secreción fluidifica y aumenta en un principio por la excitación que provoca sobre las glándulas de la mucosa de revestimiento, y porque la alcalinidad facilita la solución de la mucina.

El enfermo advierte la eliminación del producto por cierto cosquilleo en la nariz y picazón en la garganta, así como una percepción olfativa y gustatoria comparable al de una resina o agua de tocador de débil perfume.

Estas sensaciones subjetivas son la mejor señal de que se ha logrado alcanzar dosis suficiente, y demuestra también el tropismo del fármaco por las vías respiratorias, por donde se exhala el ácido benzoico.

La acción terapéutica es balsámica, desecante, antiexudativa, antiséptica, antipútrida, antitóxica y antifermentativa. Facilita, además, la expectoración y suprime el estímulo continuo de la tos, evitando la estancación de los productos exudativos en el árbol respiratorio y su descomposición consiguiente.

Es indudable que su empleo por vía endovenosa ha logrado multiplicar de forma sorprendente los efectos terapéuticos del benzoato sódico.

La experiencia de empleo del ácido benzoico por vía endovenosa en forma de benzoato sódico ha dilatado su utilidad a otros fines diagnósticos y terapéuticos de los que venía empleándose.

Para la prueba del ácido hipúrico, propuesta por Quick y Cooper en el estudio de la función hepática, se viene empleando con sin iguales resultados, puesto que el hígado sintetiza el ácido hipúrico a expensas del ácido benzoico.

En la moderna terapéutica ha alcanzado su empleo crédito y consumo cada vez mayores en todas las aplicaciones de la penicilina.

Se ha demostrado que el benzoato sódico que se administra se elimina por vía renal en forma de ácido hipúrico, y que éste, mientras dura su eliminación, no permite la excreción renal de la penicilina, elevando así el nivel de ella en la sangre y consiguiendo, por tanto, una eficacia infinitamente mayor con dosis infinitamente más pequeñas de penicilina.

Los estudios referentes a estos resultados de asociación con la penicilina pueden consultarse en los trabajos de:

Bronnenbrenner y Favour. *Science*, 101, 673. 1945.

Soo-Hoo y Schnytzer, *Arch. Biochem.*, 5, 99. 1944.

Vega Díaz, *Med. Clín.*, 6, 203. 1946.

La necesidad de poner fácilmente en manos de los médicos un preparado correcto de la solución de benzoato sódico para su empleo por vía endovenosa en terapéutica es la que decide la presen-

tación del producto asthicol, elaborado en los laboratorios de Gustavo Reder, S. A., según las indicaciones del doctor don Francisco Javier Cortezo-Collantes, y el control farmacéutico del doctor don Adriano Panadero Marugán.

Asthicol está, en resumen, preparado a base de ácido benzoico, del que se deriva, mediante un procedimiento especial, el benzoato sódico purísimo que, en solución al 10 por 100 en agua bidestilada, se envasa en ampollas de 10 c. c., que es la forma comercial con que se presenta Asthicol.

SECCION OFICIAL

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD.—Circular por la que se señala fecha para la prueba de aptitud para la provisión de plazas de Alumnas instructoras de Sanidad.

Se hace público para conocimiento de las aspirantes admitidas a prueba de aptitud, convocada en 16 de mayo último, para proveer plazas de Alumnas instructoras de Sanidad de un curso a seguir en la Escuela-residencia de Enfermeras Visitadoras, que la referida prueba de aptitud dará comienzo el día 9 de diciembre próximo, a las seis de la tarde, en los locales de la Escuela Nacional de Puericultura (Ferraz, 60).

Madrid, 21 de noviembre de 1946.—El Director general, José A. Palanca.

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

ORDEN de 24 de octubre de 1946 por la que se nombra, en virtud de oposición, Catedrático numerario de Universidad a don José Gómez Orbaneja.

Ilmo. Sr.: En virtud de oposición,

Este Ministerio ha resuelto nombrar a don José Gómez Orbaneja Catedrático numerario de Dermatología y Venereología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid, con el haber anual de entrada de 12.000 pesetas y demás ventajas que le conceden las disposiciones vigentes.

Lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos. Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 24 de octubre de 1946.—Ibáñez Martín.

Ilmo. Sr. Director general de Enseñanza Universitaria.

ORDEN de 24 de octubre de 1946 por la que se nombra, en virtud de oposición, Catedrático numerario de Universidad a don Luis Azúa Docho.

Ilmo. Sr.: En virtud de oposición,

Este Ministerio ha resuelto nombrar a don Luis Azúa Docho Catedrático numerario de Dermatología y Venereología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza, con el haber anual de entrada de 12.000 pesetas y demás ventajas que le conceden las disposiciones vigentes.

Lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos. Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 24 de octubre de 1946.—Ibáñez Martín.

Ilmo. Sr. Director general de Enseñanza Universitaria.

ANEMIAS · DESNUTRICIÓN · CARENCIAS

hepal



FABRICA ESPAÑOLA DE PRODUCTOS
QUÍMICOS Y FARMACÉUTICOS
MADRID

TELF. 55386 · APARTADO 9030

JARABE

INYECTABLE

PRINCIPIO ANTIANÉMICO Y COMPLEJO VITAMÍNICO B
DEL HÍGADO, CON HIERRO Y COBRE

Primer producto totalmente nacional
obtenido por métodos propios en nuestra
Fábrica, a partir de los hígados frescos de vacuno

ADMINISTRACIÓN CÓMODA · ACCIÓN TERAPÉUTICA
RAPIDA · MÁXIMA EFICACIA · ECONOMÍA



Fco NAVACERRADA 62

TIROIDES

LEO



En tabletas biológica-
mente estandariza-
das y valoradas de
manera que cada
tableta:

Actividad
terapéutica
siempre
constante.

N.º 1 equivale a 0,1 mg. de tiroxina
N.º 2 — 0,2 — —
N.º 4 — 0,4 — —

Conservación
indefinida.



COMERCIAL IBERO DANESA S.A.
LABORATORIO LEOBYL

Apartado 439 - MADRID

Sarriá, 7 - BARCELONA

UN PRODUCTO ESPAÑOL

Modernas aplicaciones del ASTHICOL

La experiencia de los diez años de empleo de este producto, selecta preparación del ácido benzoico para su empleo por vía endovenosa en forma de benzoato sódico, ha dilatado su utilidad a otros fines diagnósticos y terapéuticos de los que venía empleándose.

Para la prueba del ácido hipúrico, propuesta por Quick y Cooper en el estudio de la función hepática, se viene empleando el ASTHICOL con sin iguales resultados, puesto que el hígado sintetiza el ácido hipúrico a expensas del ácido benzoico.

EN LA MODERNA TERAPEUTICA ha alcanzado el empleo del ASTHICOL crédito y consumo cada vez mayores en todas las aplicaciones de la PENICILINA.

Se ha demostrado que el benzoato sódico que se administra en el ASTHICOL se elimina por vía renal en forma de ácido hipúrico, y que éste, mientras dura su eliminación, no permite la excreción renal de la PENICILINA, elevando así el nivel de ella en la sangre y consiguiendo, por tanto, una eficacia infinitamente mayor con dosis infinitamente más pequeñas de PENICILINA.

Los estudios referentes a estos resultados de la asociación del ASTHICOL con la PENICILINA pueden consultarse en los trabajos de:

BRONNENBRENNER y FAVOUR: *Science*, 101, 673. 1945.

SOO-HOO y SCHNYTZER: *Arch. Biochem.*, 5, 99. 1944.

VEGA DIAZ: *Med. Clén.*, 6, 203. 1946.

Diez inyecciones endovenosas de

ASTHICOL

es un tratamiento preventivo, eficaz contra el coriza y los catarros bronquio-pulmonares.

ASTHICOL es un producto según fórmula del Dr. Cortezo para administrar el BENZOATO SÓDICO purísimo en forma directa y eficiente.

Preventivo - Eficaz - Cicatrizante - Antipútrido

Pedidos a López de Hoyos, II. - Madrid :: Depósitos generales del ASTHICOL

Casa Cárcaba. Oviedo. - Centro Farmacéutico Asturiano. Oviedo. - Centro Farmacéutico Nacional. Madrid. - Centro Farmacéutico, S. A. Alicante. - Centro Farmacéutico Salmantino. Salamanca. - Centro Farmacéutico Valenciano. Valencia. - Centro Farmacéutico Vizcaíno. Bilbao. - Ceñal y Zaloña. Oviedo. - Comercial Farmacéutica Castellana. Burgos. - Cooperativa Farmacéutica Gallega. Coruña. - Cooperativa Farmacéutica Leonesa. León. - Durán, S. en C. Madrid. - Sociedad Anónima Farmacéutica Aragonesa. Zaragoza. - Honorio Riesgo. Madrid. - Matarredona Hermanos. Albacete. - Farmacia Oyarzábal. Beasaín (Guipúzcoa). - Unión Farmacéutica Levantina, S. A. Valencia. - Juan Martín. Madrid. - Y PRINCIPALES FARMACIAS DE MADRID Y PROVINCIAS

(Aprobado por lo Censura Sanitaria núm. 4.808.)

Ayuntamiento de Madrid