

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

Núm. 4.296.—Tomo 97

AÑO OCHENTA Y TRES

11 Abril 1936



SOLUCIÓN FUMOZE

Clorato de Magnesia
al décimo

CORIZA

Una cucharada de las de café en medio vaso de agua, al empezar cada comida.

(Deshidratación rápida de la mucosa nasal)

NEOPLASMAS

Dos cucharadas de las de postres por día, en dos veces.

(Muestra y Litteratura sobre pedido)

ETABLISSEMENTS FUMOZE, 78, Faubourg Saint-Denis, PARIS

Hygiene de la Mujer

POUDRE CHAUMEL

(Polvos Chaumel)

DESCONGESTIONANTE
ANTISÉPTICA
SUAVIZANTE



Etablissements FUMOZE
78, Faubourg St-Denis, Paris

PRIMERA DENTICIÓN

JARABE DELABARRE

Facilita la Salida de los Dientes

Calma los Dolores del Niño

Evita los Accidentes de Dentición

En suaves Fricciones
en las Encías

Establecimientos FUMOZE
78, Faubourg Saint-Denis, Paris



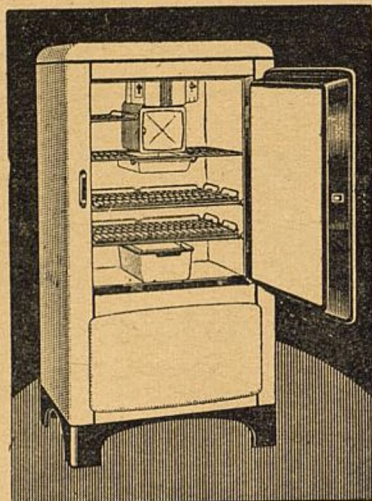
Representante en España, DANIEL ROBERT, Claris, 72.—Barcelona.

Ayuntamiento de Madrid

NEVERAS ELECTRICAS

Warner

presenta los modelos 1935



© Las de
más garantía
más capacidad
más rendimiento

© Las de
menos coste
menos consumo
menos desgaste

EL FRIO GLACIAL
AL SERVICIO DEL
HOGAR CON UNA
NEVERA
ELECTRICA

Warner

DISTRIBUIDORES EXCLUSIVOS PARA ESPAÑA:

VIVO, VIDAL Y BALASCH - Ingenieros

MADRID BARCELONA BILBAO VALENCIA
P. Recoletos, 14 Cortes, 589 Los Heros, 32 Pizarro, 14

TRATAMIENTO EFICAZ

REUMATISMO
YODOVISAL

Salicilato sosa
YODURO potasa

Muestras y literatura:

D. FENOLLOSA
PAZ, 26 VALENCIA

ESQUIZOFRENIA
MANGAN - ARSENILO
Cacodilato de man-
ganeso - Cacodilato
de sosa

ALMORRANAS



Producto español a base Hamam-virg.^a Esculus hippocast,
novocaína, anestésina, etc. Cura HEMORROIDES internas,
externas, sangrantes y padecimientos del recto. Tubo con
cánula, 3,60 pesetas; correo, 4,10. De venta en farmacias.

TRATE LA TUBERCULOSIS

SEGÚN EL

PROF. DR. FRIEDMANN

REPRESENTANTE:

HOFFMANN.-MENÉNDEZ PELAYO, 27.-MADRID

DERMATOSIS INFANTILES

desaparecen rápidamente con

DEPURATIVO INFANTIL CABALLERO

de sabor agradabilísimo.

PASTA POROSA CABALLERO (Dermatosis rezumantes).

De venta en todas las Farmacias. Pídanse muestras al Laboratorio de Productos Dermatológicos
J. Caballero Roig. Apartado 710.—BARCELONA

PARA LAS ENFERMEDADES NERVIOSAS ELIXIR POLIBROMURADO AMARGÓS

BROMURANTINE (Nombre registrado)

Calma, regulariza y fortifica los nervios

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

cando la protección de la metrópoli, sin olvidarse de una autodefensa espontánea a la sombra de los atisbos y facultades de gobierno que en determinados asuntos poseían. Este es el punto de partida del que ha de arrancar la tesis que sustentamos, según el cual, la América española, por un mecanismo instintivo, tomó y llevó a la práctica iniciativas propias para beneficiarse del invento centífico, con independencia de las gestiones que España realizaba, para regalarla las excelencias de la vacunación, tan sonada y tan victoriosa desde sus primeras aplicaciones.

De este cruzamiento de medidas profilácticas, con su doble origen peninsular y ultramarino, se forja la gran página histórica, que nuestra nación puede ofrecer a la consideración del mundo internacional moderno, demostrando cómo se preocupó por llevar a sus antiguos dominios el espíritu y la práctica de la vacunación antivariólica apenas germinó en sus lares, y, de otra parte, cuál fué el instrumento preferente de actuación de que se valieron en los virreinos para desarrollarla en sus comienzos febriles de intensa emoción. De lo uno brota por entero la famosa y nunca bien ponderada expedición marítima de Balmis, que la historia ha consagrado como uno de los acontecimientos científicos más felices que puede ostentar. De lo otro asoma *un nuevo esfuerzo parejo*, con suficiente coherencia para poder ofrecerse, con magnitud y merecimientos similares, a los de aquella expedición marítima que en tiempos de Carlos IV hizo rumbo hacia la América española, llevando el fluido vacuno a impulsos de un fervor encomiástico imperecedero.

De la expedición marítima de Balmis todos los historiadores de la Medicina española, tanto antiguos (Hernández Morejón, Chinchilla), como modernos (Comenge, García del Real), acogen en sus páginas la epopeya. No ha pasado desapercibida tampoco en el mundo naval, pues Fernández Duro no la olvida y, mirando hacia fuera, contamos con las palabras enaltecedoras de Humboldt, entre otros. La *Gaceta de Madrid*, que fué recogiendo las andanzas primarias de la introducción de la

Prioridad de los Médicos de la Armada en la introducción y propagación de la vacuna antivariólica en la América española

(Investigación histórica presentada en el X Congreso
Internacional de Historia de la Medicina.)

Dr. SALVADOR CLAVIJO Y CLAVIJO

Teniente Coronel Médico Naval.

Historiador del Cuerpo de Sanidad de la Armada.

Premio Extraordinario por oposición de la Facultad de Madrid.

Premio de las Fundaciones "ECHAUX" y "ÁLVARO DE BAZÁN"
del Ministerio de Marina.

De varias Academias y Sociedades Médicas,
por méritos científicos



MADRID
1 9 3 6

de su desarrollo, todas ellas se precipitaron a llevar la vacuna a sus dominios coloniales. Y así Inglaterra la remite a Malta y a América del Norte; Francia deja sentirla hasta en su Isla de La Reunión; Holanda la patrocina en pro de sus Islas de Java y Sumatra; Portugal la encamina hacia el Brasil, etc.

En España, tanto o más que en las demás naciones, se sintió en grado agudo esa misma necesidad de arbitrar medios para introducir la vacuna en aquellos sus dominios transatlánticos, que eran mirados como tierra hermana, como una prolongación de sus intereses genuinos, convertidos en la propia patria. Además, la experiencia abundosa de anteriores siglos había dicho a todos lo que significaba la endemia variólica, asentada con vínculos indestructibles a partir de la primera epidemia aterradora que sufrieron los habitantes de Zempoala (Méjico), a consecuencia del contagio provocado por el negrito del general español Pánfilo Narváez, cuando pasó éste a aquel territorio, al preparar su ofensiva contra Hernán-Cortés. A partir de este aviso mortífero, que llevó la enfermedad a 600.000 indios, como nos dice Villalba en su *Epidemiología*, en toda la América anidó la afección, por sus poblados y ciudades, fértiles hacia el contagio, ya que ofrecían a éste la virginidad de unas carnes propicias al mismo. De la misma forma, el comercio de los holandeses determinó la aclimatación de la viruela a las Indias Orientales y, paulatinamente, la germinación mundial.

Desde dichos tiempos lejanos, los países de la América española tuvieron que padecer en etapas más o menos virulentas una mortalidad crecida, hasta el punto de que a esta causa principalísima se achaca modernamente *el vaciamiento humano de las regiones coloniales*, con la consiguiente disminución de la población aborigen, llevada a momentos de verdadera desolación en ciertos territorios.

Esta experiencia vivida explica cómo en los virreinos de América, al llegarles la certidumbre del descubrimiento de Jenner, *se reaccionase por cuenta propia*, bus-

TERTULIA MEDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

AMENIDADES

11-IV-1936

La correspondencia de esta sección deberá dirigirse al señor Director con advertencia expresa de su destino, TERTULIA MEDICA, y la publicidad, a la Administración, Apartado 121 Madrid.

Los Maestros de la Ciencia

IVÁN PAVLOV

(1849-1936.)

El más ilustre de los sabios rusos, uno de los más grandes fisiólogos modernos, que resistió el año pasado una pulmonía doble, ha sucumbido últimamente a causa de un ataque de gripe, a la edad de ochenta y siete años. Pavlov unía, a una extraordinaria fortaleza física, una gran facultad de trabajo y un poder intelectual muy poco común.

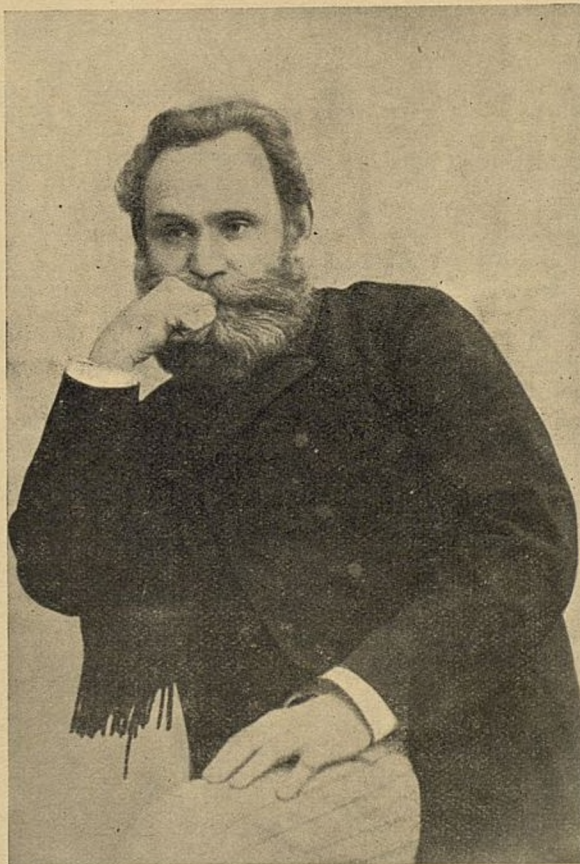
Hijo de «pope», cursó sus estudios en un seminario, pero su espíritu se inclinaba más bien al estudio de la naturaleza. En 1870 entró en la Facultad de Ciencias de la Universidad de San Petersburgo. En 1874 publicó, siendo todavía estudiante, su primer trabajo sobre la inervación de las glándulas digestivas, que fué premiado con la medalla de oro. Durante más de sesenta años, al mismo tiempo que trataba con éxito otras materias, no dejó de ocuparse de la fisiología de la digestión, lo que le permitió, estudiando los fenómenos nerviosos que se pueden observar o provocar, renovar la fisiología del cerebro y asociarla a la Psicología.

Laureado con el premio Nóbel en 1904, Pavlov no era solamente un observador y un pensador, sino un cirujano eminente. Se había dado cuenta de los trastornos que producen en las experiencias fisiológicas la anestesia o los dolores causados por la operación, si se tiene la crueldad de renunciar a aquélla, y se ingenió para practicar operaciones indoloras.

Esto le permitió profundizar la cuestión de la «salivación psíquica»: la secreción de la saliva puede ser

provocada, no sólo por la vista u olor de los alimentos, sino también por cualquier sensación ligada a ellos. Por ejemplo, si durante varios días seguidos se toca un timbre antes de llevarle su comida a un perro, bastará que suene el timbre para que la saliva sea segregada en abundancia.

Esto era pasar de la fisiología del estómago a la del cerebro. Generalizando la noción del «reflejo condicio-



El gran fisiólogo ruso Juan Pedro Pavlov, recientemente fallecido.

nado», que había demostrado en el orden de la digestión, Pavlov comprobó que si los «reflejos absolutos» primitivos, inmutables (como retirar la mano cuando se toca un objeto que quema) están localizados en la parte inferior del sistema nervioso central, todo el funcionamiento de la

Gardan
contra la Gripe

parte superior de los centros nerviosos consiste en una infinidad de reflejos condicionados que se establecen, se modifican o se pierden según las influencias del ambiente y las circunstancias de la vida: el instinto, las costumbres, no son más que el juego de los reflejos condicionados.

Pavlov demostró, además, que toda excitación (contacto, presión, pinchazo, calor, frío, luz, sonido, contracción del corazón o del tubo digestivo, etc.), recibida en un punto determinado del cerebro irradia o despierta una resistencia (inhibición o inducción negativa). La intensidad y la repetición de la excitación producen, según la naturaleza, un resultado positivo o negativo, fuerte o débil.

El reflejo condicionado no es más que la elaboración del reflejo absoluto bajo una forma más compleja y más variable en las partes más diferenciadas del sistema nervioso.

En el hombre se completa con un mecanismo suplementario, localizado probablemente en los lóbulos frontales del cerebro y debido a la palabra. La sensación que acompaña al reflejo es un signo concreto

de la realidad; la palabra es el signo de un signo, una abstracción de la realidad que permite la generalización, y, por consiguiente, el pensamiento, empírico primero, científico después, instrumento de la orientación del hombre en el mundo exterior y en su mundo interior.

FIMONAL



VIAS
RESPIRATORIAS

La fantasía pura, el ensueño, los estados crepusculares de los histéricos apartan temporalmente este mecanismo suplementario. En el estado normal, no obstante, es el que refrena nuestros instintos, es decir,

SOPA DE AGRIMAX

Sopa de "Babeurre"
Leche parcialmente descremada y acidificada
— con la adición de Hidratos de carbono —
Fábrica y Laboratorio de Productos Dietéticos
MAX F. BERLOWITZ
Apartado 595 Madrid

nuestros reflejos condicionados. Aquí se ve cómo el pensamiento de Pavlov, que procede de un punto diametralmente opuesto, se une a las concepciones de Freud.

Pero el maestro ruso no se contentó con esta síntesis tan vasta. Realizando simultáneamente un análisis profundo del animal y del hombre, comprobó la existencia de cuatro tipos: el primero se caracteriza por una fuerte respuesta a las excitaciones, con débil inhibición, es decir, poca resistencia a la reacción violenta. En este tipo están comprendidos los desenfundados, los agresivos y los coléricos. El segundo realiza el equilibrio entre la respuesta a las excitaciones y la inhibición en una fuerza tranquila y flemática. El tercero comprende el mismo equilibrio, pero con la vivacidad, movilidad y maleabilidad que se adapta siempre. El cuarto tipo, de débiles reacciones, está dominado por la inhibición, y agrupa a los miedosos, los inquietos y los melancólicos. Entre los perros que pertenecen a esta categoría se encuentran neurópatas perfectos, que presentan, como los hombres que sufren de la misma neurosis, estereotipia, negativismo y alternativas circulares de euforia y depresión.

Estos trabajos, que han proyecta-

CALCINHEMOL ALCUBERRO

Poderoso antianémico
ALCALA, 88. — MADRID

do una luz considerable sobre los trastornos nerviosos y mentales, confirman y completan los datos de biotipología renovada de Hipócrates, que estudia no sólo los caracteres y los temperamentos, sino también la «fórmula individual» física, mental y moral de cada ser. Se sabe que esta ciencia está en vías de modificar la concepción y la práctica que hasta ahora teníamos de la Medicina, de la Fisiología aplicada, de la educación, de la orientación y selección profesionales, del régimen de trabajo y del régimen penitenciario.

A la entrada del dominio de Koltouchi, cerca de Leningrado, donde el Gobierno soviético ha edificado un

Instituto de investigaciones sin par en el mundo, por la generosa dotación de que dispone, se alza la coqueta casa de campo donde Pavlov vivió con su familia y concibió su obra. Allí podemos admirar un busto de Descartes, homenaje del sabio ruso al precursor francés de la teoría de los reflejos condicionados. En efecto, es de inspiración cartesiana esta nueva etapa del pensamiento humano, que, asociando el objetivo al subjetivo, combinando la Fisiología a la Psicología, resuelve armoniosamente las oposiciones que la ciencia y la Filología habían erigido en dogma, porque hasta nuestros días no habían podido conciliarlas. Esta nueva etapa es la obra inmortal de Pavlov.

Los orígenes de la anestesia quirúrgica

POR EL
Dr. A. GOTTSCHALK
(ADAPTACION DE J. H. S.)

La «química de operar sin dolor», como decía Velpeau en su *Tratado de Medicina operatoria*, del año 1839, ha llamado siempre la atención de los cirujanos. Si bien los grandes operadores de la época de la epepe-

CARABAÑA: el mejor purgante

ya imperial, al igual que sus antepasados del siglo XVIII, renunciaron prácticamente a este método, que consideraban utópico, no hicieron igual sus antecesores de la Edad Media y de la Antigüedad.

Los asirios, para practicar la circuncisión, creaban una especie de anemia de los centros nerviosos, comprimiendo la región cervical «al liar las arterias que están alrededor del cuello». Dioscórides, después de haber citado la piedra de Menfis desleída en vinagre como agente de insensibilización (posible acción del ácido carbónico desprendido), alaba sobre todo la acción soporífera del jugo de la mandrágora.

En Oriente y en Extremo Oriente son utilizadas para el mismo objeto las propiedades enervantes del cáñamo indio.

En Judea se daba a menudo a los condenados a suplicio vino mezcla-

do con esencias de mirra y de otras resinas para que perdiesen el sentido del dolor. San Marcos ¿no refiere que se diera vino adicionado de mirra a Jesús crucificado?

En la Edad Media, los acusados a

ION-CALCINA PALLARES

A base de Cloruro de Calcio
Frasco e inyectables

los cuales se sometía a torturas tomaban preparaciones a base de solanáceas para resistir los sufrimientos. La palabra solanáceas ¿no viene de la palabra «solari», consolar? Se puede suponer que los cirujanos usasen procedimientos análogos.

Guy de Chauliac aconseja hacer inhalar en el curso de la operación los vapores desprendidos por una esponja embebida de jugos de plantas estupefacientes; no reivindica, por otra parte, esta invención, y la atribuye a su maestro Théodoric. Se puede leer, en efecto, en la edición francesa de sus obras—*Le Guidon en francoys*, Jehan Canappe, Lyon, 1538—: «Pero ninguno, como Teodoric, les daba medicinas adormitivas que los entregasen al sueño, a fin de que no sintiesen la incisión; eran éstas opio, mandrágora y otras; las ponían dentro de la esponja y metían ésta, a su vez, en agua caliente, y se la daban a oler a los enfermos, que se dormían suavemente, y una vez que lo estaban, los hacían la operación. Y ya terminada, con otra esponja bañada en agua avinagrada, colocada sobre las narices, los despertaban.»

Encontramos, en efecto, esta fórmula en la obra de Teodorico *Chirurgia ab frat. dom. Thodorico episco-*

Fábrica especializada en Productos Dietéticos
y de Régimen Vegetariano

CASA SANTIVERI, S. A.
Call, 22. — BARCELONA

po cervicenci, ord. Predicatorum, lib. IV, cap. VII, apud Ars chirurgica, Venetis, 1546—; cita ésta, según Gustave Lagneau, *Compte Rendu de l'Académie des Inscriptions*, 1885, y al lado de ésta vemos otra que Teodorico atribuye a su maestro Hughes de Luques: *Confectio saporis a chirurgica facienda secundum dominum Hugonem sic fit Opii et succi mori immaturi, hyosciami, succi conidii, succi foliorum mandragoras; succi ederae arborae, succi mori sylvestris, succi lactacae, semini slapathii quod habet poma dura et rotunda et cicuta, ana unc. 1.*

«Haec omnia in unum comimisceo

(Continúa en la página XVIII.)

ENTERITIS DISENTERIA
ELECTROLACTIL
LIQUIDO Y COMPRIMIDOS
FERMENTOS BULGAROS

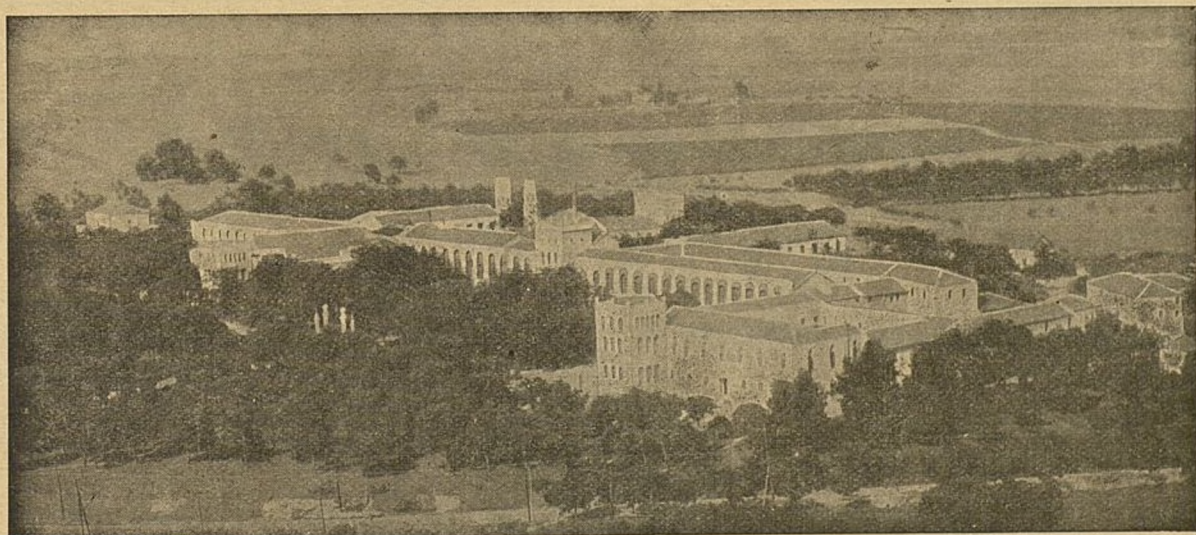
EL SIGLO MEDICO

Desea en las capitales de provincia (excepto Madrid, Barcelona, Valencia, San Sebastián, Salamanca y Zaragoza) y en poblaciones importantes

DELEGADOS

para divulgación de la revista y gestiones de publicidad en ella. Serán preferidos los solicitantes que estén relacionados con Laboratorios, Farmacias, etc.

Dirijan la correspondencia al Sr. Administrador, Apartado 121.-Madrid.



SANATORIO PSIQUIATRICO ESQUERDO

FUNDADO EN 1877

PARA AMBOS SEXOS. CON SEPARACIÓN ABSOLUTA

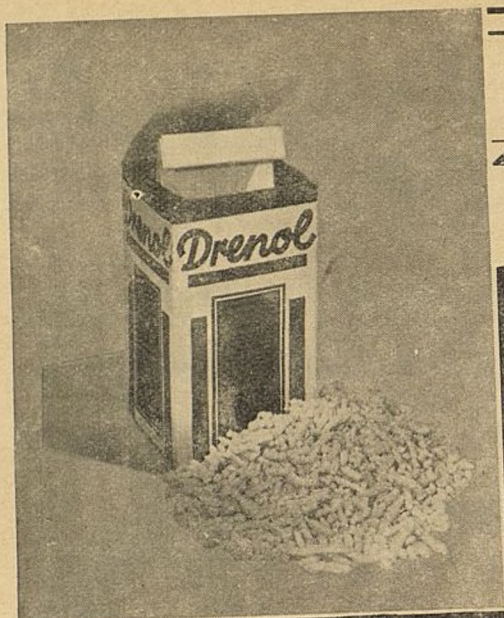
Cuatro jardines exteriores e independientes con vistas al campo. Rodeado de pinar y terrenos propios en extensión de 300 hectáreas, con dos granjas de labor, varias huertas y hoteles independientes.

TRATAMIENTOS MODERNOS ♦ CUATRO MÉDICOS INTERNOS

Director: JAIME ESQUERDO SAEZ

INFORMES.-MADRID. ... { Alfonso XI, 7
Teléfono 16962

SANATORIO... { Carabanchel Alto
Teléfono 20



DRENOL

ASOCIACION DE SULFATO MAGNESICO
PEPTONA Y MENTA

Indicadísimo para las
afecciones hepáticas y
vias biliares en general



INSUSTITUIBLE PORQUE:

- I Es un colagogo intensivo.
- II Efectúa un drenaje biliar continuo, racional y sistemático.
- III Evita el uso de la sonda duodenal.



DRENOL

Fábrica de Productos Químicos y Farmacéuticos

ABELLO

Vinaroz, 5 y Suero de Quiñones, 16 y 18 (Prosperidad), MADRID

AGENTES EXCLUSIVOS PARA ESPAÑA:

Hijos de HONORIO RIESGO, S. A.
CALLE MAYOR, 7, MADRID

ATLA
BOLOGNA

ANTISPASMINA COLICA

Deprime el tono vagal y
devuelve el equilibrio
al sistema nervioso
vegetativo



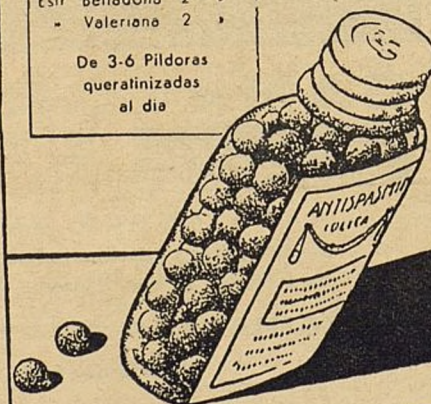
ES EL MEDICAMENTO ESPECIFICO
DEL DESEQUILIBRIO VAGO-SIMPÁTICO Y DE TODAS LAS AFEC-
CIONES QUE DE ÉL SE DERIVAN: ESTREÑIMIENTO ESPÁSTICO,
COLITIS AGUDAS Y MUCO-MEMBRANOSAS, ENTERONEUROSIS,
CRISIS PSEUDO DIARREICAS, METEORISMO

EJERCEN SU ACCIÓN EN EL MISMO SITIO DEL ESPASMO

LAB. FARMACOLÓGICO REGGIANO - Correggio (Italia)

Cada pildora contiene
Papaverine 1 cigr
Estr. Belladono 2 »
Valeriano 2 »

De 3-6 Pildoras
queratinizadas
al día



Representante para España: Dr. J. Valles y Ribó, Enrique Granados, 90-92. Barcelona

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

HISTORIAL

■	Fundadores y Directores: D. Mariano Delgrás.—D. Serapio Escolar.—D. Francisco Méndez Alvaro.—D. Matías Nieto y Serrano.—D. Ramón Serret y Comin.—D. Angel Pulido y Fernández.—D. Carlos M. ^a Cortezo y Prieto.	■
---	---	---

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

1854 * AÑO OCHENTA Y TRES * 1936

CONSEJO DE REDACCIÓN CIENTÍFICA

Presidente: Excmo. Sr. Prof. D. Amalio Gimeno Cabañas

Conde de Gimeno. Presidente de la Academia Nacional de Medicina

VOCALES

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

Vocal consultor jurídico: Dr. José M.^a Cordero y Torres, oficial letrado del Consejo de Estado.

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

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

PRECIOS DE SUSCRIPCION

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

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

PROGRAMA CIENTÍFICO

LEMA: PROGRESSI SUMUS, PROGREDIMUS, PROGREDIEMUR

Ciencia española.—Archivo e inventario del Tesoro Clínico, de los trabajos de investigación y de los laboratorios nacionales.—Crítica, análisis y aceptación de los progresos extranjeros.—Fomento de la enseñanza.—Todos los Hospitales y Asilos serán Clínicas de enseñanza.—Edificios decorosos y suficientes.—Independencia del Profesorado y purificación en su ingreso.—Fomento, premios y auxilios a los estudiantes y su ampliación dentro y fuera de España.

SUMARIO.—SECCIÓN CIENTÍFICA: Problemas clínicos de los casos fáciles (IV), por el Prof. Gregorio Marañón.—Facultad de Medicina de Madrid: Estado actual de la técnica colecistográfica, por el Dr. J. Regueiro López.—Los resultados más importantes que ha reportado el estudio de la fisiología y la patología de la constitución, por el Prof. Naegeli.—BIBLIOGRAFÍAS.—PERIÓDICOS MÉDICOS.

Instituto de Patología Médica del Hospital General de Madrid. - Director: G. Marañón

PROBLEMAS CLÍNICOS DE LOS CASOS FÁCILES

IV

Poliortritis mixta (gotosa e infecciosa) del adulto y su diagnóstico diferencial

Por el Prof. GREGORIO MARAÑÓN

I

El caso clínico que hoy comentamos entra de lleno en la intención general de esas lecciones. Aparentemente, el diagnóstico no puede ser más sencillo: una mujer que hace pocos meses sufre un ataque de poliartritis febril, y unas semanas más tarde padece accidentes cardíacos, conduce casi automáticamente al diagnóstico con que nuestra enferma ha venido etiquetada al Hospital, es decir, reumatismo poliarticular con complicación cardíaca, o reumatismo cardioarticular, según la terminología adoptada por nosotros. Sin embargo, ahora veremos que, bajo esta aparente simplicidad, se esconden problemas de diagnóstico y, por lo tanto, de tratamiento de no escaso interés.

II

La enferma, que ocupa la cama número 4 de la sala 44, tiene cuarenta y un años y es soltera. Sus padres han muerto de enfermedades que no nos interesan. Han sido 15 hermanos, de los que 11 han fallecido. Nos dice que uno de los muertos y otro de los supervivientes padecieron del corazón; no puede precisar claramente esta afirmación, que, sin embargo, hacemos constar y comentaremos después. Ella ha padecido tan sólo sarampión y dos pulmonías. Tuvo la menarquia a los doce años; la regla fué siempre escasa, y a los diecinueve años de edad desapareció, no habiendo retornado más que una o dos veces en estos últimos meses.

Hace un año padeció una enfermedad articular de los dos tobillos y de la mano y hombro derechos, dolorosa, de cinco meses de duración, con fiebre, según cree moderadamente alta, pues aun-

que la dijeron que la tenía, ella se sentía casi bien, podía comer, etc. No padeció anginas. Estas artropatías no se han repetido; no han dejado hinchazón ni deformidad; pero sí tendencia anquilósica en la cadera derecha y dolor en la rodilla del mismo lado y en ambos pies, que son muy planos. La enfermedad fué tratada sin éxito por el salicilato, mejorando, en cambio, con el atofán.

Hace dos meses fué operada de una hernia umbilical con raquianestesia. Al día siguiente sufrió un intenso acceso asfíctico, siendo preciso aplicarle inyecciones de alcanfor, oxígeno, etc. Desde entonces se fatiga mucho al esfuerzo y, de tiempo en tiempo, tiene ahogos, con opresión dolorosa precordial que, en ocasiones, se irradia al brazo izquierdo, con sintomatología bastante típica de angina de pecho. La repetición de estos accesos y el empezar un edema de los tobillos la determinan a venir al Hospital.

Es una mujer baja, de 1,40 de talla; gruesa, de 77,500 kilogramos de peso. Su constitución es intensamente pícnica y displásica-acondroplásica. Muy congestionada y algo cianótica. Vello intersexual en la cara. Distribución de la grasa, viril. Lipomas. Buena dentadura. Amígdalas grandes, al parecer no infectadas. Disnea de esfuerzo, notoria.

La exploración del corazón permite apreciar un primer tono impuro que, a veces, se percibe casi como soplo; refuerzo del segundo tono pulmonar; corazón tendido por la plétora y de tamaño normal, confirmándolo el ortodiagrama. Tensión arterial, de 130-90. El electrocardiograma muestra un predominio izquierdo, y en tercera derivación, negatividad de las ondas P y T.

La orina es hipodensa (10.010), sin sustancias

Para calmar el Dolor

Neuralgias, dismenorreas,
jaquecas, dolores de muelas,
dolores articulares y muscu-
lares. Otitis. Insomnio debido
al dolor. Excitación, ner-
viosidad, etc.

CIBALGINA

“CIBA”

Sin opio ni morfina

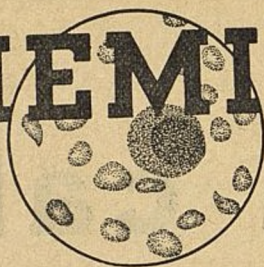


ANALGÉSICO
SEDANTE

COMPRIMIDOS
GOTAS
AMPOLLAS

CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA DE PRODUCTOS QUÍMICOS
Barcelona • Aragón, 285 M. de Cubas, 5 • M a d r i d

ANEMIAS



hepa

PRINCIPIO
AISLADO
CON HIERRO

ANTIANÉMICO
DEL HÍGADO
Y COBRE

J A R A B E

CADA FRASCO DE 100 C.C. CONTIENE
EL PRINCIPIO ANTIANÉMICO DE
1000 GRS. DE HÍGADO FRESCO

INYECTABLE

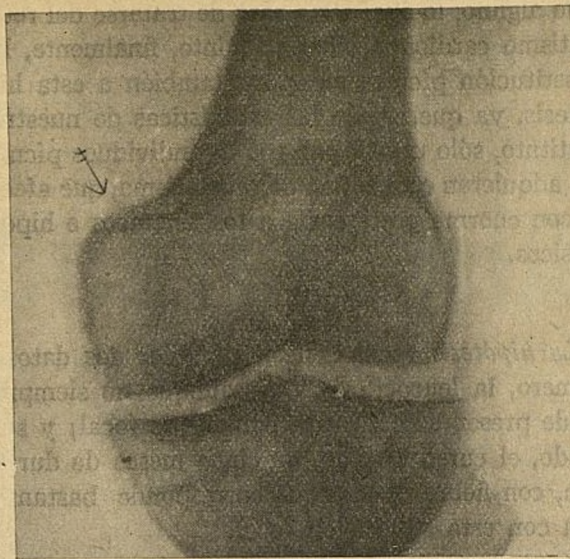
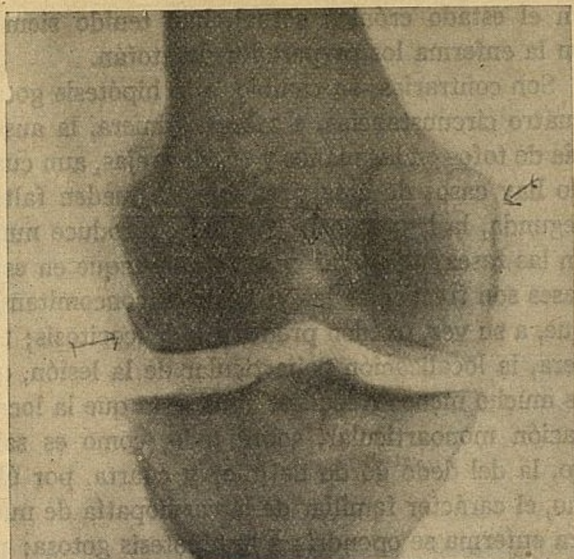
LA EFICACIA DE 2000 GRS. DE
HÍGADO POR AMPOLLA DE 2 C.C.
CAJAS DE 10 AMPOLLAS DE 2 C.C.

PRODUCTO NETAMENTE NACIONAL



LABORATORIOS JUSTE • MADRID •

FRANCISCO NAVACERRADA, 3-HOTEL /
APARTADO DE CORREOS 9030



anormales; hay algún cilindro hialino. Nicturia. Meabolismo basal de $+ 23$ por 100. Uricemia, 5,55 miligramos. Colesterinemia, 2,22. Ligera anemia, a pesar de su aspecto congestivo, con 17.000 leucocitos y fórmula leucocitaria normal. Reacciones de la sífilis, negativas. Calcemia, 11,8.

III

Esta exploración nos permite afirmar tres hechos: 1), una *poliartritis infecciosa*, que ha desaparecido, dejando reliquias en la cadera y rodilla derechas y en ambos pies, que son completamente planos; 2), una *lesión de miocardio*, con trastornos de conducción intraventricular, y posiblemente comienzo de endocarditis mitral, con síndrome anginoso; y 3), una *constitución acondroplásica y pícnica, viriloide*, con estigmas de las alteraciones endocrinas habituales en estas constituciones, a saber: hiperfunción prehipofisaria de tipo basófilo, hiperfunción córticosuprarrenal y, sobre todo, insuficiencia ovárica, que en este caso es intensísima.

El diagnóstico simplicísimo de reumatismo cardioarticular se complica, por lo tanto. Las lesiones articulares y cardíacas no corresponden exactamente a las de este diagnóstico. Otros datos, que ahora comentaremos, inducen a pensar en otras formas de reumatismo. Y, finalmente, la enferma presenta anomalías constitucionales y endocrinas que debemos intentar relacionar con el proceso cardioarticular. El problema clínico ha de plantearse, pues, de otra manera.

¿Qué procesos, en efecto, pueden producir el cuadro clínico cuya descripción acabamos de hacer? Sin duda, tres: o un *reumatismo cardioarticular*, como se había supuesto por los médicos que anteriormente diagnosticaron y trataron a la

paciente; o un *reumatismo de origen focal*; o un *reumatismo gotoso*. Y a estas tres hipótesis podríamos añadir una cuarta: la de una *poliartritis mixta*.

Examinemos brevemente el pro y el contra de estas cuatro hipótesis.

IV

La *hipótesis cardioarticular* tiene a su favor los siguientes datos: primero, el de la cardiopatía familiar; una poliartritis con lesión cardíaca, en una familia de cardíacos, tiene a su favor la casi totalidad de las contingencias de ser el clásico reumatismo poliarticular o cardioarticular; sin embargo, en este caso la importancia del dato está muy amenguada, por el hecho de que para admitir la existencia de esa cardiopatía familiar, nos hemos de atener exclusivamente a las referencias de la enferma, y estas referencias son extraordinariamente confusas; segundo, a favor de la misma hipótesis depone también la localización poliarticular, aun cuando en este caso—limitada a unas pocas articulaciones—no sea la típica; y tercero, la lesión cardíaca, tampoco típica, por el predominio de la ostensible miocarditis sobre la dudosa endocarditis.

En contra de estos tres datos, favorables a la hipótesis cardioarticular, existen cinco, que son: primero, la falta de angina; segundo, la poca intensidad de la fiebre, pues el reumatismo cardioarticular cursa o con gran hipotermia o con febrículas casi inadvertidas, pero pocas veces con fiebres medias y bien toleradas, como las de nuestra paciente; tercero, la hiperuricemia, que nada tiene que ver con el reumatismo cardioarticular, y en nuestro caso es notoria; cuarto, la enferma ha sido tratada reiteradamente con salicilato de sosa, sin resul-

tado alguno, lo cual sería raro de tratarse del reumatismo cardioarticular; y quinto, finalmente, la constitución pícnica se opone también a esta hipótesis, ya que, según las estadísticas de nuestro Instituto, sólo un 8,8 por 100 de individuos pícnicos adquieren esta forma de reumatismo, que afecta con enorme preferencia a los asténicos e hipoplásicos.

V

La hipótesis focal tiene a su favor dos datos: primero, la leucocitosis, que, aunque no siempre puede presentarse en esta poliartritis focal; y segundo, el curso tórpido, de cinco meses de duración, con fiebre media que corresponde bastante bien con esta suposición focal.

Pero en contra pueden argüirse los siguientes datos: primero, no se encuentra, a la más cuidadosa exploración, el foco séptico responsable, el cual, aun existiendo, se nos escapa, por desgracia, no pocas veces; pero de todos modos, en presencia o ausencia debe valorarse; segundo, la lesión cardíaca es rara en el reumatismo focal; tercero, la hiperuricemia no existe en ella; cuarto, el carácter familiar es también contrario a la hipótesis focal; quinto, nuestra enferma ha sido tratada con vacuna antirreumática, sin resultado alguno, siendo así que estos casos focales obedecen favorablemente, en una gran proporción, a dicho tratamiento; y sexto, por último, la constitución pícnica es también opuesta a la hipótesis focal, ya que, según nuestras estadísticas, dicha forma de reumatismo afecta en un 67 por 100 de casos a los individuos asténicos e hipoplásicos, y sólo en un 18 por 100 a los pícnicos.

VI

Examinemos ahora la tercera hipótesis, es decir, la gotosa. Fuertes indicios inducen a admitirla; primero, claro es, la hiperuricemia, superior a cinco miligramos, que según la experiencia nuestra tiene un valor francamente gotoso en España; pudiera argüirse, no obstante, que el comienzo, cierto, de esclerosis renal de la enferma contribuiría a la retención úrica; pero acentúan su valor, en el sentido gotoso, otros datos; segundo, la constitución pícnica, intersexual, que, según los trabajos reiterados de este Instituto, coinciden frecuentísimamente con la gota en las mujeres fuertemente hipováricas, como la que estamos comentando; tercero, la miocarditis, que es muy típica de la gota; cuarto, la esclerosis renal precoz, accidente igualmente frecuentísimo en estos enfermos; y quinto, finalmente, la eficacia que, tanto en la fase aguda como

en el estado crónico actual, han tenido siempre en la enferma los preparados de atofán.

Son contrarios, en cambio, a la hipótesis gotosa cuatro circunstancias, a saber: primera, la ausencia de tofos en las manos y en las orejas, aun cuando hay casos de gota pura en que pueden faltar; segunda, la leucocitosis, que no se produce nunca en las fases no agudas de la gota, aunque en estas fases son frecuentes las infecciones concomitantes, que, a su vez, pueden producir la leucocitosis; tercera, la localización poliarticular de la lesión, que es mucho menos frecuente en la gota que la localización monoarticular, sobre todo, como es sabido, la del dedo gordo del pie; y cuarta, por último, el carácter familiar de la cardiopatía de nuestra enferma se opondría a la hipótesis gotosa; pero, como ya hemos dicho, este carácter es, en nuestro caso, dudoso.

VII

Hecho el balance favorable y contrario de cada una de estas tres hipótesis, *sin duda alguna, el que tiene más verosimilitud es el gotoso*. Para mí no tiene duda la naturaleza gotosa de esta poliartritis, que correspondería, por lo tanto, a una forma atípica, pero no rara, y mal conocida de los médicos generales, de gota del adulto, poliarticular, febril, sin localización típica en el pie, sin tofos.

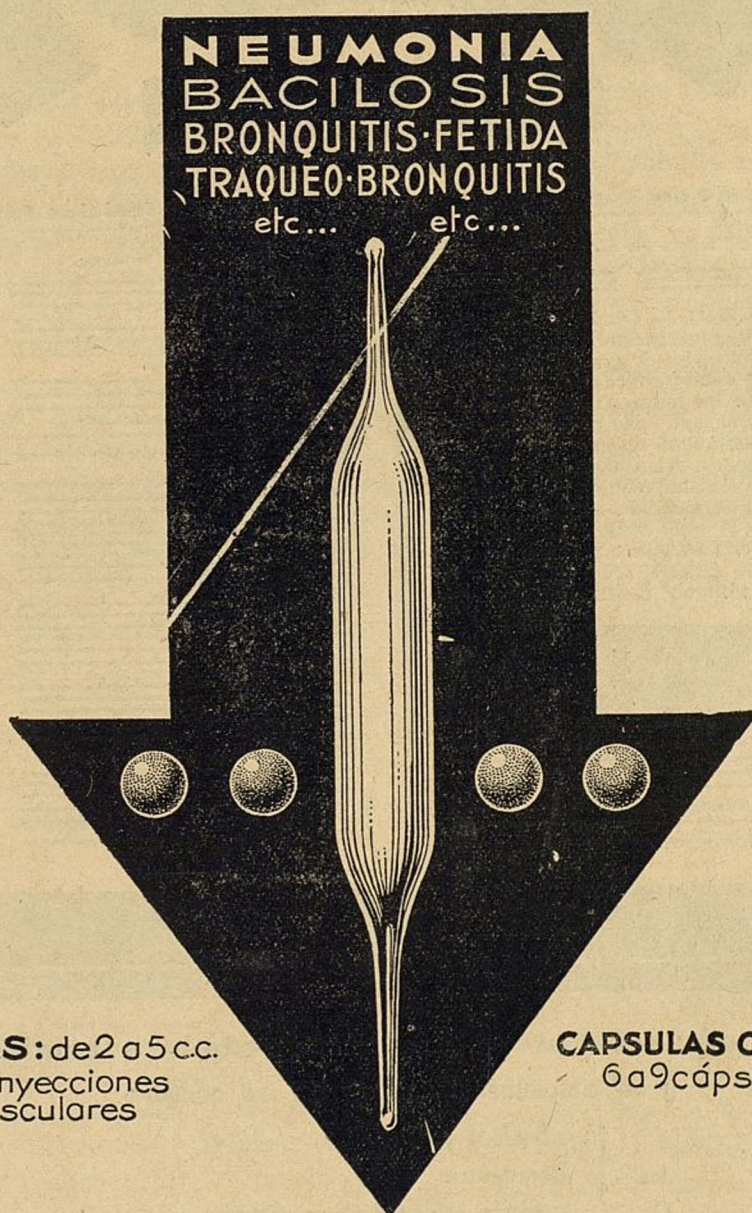
Sin embargo, no podemos desechar el valor que tienen también varios de los indicios a favor de las hipótesis infecciosas—cardioarticular o focal—. Por ello, y porque los conocimientos actuales nos enseñan la frecuencia con que esto ocurre en la clínica, podríamos admitir que *a la causa fundamental de la poliartritis, es decir, a la gota, se ha unido una etiología infecciosa, tal vez propiamente reumática (cardioarticular), tal vez focal (de foco indistinguible)*. Sería, pues, el caso uno de los frecuentes de etiología mixta, endógena y exógena, o, si se prefiere, metabólica e infecciosa. Estamos, pues, y con auspicios favorables, en la cuarta de las hipótesis enunciadas.

VIII

De intento hemos dejado para ahora el comentar la radiografía, tan importante para el diagnóstico diferencial de la etiología de un determinado reumatismo. Estas radiografías nos enseñan que, en efecto, las articulaciones presentan lesiones de vacuolización del hueso subarticular, visibles sobre todo en la rodilla enferma, de apariencia muy netamente gotosa. Hay, en cambio, otras lesiones, como las de la cadera, francamente cartilaginosas, inflamatorias, anquilósicas, que denuncian una pa-

NEUMOPATIAS AGUDAS O CRONICAS
y todos los estados infecciosos

GRIPE-BRONCONEUMONIA



AMPOLLAS: de 2 a 5 c.c.
diarios en inyecciones
intramusculares

CAPSULAS GLUTINIZADAS:
6 a 9 cápsulas diarias

EUCALIPTINA

LE BRUN

MUESTRAS y LITERATURA : Delegacion, Larra 6, MADRID

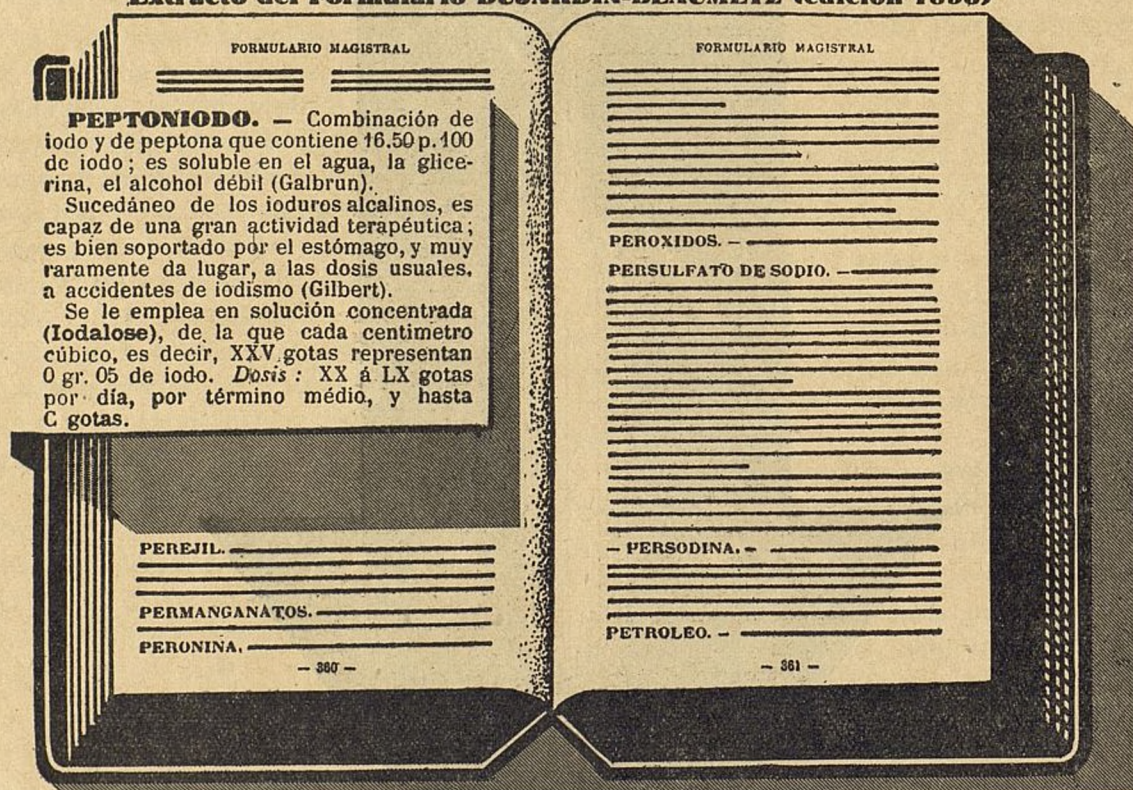
no siendo
Iodalose
puede que no sea
Peptoniодо

IODALOSE

GALBRUN

siendo
Iodalose
será forzosamente
Peptoniодо

Extracto del Formulario DUJARDIN-BEAUMETZ (edición 1898)



El **Peptoniодо** o **Iodalose**, siendo una **verdadera combinación**
y no simplemente una mezcla, no contiene

ni $\left\{ \begin{array}{l} \text{alcohol} \\ \text{glicerina} \\ \text{agente conservador alguno} \end{array} \right.$

Es perfectamente estable y se conserva sin ninguna alteración de sabor o color,
aun cuando el frasco quede destapado.

Muestra y literatura: **E. BOIZOT**

$\left\{ \begin{array}{l} \text{Luis. Cabrera, 47. - MADRID.} \\ \text{Salmerón, 247, pral. - BARCELONA.} \\ \text{Av. del 14 de Abril, 16. - VALENCIA.} \end{array} \right.$

togenia infecciosa; pero aun en esta articulación se ven vacuolas de tipo gotoso. La radiografía es, por lo tanto, favorable también a la hipótesis mixta.

IX

Establecido, pues, y con seguridad muy notoria, el diagnóstico de gota poliarticular atípica del adulto con colaboración infecciosa, con miocarditis y esclerosis renal inicial, en una pícnica, pletórica, *el tratamiento* se establecerá sobre las bases siguientes:

1.^a *Tratamiento foliculínico intenso.* No hemos de repetir ahora los insistentes trabajos realizados en este Instituto y resumidos por mí en mi "Rapport" al Congreso de Medicina de Orán de 1935, acerca de la acción antigotosa de la foliculina a grandes dosis, en todo caso de gota, incluso los masculinos, pero, sobre todo, en estos que acaecen en mujeres con insuficiencia ovárica. Es discutible, y ahora trabajamos para aclararlo, cuál pueda ser el mecanismo de esta acción; pero su eficacia es, como realidad clínica, incuestionable.

2.^a En estos casos es también utilísima la *tiroidina*. En la enferma que comentamos hemos de observar que no es contraindicación para esta opoterapia tiroidea el hecho del metabolismo alto que, como hemos visto, tiene. Es este un dato que me

interesa dejar bien claro. Un hipermetabolismo por hipertiroidismo constituye notoria e indiscutida contraindicación para la tiroidina; pero un hipermetabolismo, como el de nuestra enferma, por mecanismo no directamente hipertiroideo (debido seguramente al estado hiperfuncional de la prehipófisis y de la corteza suprarrenal) no es obstáculo, en modo alguno, para dicha medicación. Del mismo modo que los frecuentísimos hipometabolismos no mixedematosos, tan largamente estudiados en este Instituto, no son, por bajos que sean, indicación para la opoterapia tiroidea.

3.^a La indicación de los preparados *atofánicos* no necesita comentarios. Así como la improcedencia de los salicílicos. En nuestra enferma, la experiencia ha sancionado ya este precepto.

4.^o Finalmente, es importante establecer un *régimen de alimentación* que respete las esclerosis renal y disminuya la intensa plétora y obesidad, con lo cual mejorarán los trastornos circulatorios y, probablemente, los reumáticos.

Queda así aclarado el origen de este reumatismo, que nos ha sido grato comentar, porque da realidad y objetividad práctica a las nociones teóricas sustentadas por nosotros, tantas veces sobre las enfermedades reumáticas, y largamente expuestas en nuestro libro *Once Lecciones sobre el Reumatismo*.

Tres lecciones en la Facultad de Medicina de Madrid (Abril 1935) ⁽¹⁾

Terapéutica endobronquial - Lavado pulmonar - Broncografía

POR EL

DR. S. GARCIA VICENTE

RIMERA PARTE

FRANQUEAMIENTO GLOTICO MEDIANTE EL TACTO

Los asuntos que constituyen lo que vamos a tener el honor de exponer a continuación tienen un nexo fundamental con nuestra actuación al frente de un servicio hospitalario pediátrico para el tratamiento de procesos asfícticos, es decir, nosotros no hubiéramos pensado en hacer las cosas que vamos a describir, de introducir agentes medicamentosos en los bronquios, buscando una relativa facilidad en la pe-

(1) El Dr. García Vicente, ampliando y completando las notas taquigráficas de aquellas lecciones (tomadas por el Dr. Pin para EL SIGLO MEDICO), ha compuesto el presente trabajo, del cual damos en este número la primera parte.

netración, si no hubiésemos contemplado durante muchos años las reacciones laríngeas de los niños diftéricos al contacto de los tubos permeabilizadores y las particularidades de aquellas reacciones, lo que fué causa de que al salir de dirigir el prestigioso Instituto Municipal de Seroterapia y encontrarnos ante enfermos del aparato respiratorio, en los que había indicación de introducir en su aparato respiratorio agentes medicamentosos y exploratorios, recordásemos la tolerancia glótica a la penetración y estancia del tubo laríngeo permeabilizador, fenómeno de aquiescencia laríngea que había pasado desapercibido a los pediatras, en cuyas manos había estado principalmente la realización de la intervención operatoria: intubación de la glotis; el hecho de nuestra preparación laringológica nos hizo apreciar la importancia de la diferencia extraordinaria que hay entre la reacción pilórica protestante del órgano laríngeo

a los cuerpos extraños corrientes (líquidos, alimentos, etc.) y la pasividad a la penetración de un cuerpo en forma de "cono" o "cuña". Este hecho, que tantas veces lo veníamos observando en los niños, lo vimos corroborado en los adultos, y entonces lo dimos a conocer con el nombre de "paradoja laríngea". La palabra "paradoja" nos parecía razonable para expresar el que la laringe, órgano extremadamente pilórico, especializado para el cierre hermético de su esfínter glótico, el órgano de más aptitudes pilóricas de la economía, que tiene reflejos más intensos y rápidos para defenderse de los agentes exteriores ocluyendo el importantísimo órgano respiratorio que está bajo su vigilancia, *se colapsaba y se inhibían sus reflejos cuando la acción que se ejerce sobre la abertura glótica era superior mecánicamente a la posibilidad dinámica de rechazar esta introducción.*

Se cumple ahí, desde el punto de vista mecánico, una ley: la cuña penetrará siempre en toda hendidura cuando se actúe con la necesaria energía; además, hay que considerar la *ley de condicionalidad de los reflejos*, que va demostrando que los reflejos puramente *instintivos* son cada vez menos, ya que casi todos los reflejos son *condicionados*.

La condicionalidad del reflejo laríngeo se explica también por las particularidades anatómicas de la innervación de aquel órgano, y nosotros hemos publicado en nuestro libro EL LAVADO PULMONAR, etc., 1929 un esquema que repetimos aquí, explicando y demostrando el mecanismo anatomofisiológico de esta inhibición, por unión del pneumogástrico, nervio eminentemente vegetativo que rige órganos de absoluta importancia vital y, por ello, con función fuera del control de la voluntad, en anastomosis para la innervación laríngea con el nervio espinal, eminentemente regido por la voluntad.

Este hecho fisiológico, "paradoja laríngea", fué lo que nos hizo pensar en la posibilidad de introducir medicamentos en los bronquios. Veíamos que la dificultad a vencer estaba principalmente en el vigilante pilórico "glotis", pues franqueado este obstáculo, nos encontrábamos al aparato respiratorio, desde el punto de vista mecánico, completamente inerte a la invasión medicamentosa. Y decimos solamente *mecánico*, porque existen debajo de la "glotis" las zonas del "reflejo tusígeno", de una eficiencia extraordinaria; pero a éstas las podíamos dominar con la rapidez en la introducción medicamentosa (formación de vena líquida, rápida introducción de una sonda, etc.), y con la actuación anestésica.

Otra de las particularidades que tuvimos en cuenta para facilitar el aprovechamiento de esta inhibición laríngea fué la *accesibilidad táctil de la laringe*, es decir, la posibilidad de darse cuenta mediante el tacto de los detalles anatómicos laríngeos necesarios para realizar la maniobra de su franqueamiento. Con estos hechos describimos en la revista *Los Progresos de la Clínica* (1928), la técnica del "Franqueamiento glótico mediante el tacto".

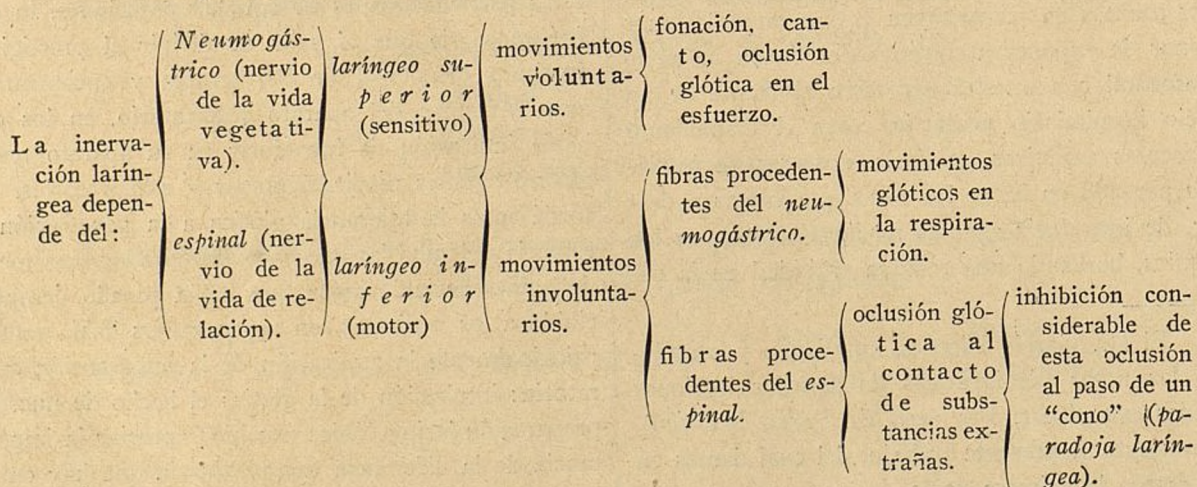
Para ello mandamos construir una *jeringa de inyección intratraqueal* y una *pinza introductora*, basados ambos instrumentos en la adopción del dispositivo cónico franqueador de la glotis (fig. 1.^a).



Fig. 1.^a—Jeringa para inyecciones intratraqueales (García Vicente).

Jeringa intratraqueal.—Afecta la forma de una jeringa laríngea ordinaria, con capacidad de 10 centímetros cúbicos, cánula de 140 milímetros en total,

Esquema de la producción del fenómeno de «paradoja laríngea»



incurvada en ángulo recto a los 100 milímetros y terminada en un cono metálico de superficies completamente suaves, y con el vértice y el perímetro de la base completamente romos y redondeados para no ofrecer ningún punto vulnerable; las dimensiones del cono son 28 milímetros de altura por 10 milímetros en la base. El vástago del émbolo está graduado y lo recorre un tope para poder calcular de antemano la cantidad de líquido que se ha de introducir (1).

TÉCNICA DE LA INYECCIÓN INTRATRAQUEAL CON LA JERINGA

Enfermo.—Se procurará que hayan transcurrido tres o cuatro horas desde la última comida, para evitar la producción del vómito, que los contactos del instrumental y dedos en el ístmus de las fauces pudiesen determinar, sobre todo en los enfermos inyectados las primeras veces. Aconsejamos que se haga al paciente una explicación clara de lo que se le va a hacer, para que, prestando su aquiescencia, facilite la maniobra; la mayoría de los enfermos corrigen de esta manera y sofocan por sí mismos las impresiones instintivas de sorpresa que los tactos faríngeos y la introducción instrumental determinan las primeras veces que se realizan.

Esto se consigue también siempre en los niños.

Los numerosos médicos que han honrado nuestros servicios clínicos con su presencia han visto que *no hemos puesto jamás un abre bocas a ningún niño para realizar estas maniobras*; la manera de conseguir su aquiescencia es *decirles sencillamente la verdad*, y si hay otros en tratamiento y ya educados en esta terapéutica, hacerles la inyección indobronquial en presencia del neófito, para que éste se dé cuenta de su inocuidad. Una orientación adecuada en el tratamiento, seguido de un pronto éxito del mismo, hace reaccionar la virgen inteligencia del niño, en el sentido, por lo menos, de no protestar a las maniobras necesarias para realizar aquél.

Posición del enfermo.—Varía, según queramos que el líquido inyectado vaya principalmente al pulmón derecho o al izquierdo; en el primer caso estará el enfermo sentado y con el busto erguido; de esta manera, el líquido introducido en la tráquea seguirá en su mayor parte el camino del bronquio principal derecho, que tiene una situación casi recta con el tubo traqueal. Si queremos hacer llegar principalmente el líquido medicamentoso al pulmón izquierdo colocaremos el tronco del enfermo en una posición de 45° hacia ese lado; de esa manera canalizaremos gran parte del líquido hacia la izquierda del árbol bronquial.

(1) El instrumental para estas técnicas está construido por Industrias Sanitarias, S. A., Fuencarral, 43, Madrid.

DATOS ANATÓMICOS TÁCTILES PARA LA REALIZACIÓN DE LA TÉCNICA

Su adquisición.—Las circunstancias anatomofisiológicas asequibles al tacto, y mediante las cuales se realiza esta técnica, son: *la epiglotis, los cartílagos aritenoides y la oclusión respiratoria que el dedo determina, colocado entre estos dos órganos*, y que corresponde a la situación del *vestíbulo glótico*.

La manera de adquirir estos datos es la siguiente: Estando el enfermo sentado, con la cabeza erguida y la boca abierta, se introduce por ella el dedo índice de la mano izquierda, apoyándole en el dorso de la lengua y siguiendo éste con el dedo, bien en contacto de aquélla, en dirección de delante a atrás y de arriba abajo hasta encontrar *algo que no es lengua*, frase gráfica con que en nuestras diarias demostraciones de aprendizaje con los compañeros que asisten a nuestros cursos damos a entender a aquéllos la facilidad de encontrar la epiglotis, solamente con no separar el dedo de la lengua en su recorrido de delante atrás (fig. 2.^a).

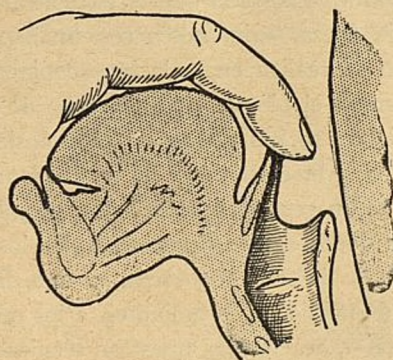


Fig. 2.^a—El dedo índice izquierdo se pone en contacto con la glotis. Primer tiempo de las técnicas.

La epiglotis *se encuentra siempre al tacto*; pero es más o menos fácil llegar a ella, según la mayor o menor distancia a que se encuentre de la arcada dentaria superior, principal y casi única barrera que nos limita la penetración manual en las regiones anatómicas que integran la garganta. Esta distancia varía, como es natural, de los niños a los adultos, siendo más prontamente asequible en quéllos que en éstos.

Después de haber tocado la epiglotis y haberse dado cuenta de los caracteres de la misma, se sigue deslizando el dedo hacia abajo, siguiendo la línea media; inmediatamente se aprecian dos tuberculitos del tamaño aproximado de dos guisantes, que son los *cartílagos aritenoides*; colocada la extremidad del dedo entre estos dos órganos por abajo y la epiglotis por arriba, *se dificulta la respiración del sujeto*.

Este es el *vestíbulo glótico*, la antesala del árbol traqueo bronquial, el sitio exacto donde se ha de introducir el cono de la jeringa, y en cuyo órgano, por fino que tenga el tacto el observador, no apre-

ciará ninguno de los detalles anatómicos, a saber: ventrículos, repliegues, bandas ventriculares, cuerdas vocales, etc., que con el espejillo laringoscópico se observan; conviene tener presente además que la situación de la entrada del vestíbulo glótico es más bien vertical que horizontal *de ventana y no de pozo*. Más adelante insistiremos sobre esta importante circunstancia.

Dificultades para la adquisición de estos datos.—

Aparte de las descritas respecto a los niños, y sobre las que no insistiremos nunca lo bastante respecto a lo razonable de conseguir la docilidad de aquéllos mediante procedimientos lógicos y nunca empleando maniobras brutales (abrebocas), pueden depender de que el operador tenga los dedos cortos y la distancia anatómica entre la arcada dentaria y la abertura glótica sea en el paciente más larga que de ordinario (individuos con prognatismo, laringe baja en personas de gran estatura y cuello largo). Cuando ocurra alguna de estas circunstancias o las dos (dedos cortos y laringe baja), se conseguirá siempre la accesibilidad táctil glótica haciendo que el paciente tire de su lengua hacia fuera, sujetándola con un lienzo o pañuelo, como se realiza en la laringoscopia corriente. De esta manera el bloque laríngeo sube de una manera apreciable, se inmoviliza en esta posición alta, y esto, unido a la elasticidad de la comisura labial, que consiente un gran desplazamiento, permite al observador de dedos cortos llegar en todos los casos y con un poco de destreza a tocar la laringe. En varios centenares de médicos y estudiantes, a los que hemos tenido el honor de enseñar nuestras técnicas, no hemos encontrado ninguno que haya sido incapaz de realizar el tacto glótico.

ABOCAMIENTO Y FRANQUEO DE LA GLOTIS CON LA JERINGA INTRATRAQUEAL

Apreciados con absoluta seguridad los detalles anatómicos descritos (1), es decir, estando la extremidad del dedo índice izquierdo del operador entre la epiglottis y los cartílagos aritenoides, se introduce la cánula de la jeringa intratraqueal (la cual está tenida con la mano derecha) por la boca del enfermo en demanda de la extremidad del dedo índice izquierdo, que no se separa de la región laríngea hasta que el cono de la jeringa viene a él; entonces, éste (el dedo)

(1) Es conveniente, para los que tengan que hacer por sí solos el aprendizaje de esta técnica, entrenarse en practicar tactos faringolaríngeos en diversos enfermos, siguiendo las indicaciones descritas hasta adquirir la seguridad de percepción de los datos anatómicos, y una vez conseguida esta práctica de orientación anatómica, ensayar entonces el manejo de estos instrumentos.

guía a la extremidad de dicho cono hasta abocarlo al vestíbulo laríngeo (claro es que la mano derecha, que es la que sostiene la jeringa, realiza los movimientos complementarios destinados a aquel fin). (Fig. 3.^a) Para realizar un correcto abocamiento e introducción del cono de la jeringa en el vestíbulo glótico conviene recordar la frase pintoresca, pero práctica, de que tiene situación *de ventana y no de pozo*, es

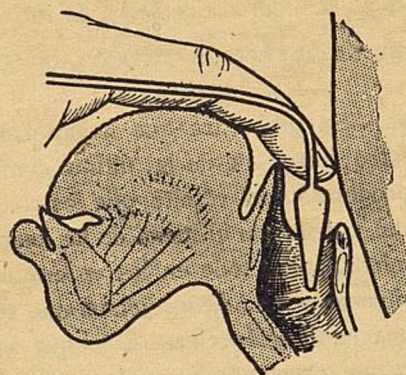


Fig. 3.^a—El dedo índice guía el extremo de la jeringa e introduce el cono en el orificio glótico.

decir, que para que el cono de la jeringa pueda entrar en él tiene que hacerse con su extremidad un ligero movimiento *de atrás adelante*, y no solamente de arriba abajo; iniciado el abocamiento al vestíbulo glótico, se hace más profundo, pasando el dedo índice a apoyarse en la base del cono, el cual desaparece en su mitad o dos tercios (según se trate de niños o adultos) en la laringe del enfermo, franqueando entonces el estrecho de las cuerdas vocales, es decir, la verdadera barrera del árbol respiratorio, y libre entonces la extremidad del cono en el empleo camino traqueal, es el momento de vaciar rápidamente el cuerpo de bomba, y el líquido medicamentoso contenido en él irá a pasar al árbol tráqueo bronquial en su totalidad.

CONSIDERACIONES SOBRE LA PENETRACIÓN DEL MEDICAMENTO EN EL ÁRBOL RESPIRATORIO

Una de las circunstancias de más interés en esta técnica es, como se ha dicho, el *realizarse sin previa anestesia de ningún género*, y eso, a pesar del fenómeno de "paradoja laríngea", que asegura únicamente el franqueamiento glótico, pudiera determinar la expulsión del líquido introducido, al pasar éste por las regiones traqueal y bifurcación bronquial, zonas de rápidos reflejos tusígenos, eminentemente expulsadores.

Y, sin embargo, después de una inyección endobronquial de 10 cc. de aceite gomenolado, por ejemplo, realizada según esta técnica, se ve que la tos que se produce inmediatamente de realizada aquélla arrastra únicamente mucosidades bronquiales y quizá algunas gotas del líquido inyectado; éste, en su casi totalidad, queda en el árbol respiratorio.

La explicación de este fenómeno es que el chorro o vena líquida que produce el líquido medicamentoso en el interior de la tráquea al salir de la cánula de la jeringa es de tal potencia (en el exterior, la vena líquida que lanza la jeringa alcanza de cinco a siete metros), que atraviesa rápidamente la tráquea y bifurcación bronquial, yendo a depositarse directamente y sin apenas contacto con las paredes de aquellos órganos, en las regiones bajas bronquiales, zonas ya indefensas, y en donde la tos no es apenas expulsiva. Únicamente algunas pequeñas porciones del líquido, desviadas de la vena principal por el choque con las paredes tráqueobronquiales, serán expulsadas al exterior si se producen movimientos de tos.

En los individuos que llevan algún número de inyecciones llega casi a suprimirse la tos de la post-inyección, y aun ayudan a la penetración del líquido, realizando un movimiento de inspiración en el mismo instante del vaciamiento de la jeringa, movimiento que el médico tiene el cuidado de avisar, mediante una señal convenida de antemano, para que la aspiración y la inyección resulten sincrónicas.

Todo líquido introducido deberá tener, por lo menos, la temperatura de 38°, además de por rudimentarias nociones fisiológicas, porque (sobre todo si el excipiente es oleoso, como sucede casi siempre) de este modo se aumenta la fluidez del líquido, y, por consiguiente, la rapidez de penetración.

PINZA INTRODUCTORA DE SONDAS EN LA TRÁQUEA

Está basado este instrumento igualmente en la facilidad del franqueamiento glótico a los dispositivos cónicos (*paradoja laríngea*) y en su utilización, mediante el tacto exclusivamente, y consiste en una pinza de articulación, de una longitud total de sus ramas de 245 milímetros, dobladas en ángulo recto, a la distancia de 200 milímetros, y terminadas en dos valvas en forma de medios conos, entre los cuales se puede aprisionar una sonda; el conjunto de las valvas, con las sondas sujetadas entre ellas, tiene una forma parecida a la extremidad de un tubo laríngeo de las cajas de intubación, con su mandril introductor (fig. 4.^a).



Fig. 4.ª—Pinza para introducir sondas en la tráquea y bronquios (García Vicente).

Esta pinza, como su nombre lo indica, está destinada a la introducción de sondas blandas y semirrígidas a través de la glotis, y aunque la maniobra de

franqueamiento glótico con pinza y sonda es un poco menos rápida que el franqueamiento glótico con la jeringa antes descrita, tiene aquella maniobra sobre ésta una gran superioridad en la eficacia del arribo al árbol bronquial de sustancias medicamentosas y exploratorias, que algunas veces con la jeringa solamente no se pueden introducir en el árbol respiratorio de una manera correcta y completa; esto pasa cuando el *orificio glótico está muy bajo* con relación al dorso de la lengua y el cono de la jeringa no llega con la amplitud suficiente y posibilidad de movimientos para poderlo franquear. Otra contingencia bastante frecuente es que por excesivo basculamiento del dispositivo cónico de la jeringa tropiece su extremidad en la pared anterior traqueal, obstruyéndose el orificio de salida, siendo entonces imposible el vaciamiento del cuerpo de bomba (1); también los líquidos muy siruposos, de salida lenta y premiosa (aceites yodados, etc.), en los que por esta particularidad física no puede producirse la vena líquida necesaria para su llegada rápida a zonas bajas bronquiales no expulsadoras, habrá que emplear también para su introducción la pinza introductora de sondas. (fig. 5.^a).

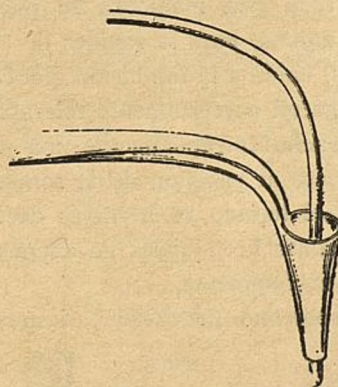


Fig. 5.ª—La pinza introductora tiene entre sus valvas una sonda.

La maniobra de introducción en tráquea de una sonda con la pinza descrita, para la ejecución rápida de la inyección intratraqueal, es fundamentalmente la misma que la que se realiza con la jeringa, siendo muy

(1) El Dr. Vicente de Pablo, brillante alumno nuestro y entusiasta divulgador de nuestras técnicas en Buenos Aires, ha intentado resolver estas contingencias haciendo que cada jeringa tuviera varios vástagos cónicos y aun olivares de dimensiones y ángulos diversos; previsión excesiva, porque, como estamos describiendo, con la pinza introductora y una buena sonda semirrígida Porges, números 14 ó 15, se franquean fácilmente todas las glotis, por difícil que sea su accesibilidad, angostos sus diámetros y desviada la situación del vestíbulo glótico.

conveniente el empleo de un ayudante, que facilitará extraordinariamente la rapidez de la maniobra.

Para ello se sujeta la extremidad de la sonda entre las valvas de la pinza, dejando libre medio centímetro próximamente de la extremidad de aquélla en los niños, y de dos a cuatro centímetros en los adultos; tenida en la mano derecha, va el dedo índice izquierdo a las proximidades de la laringe para darse cuenta de los detalles anatómicos necesarios, cuya adquisición y demás particularidades ya hemos descrito anteriormente.

La pinza, montada con la sonda, penetra en la boca, sostenida como hemos dicho por la mano derecha y guiada y empujada por el índice izquierdo (que se apoya para esto último en las bases de las valvas), es introducida su extremidad en la laringe, franqueando el estrecho glótico, de la misma manera que con el cono de la jeringa intratraqueal.

Convencidos de que la extremidad de la sonda ha desaparecido en el orificio glótico, se abren las ramas de la pinza, y un ayudante impulsa la sonda, haciéndola penetrar rápidamente a través de la tráquea, introduciéndola próximamente hasta la bifurcación bronquial (1). Si la inyección se hace con fines medicamentosos, toda esta maniobra se puede realizar *sin anestesia alguna*, pues la rapidez de ejecución de las maniobras, unida a la inhibición glótica (paradoja laríngea), la hacen perfectamente tolerable. No queda más que enchufar rápidamente una jeringa llena del medicamento al pabellón de la sonda y vaciarla rápidamente; el líquido va a través de la sonda, y se vierte en zonas bronquiales no expulsadoras, que lo retienen completamente.

Creemos oportuno manifestar, después de ocho

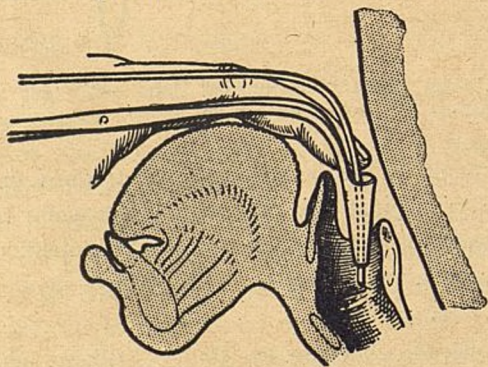


Fig. 6.ª—La pinza introducida, teniendo entre sus valvas una sonda, hace franquear a ésta la glotis, con la ayuda del dedo índice izquierdo.

años de práctica en la realización de inyecciones endobronquiales, que para la actuación medicamentosa empleamos más frecuentemente la pinza y sonda que la jeringa de cono, por las ventajas de seguridad que

(1) Más adelante describiremos cómo se llega aproximadamente hasta esa región, sin pasar de ella.

da la maniobra realizada con aquéllas, en la completa llegada de la totalidad del líquido medicamentoso al árbol bronquial (fig. 6.ª).

El modo de conseguir la colocación exacta de la extremidad de la sonda en la bifurcación bronquial se logra poniendo, antes de realizar la maniobra, la extremidad de la sonda al nivel de la inserción de la segunda costilla, y haciendo seguir al resto, sobre la piel, el camino aproximado de tráquea, laringe y boca (claro es que por fuera y a tanteo), marcando con una señal el sitio donde la sonda quede al nivel de los incisivos; o medir los traveses de dedo que hay des-

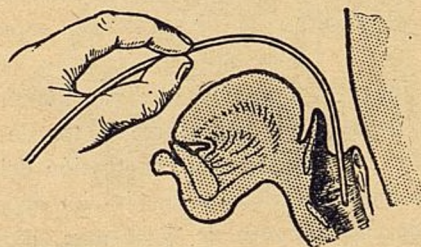


Fig. 7.ª—Una vez introducida la extremidad de la sonda en el orificio glótico, se retira la pinza introducida y se impulsa aquélla más profundamente a través de la tráquea.

de la arcada dentaria hasta el pabellón de la sonda, o usar también catéteres graduados; cuando al introducir la sonda llegue la señal convenida al nivel de los dientes, se detendrá su introducción, teniéndola cogida un ayudante (fig. 7.ª).

ACTUACION MEDICAMENTOSA

Con el dominio de estas técnicas, empezamos en 1928 a actuar tópicamente sobre el aparato respiratorio, siguiendo las normas medicamentosas, ya establecidas anteriormente con el empleo de otros procedimientos más difíciles y premiosos (*laringoscopia*) y más cruentos (*intercricotirotomía*, *tráqueofistulización*, etc.), a cuyo paladín, Dr. Rosenthal, tuvimos ocasión de rendir público homenaje durante nuestra actuación pública en la Facultad de Medicina de París (mayo 1929).

Empezamos, en aquel entonces, empleando principalmente los aceites balsámicos, a los que incorporábamos algunas veces la cocaína, la novocaína y la adrenalina. Y la acción tópica beneficiosa de estos fármacos en procesos asmáticos y bronquíticos crónicos rebeldes, unido a la novedad y sencillez de la técnica, dió como resultado el que acudiese a nuestros servicios clínicos oficiales y particulares una cantidad enorme de enfermos del aparato respiratorio en demanda de tratamiento: una muchedumbre anhelante y esperanzada, que seguía nuestros pasos e invadía hasta los tranquilos sitios de nuestro descanso estival.

Medalla de Oro, Exposición Universal, París 1900.

Granulos de CATILLON

0.001 Extracto Normal de

STROPHANTUS

Con estos gránulos se han hecho las obras discutidas en la Academia de Medicina, París 1889. Proban que 2 ó 4 producen pronta diuresis, reaniman el corazón debilitado, disipan

ASISTOLIA — DISPNEA — OPRESION — EDEMA — Lesiones MITRALES

Granulos de CATILLON

0.0001

STROPHANTINE

CRISTAL

TÓNICO del CORAZON por EXCELENCIA

Efecto inmediato — Uso continuo sin inconveniente ni intolerancia. — Exigir la firma CATILLON

Premio de la Academia de Medicina de París, por "Strophantus y Strophantine"

Laboratoire CATILLON, 3, Boulevard St-Martin, PARIS

Agentes para España, GIMÉNEZ-SALINAS y C^o, Avda. Eduardo Dato, 10, MADRID

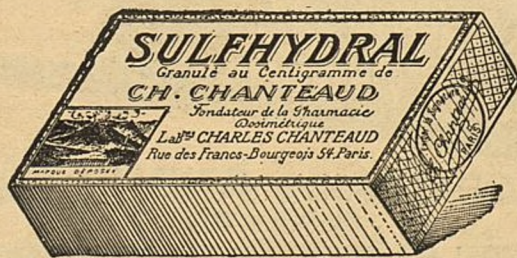
GRANULOS CHANTEAUD

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

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

Hidrastina..... miligr.
Hiosciamina..... 1/4 miligr.
Iodoformo..... miligr.
Juglandina..... centigr.
Lobelina (sulfato)..... ½ miligr.
Picrotoxina..... ½ miligr.
Pilocarpina (nitrato de).... miligr.
Podofilino..... centigr.
Quasina..... miligr.

Quinina (arseto. de) miligr.
Quinina (hidroferro-
cinato de).... miligr. centigr.
Quinina (bmhto. de Sulfato.
Quinina (valetto. de) 2 centigr.
Scilitina..... miligr.
Sal de Gregori..... miligr.
Sosa (arseniato de) miligr.
Zinc (fosfuro de)... miligr.



**El Mejor
PURGANTE
LAXANTE
DEPURATIVO**

SEDLITZ CH. CHANTEAUD

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

Contra :
Estreñimiento
Estado bilioso
Jaqueca
Congestiones.

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

ESTREÑIMIENTO

Lactolaxine Fydau

COMPRIMIDOS DE
FERMENTOS LÁCTICOS
LAXANTES

COMBATE EL
ESTREÑIMIENTO
LA ENTERITIS Y
SUS CONSECUENCIAS
RESTABLECE LA
SENSIBILIDAD
DE LA MUCOSA
REEDUCA EL
INTESTINO

1 a 3 Comprimidos
por día.

MEDICAMENTO LAXANTE
IDEAL PARA NIÑOS,
ADULTOS Y ANCIANOS.

LABORATORIOS ANDRÉ PÂRIS
PARIS • FRANCE

Muestras: Alejandro Riera, Agente General
Napoles 166 BARCELONA

SAUVILLON

Esta contingencia tenía, claro está, el aspecto seductor y agradable que suponía el crédito, la fama y las posibilidades crematísticas que de aquéllas derivaban; pero presentaba un aspecto negativo que tuvimos la suerte de apreciar, y era la desproporción de nuestros limitados conocimientos, sobre todo entonces, de las afecciones del aparato respiratorio (ya que nuestra preparación y práctica médica habían sido principalmente en sentido otorrinolaringológico) para actuar con la debida ética científica en el planteamiento y resolución de los problemas clínicos en aquella masa de enfermos del aparato respiratorio que acudían a nosotros, y para evitar las consecuencias deplorables que desde los puntos de vista científico, profesional y deontológico hubieran tenido la captación y canalización de aquella espléndida y atrayente clientela, orientamos de una manera radical y enérgica nuestra conducta profesional en dos criterios: primero, positivo, que fué colocar nuestros servicios oficiales en plan permanente de enseñanza de nuestras técnicas, con el máximo de facilidades para la adquisición absoluta, por quien quisiera, de todas las particularidades de las mismas; así establecimos cursos, conferencias y demostraciones prácticas en centros oficiales nacionales y extranjeros, y acudimos a todos los requerimientos que en este sentido se nos hicieron, siempre con el máximo agrado y desinterés.

El criterio negativo fué el no publicar apenas más que trabajos que se refiriesen a particularidades de las técnicas, silenciando todo lo que pudiera referirse a posibilidades medicamentosas y resultados terapéuticos. Pero esta actuación voluntariamente silenciosa no ha impedido, sino, antes bien, ha facilitado nuestros trabajos experimentales y terapéuticos. Y las incidencias y resultados de nuestra labor, es decir, todo el protocolo de nuestra actuación en animales, más las historias clínicas referentes a procesos tratados endobronquialmente, con estadística de más de 2.000 casos, los poníamos a disposición de nuestros alumnos, para que ellos fuesen los portavoces de lo que pudiese haber de realidad en aquellos resultados terapéuticos. No es ocasión de citar todos los trabajos que sobre esto se han publicado, y únicamente haré mención de las tres tesis doctorales de los Dres. Fernández Arratia, V. de Pablo (Buenos Aires) y De la Fuente Gómez sobre resultados terapéuticos con nuestras técnicas.

La labor tranquila y sosegada a que nos hemos podido dedicar, sin otro acuciamiento que el de enseñar lealmente lo que sabíamos a los que nos hacían el honor de acudir a nosotros, ha permitido, ya insensiblemente polarizados nosotros en el tratamiento

de ciertas enfermedades respiratorias, conseguir algunas posibilidades prácticas, y quebrantando por



Fig. 8.ª—Posición del médico y el enfermo al realizarse la inyección intratraqueal con jeringa.

primera vez nuestro silencio de varios años, procuramos su publicación.

FENOMENO DE EVACUACION TRAQUEAL. LAVADO PULMONAR

Antes de seguir adelante, tenemos que exponer (aunque ya está abundantemente descrito en publicaciones anteriores) un fenómeno que es una derivación del franqueamiento glótico, facilitado por nuestra técnica; este hecho fisiológico es lo que hemos bautizado con el nombre de *evacuación traqueal*, del cual se deriva lo que nosotros hemos llamado *lavado pulmonar*, y que autores extranjeros, posteriormente, comentando este descubrimiento nuestro, han llamado "grandes lavados bronquiales". El fenómeno de *evacuación traqueal* consiste en que la tráquea de todo individuo colocado en decúbito lateral es capaz de soportar indefinidamente el paso de una cantidad considerable de líquido en dirección de dentro afuera, sin impedir la respiración, la cual en todo momento se verifica libremente. La entrada del líquido se realiza a través de una sonda, que llega solamente hasta la bifurcación bronquial.

Este es un hecho o ley fisiológica absolutamente inédito, y que nosotros hemos sido los primeros en describir en 1928 (EL SIGLO MÉDICO: "La técnica del lavado pulmonar").

Para la realización de la maniobra del lavado pulmonar, se necesitan los requisitos siguientes:

Decúbito del paciente.—Este es lateral, derecho o izquierdo, según el pulmón hacia el que queramos hacer llegar el líquido lavador; con el decúbito conseguimos que el pulmón a lavar quede en un plano inferior a la tráquea, y, por consiguiente, todo el líquido vertido a través de este órgano inundará el pulmón en declive, en cumplimiento de la ley de la gravedad.

Asimismo, esta colocación del paciente sitúa al pulmón contrario en un plano superior al arribo del líquido, constituyéndose entonces este órgano, casi en su totalidad, en cámara de aire, en la que es mecánicamente imposible que penetre el líquido que llega por la tráquea (fig. 9.^a).

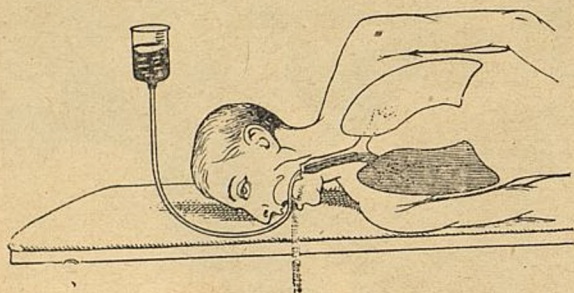


Fig. 9.^a LAVADO PULMONAR.—Posición del enfermo durante el lavado; el líquido lavador llega a través de una sonda colocada en la tráquea, inunda el pulmón en declive y sale por la tráquea, laringe y boca al exterior, sin impedir la respiración del paciente, que está asegurada por el pulmón en alto, libre de líquido, y por la posibilidad del paso del aire por la laringe y tráquea, a pesar de la sonda y de la corriente de salida del líquido lavador (fenómeno de «evacuación traqueal», García Vicente).

Entrada canalizada del líquido lavador.—Este penetra en el árbol respiratorio a través de una sonda colocada en la tráquea hasta la bifurcación bronquial, es decir, de la misma manera que en las técnicas descritas anteriormente.

Salida del líquido resultante del lavado.—*Evacuación traqueal propiamente dicha*, en virtud de la cual el líquido introducido sale, después de haber pasado por todos los tramos del pulmón en declive, por la tráquea, laringe, faringe y boca hasta el exterior.

MANIOBRAS QUE INTEGRAN LA TÉCNICA DEL LAVADO PULMONAR

Instrumental.—Es exactamente el mismo que el que usamos para la introducción endobronquial medicamentosa, a saber:

La jeringa intratraqueal y la pinza introductora de sondas: éstas serán del tipo Porges, semirrígidas, uretrales, de un calibre de 14 para mujeres y niños, y de 15 para adultos.

Para introducir el líquido lavador, nosotros empleamos *jeringas de gran capacidad* (de 100 a 200 cc.); puede realizarse también con un *irrigador* de altura variable para graduar la presión; pero, como decimos, preferimos la utilización de un par de jeringas de gran capacidad, que sucesivamente va llenando un ayudante, pues por la resistencia al vaciamiento del cuerpo de bomba juzgamos la presión que es conveniente dar durante las diferentes fases del lavado.

Se necesita una mesa de operaciones susceptible

de levantarse por uno de los extremos; en caso de tener que atenerse a medios modestos, bastará una mesa corriente, calzada en uno de sus extremos, para levantarla lo que sea necesario, como se describirá más adelante.

Además, una *batea o receptáculo*, destinado a ser colocado debajo de la cabeza del enfermo y recoger el líquido de salida.

Preparación del enfermo.—Estará con el estómago vacío, habiendo transcurrido cuatro horas, por lo menos, después de la última comida.

Anestesia somera.—Se instilarán 2 cc. próximamente de la solución de estovaina al 5 por 100 en la tráquea, utilizando la jeringa intratraqueal; el objeto de esta ligera anestesia es únicamente hacer tolerable la colocación de la sonda, que se introducirá en la tráquea para realizar el lavado; la conveniencia de no anestesiar a fondo es la de conservar eficaces los movimientos de tos que se producen al introducir el líquido del lavado, y que, según nuestros trabajos experimentales, son los factores que aseguran la eficacia del mecanismo de arrastre en zonas alejadas de los gruesos bronquios.

Introducción de la sonda a través de la glotis.—Se realiza con la pinza introductora, en la forma que ya hemos descrito, no pasando su extremidad de la bifurcación bronquial (véase lo descrito sobre este punto).

Decúbito.—Para lavar el pulmón derecho se acostará el enfermo de este lado, y viceversa; para esto se coloca al enfermo en la mesa o camilla destinada al efecto, colocando debajo de la cabeza el receptáculo o batea que hemos citado anteriormente.

Conviene, además, levantar la pelvis del enfermo de 10 a 15 centímetros del nivel de la cabeza; para ello no hay más que inclinar en este sentido la mesa o camilla, calzándola convenientemente.

De esta manera la evacuación traqueal se verifica más fácilmente, aun cuando baste el simple decúbito lateral para que aquélla se realice.

Evacuación del líquido resultante del lavado.—Esta se verifica por *oleadas*, que coinciden con golpes de tos; la primera oleada de retorno se produce alrededor de los 70 cc. en los adultos y 50 cc. en los niños; las sucesivas se siguen produciendo en iguales períodos de líquido próximamente, y así hasta que se deja de introducir líquido a través de la sonda.

El aspecto del líquido de retorno varía según la lesión que asienta en el pulmón a lavar. Lavando un pulmón normal, el líquido de evacuación sale mezclado con moco transparente y formando espuma. En pulmones afectados de cavidades supuradas y de difícil evacuación, tales como bronquiectasias, absce-

sos, etc., la cantidad de mucosidades y exudados de todo género arrastrados por el lavado es tan considerable, que las primeras oleadas de retorno son de un líquido amarillento, opaco y espumoso, en el cual los exudados enmascaran por completo el líquido introducido.

Este va poco a poco aclarándose, hasta salir completamente limpio, lo cual indica la terminación del lavado.

Con lo descrito se comprende que la cantidad de líquido introducido variará según la cantidad de exudados que existan en los bronquios y cavidades del pulmón a lavar; generalmente bastan de 800 a 1.200 centímetros cúbicos de líquido lavador para conseguir el fin que nos proponemos.

Temperatura y naturaleza del líquido a emplear.—Al instituir la técnica, usamos constantemente suero salino fisiológico a 38°; posteriormente, hemos empleado distintas clases de líquido y *aumentado la temperatura del mismo* en términos que describiremos más adelante.

(Continuará.)

FACULTAD DE MEDICINA DE MADRID
Clínica Quirúrgica. - Director: Profesor L. Olivares

Estado actual de la técnica colecistográfica

POR EL
Dr. J. REGUEIRO LOPEZ
Jefe de la Clínica.

A pesar del tiempo transcurrido desde los comienzos de la era colecistográfica, subsisten todavía problemas inherentes a su técnica y al rendimiento radiológico de este método de exploración de las vías biliares.

Iniciada la colecistografía por Graham y Cole en 1934, con el empleo de la tetrayodo por la vía endovenosa, muy pronto aconsejaron Menees y Robinson las ventajas de su administración "per os". La predilección de la vía gástrica se debe más bien al temor a supuestas reacciones ocasionadas con la técnica endovenosa que a la convicción de su fidelidad radiológica. Eisler y Kopsstein, partidarios del método oral, con el que presentan una brillante estadística, confiesan que las imágenes de la vesícula biliar son más pálidas que con la técnica intravenosa, siendo preciso, por lo tanto, apelar a ésta en algunos casos. No intentan justificar su elección al riesgo de las molestias reaccionales, porque, según su experiencia, se presentan en las mismas proporciones en ambos métodos, pero más intensas con la técnica intravenosa. Posteriormente recomendaron Sandström y Nissen la ingestión de la tetrayodo, pero fraccionando la dosis total en varias tomas durante algunas horas, con el fin de sostener algún tiempo su circulación enterohepática.

Reiteradamente hemos llamado la atención sobre la inseguridad del método oral, de la que es fácil convenirse—además de por las razones expuestas en trabajos anteriores—, por la frecuencia con que se comprueba la presencia de tetrayodo en las imágenes radiológicas del intestino. Por consiguiente, ante una colecistografía

negativa debe quedar al investigador la duda de si depende más bien de la técnica que de la vesícula biliar. Es indispensable la severidad en este juicio crítico para poder contestar a la pregunta que se hace D'Amato: si una colecistografía negativa justifica una intervención quirúrgica.

El ideal de la colecistografía es obtener una imagen de la vesícula biliar en la menor unidad de tiempo, con el menor contratiempo para el enfermo. Esta ley, que hemos formulado hace tiempo, está en íntima relación con la técnica que se emplee. Actualmente se acentúa la tendencia por los métodos rápidos, merced a los que se puede obtener en pocas horas un colecistograma, utilizando sustancias que acumulan la tetrayodo en el hígado en poco tiempo.

A Antonucci corresponde la originalidad de inyectar la tetrayodo en una solución de glucosa al por 40 por 100. Biológicamente, se supone que aquélla se une a la glucosa de la sangre, provocando una hipoglucemia durante la primera media hora de la inyección. Pero esta unión se realiza muy lentamente, porque la cantidad de glucosa hemática disponible es muy inferior a la que se precisa para fijar rápidamente toda la tetrayodo. Partiendo C. Antonucci de esta teoría—aceptada por Barbara, Foa, Zappala, Gilbert y Zanetti—, elabora su técnica de administrar por vía endovenosa la tetrayodo disuelta en la solución hiperglicémica mencionada, anticipándose de este modo al fenómeno que precisaría realizarse en la sangre, para ser transportada la tetrayodo al hígado, que la elimina muy rápidamente con la bilis. Graham ya había observado con su técnica que en algunos casos la imagen radiológica de la vesícula biliar se hacía ostensible muy pronto, sin llegar a explicarse este hecho. Zappala también comprobó que en algunos diabéticos desciende la curva de glucemia durante la primera media hora de la inyección endovenosa de la tetrayodo, luego asciende progresivamente, alcanzando su máxima elevación a la segunda hora. A partir de la tercera hora vuelve a descender lentamente, para recobrar los valores normales hacia la sexta hora de la inyección.

De estas investigaciones se infiere la significación funcional de la glucosa en relación con la tetrayodo. La hipoglucemia que se produce en la sangre se restablece con el aflujo del glucógeno de los tejidos, que se transforma en gran parte en glucosa. Nosotros, en unión de nuestro colaborador J. A. Pascual, y siguiendo nuestra técnica colecistográfica, investigamos en nueve casos la glucemia en ayunas, y a la hora de la inyección, encontrando que en cuatro existía una ligera hipoglucemia, y en cinco, cifras idénticas a las de la primera investigación, es decir, que la proporción de glucosa no se había alterado. Zanetti provoca una movilización de la glucosa—una hiperglicemia—inyectando subcutáneamente adrenalina, con la que obtiene muy precozmente colecistografías positivas. Esta propiedad de la adrenalina de producir una descarga hiperglicémica también la poseen otras sustancias, principalmente las de tipo colorante, que, administradas al mismo tiempo que la tetrayodo, actúan excitando el sistema retículoendotelial.

Un tipo de técnica de fácil ejecución está representado por la que nosotros venimos empleando desde hace tiempo, y que denominamos "Método combinado de la vía oral e intravenosa". Su fundamento biológico está en perfecta armonía con el ritmo lento de la absorción in-

testinal de la tetrayodo administrada "per os" y la rápida llegada al hígado de la introducida por vía intravenosa. Por consiguiente, este método se ajusta rigurosamente a los conocimientos que nos suministra la Fisiología.

La marcha de nuestra técnica es la siguiente: de la dosis total de tetrayodo se administra la mitad la víspera de la colecistografía, y la otra mitad se inyecta dos o tres horas antes de obtener la primera radiografía. En la mayor parte de los casos se obtiene el máximo relieve radiológico de la vesícula biliar entre dos y cinco horas de la inyección (1).

La sensibilidad de este método es tan destacada, que frecuentemente se ve en las radiografías gran parte de los conductos biliares intrahepáticos. En algunos casos llega a verse todo el sistema biliar extrahepático. Nuestra técnica representa, por consiguiente, un método muy rápido de exploración de las vías biliares, de un rendimiento radiológico muy superior a los métodos empleados actualmente. W. Hermann y V. Revesz inyectan gramo y medio de tetrayodo, y al mismo tiempo dan por vía gástrica dos gramos y medio doce a catorce horas antes de la primera radiografía. Este método nos parece tributario de muchos errores, porque la pequeña dosis inyectada será rápidamente fijada por el hígado, y en el transcurso del tiempo que es preciso esperar se habrá eliminado en gran parte al intestino, y, por lo tanto, no tendrá más valor que un método oral cualquiera.

19-III-36.

Los resultados más importantes que ha reportado el estudio de la fisiología y la patología de la constitución

POR EL

Prof. NAEGELI (Zurich)

Traducido y adaptado por el coronel médico F. G. D.

Impone el contemplar hasta qué punto influye en nuestras concepciones modernas el factor constitucional, tanto en lo que se refiere al estudio del hombre normal como en lo relativo a su patología. No se trata de que el progreso incesante de nuestros conocimientos nos haya aportado nuevos datos ignorados por los antiguos, y que nosotros hemos de tener forzosamente en cuenta; no. Es que, además, hemos subvertido muchos valores que antes se tenían como definitivos, y esto en un espacio de tiempo que apenas si pasa de diez años.

No se discute ya el que las propiedades heredables y las hereditarias se deben a modificaciones del gen, todavía desconocidas, sin que tengan nada que ver en estas cosas los factores exógenos (darwinismo antiguo). El hecho se nos aparece claro e indiscutible; las explicaciones propuestas son todas insuficientes. Vemos que se trata de un hecho general que se observa lo mismo en el hombre que en los animales y en las plantas, sin que en ninguna parte acertemos a explicarnos el porqué y el cómo se producen tales variedades. Sabemos que en muchísimos seres—el hombre entre ellos—hay razas blancas y negras, pero ignoramos el porqué de ello, y he-

(1) Para más detalles sobre nuestra técnica, véanse los siguientes trabajos: "Nueva técnica tetrayódica de la vesícula biliar" (1935); "Actas del II Congreso Nacional del Aparato Digestivo" (1933), y "Actas de la Academia Médicoquirúrgica Española, de Madrid" (1935).

mos de prescindir de la hipótesis del calor, pues en América Central los indios no son negros, y en sitios análogos de África, sí. La cerebración pertenece, asimismo, a los hechos de explicación desconocida, y aunque sabemos que hay herencia musical y herencia matemática, ignoramos sus razones. ¿Será también el Genio una mutación? Cuando se estudia este asunto desde el punto de vista de las ciencias naturales, hay que contestar que no; las mutaciones son hereditarias, y el Genio no lo es. Los hijos de los hombres de Genio casi nunca lo son, y a veces son anormales. En el Genio debe existir una combinación casual de propiedades superiores. Algo así como lo que de sí mismo decía Goethe:

*Heredé de mi padre la estatura
y las directivas esenciales de mi vida;
de mi madre, mi natural alegre
y el gusto por fabular.*

Muchas de las desviaciones heredables son inútiles, incómodas y aun enfermizas; estas desviaciones se agrupaban con el nombre de *degeneración*, y en la tercera edición de la conocida obra de Bauer sobre estos asuntos se afirmaba que signos ligeros y escasos de degeneración apenas significaban nada, pero que acumulados en gran número eran indicio de lo que él llamaba "status degenerativus". Nunca he creído eso. No existe un fondo constitucional hereditario con desviaciones simultáneas hacia todas las direcciones imaginables. Hay sólo desviaciones concretas que originan una predisposición a padecer determinadas enfermedades, cuando, al mismo tiempo, actúan causas exógenas propicias. Este punto de vista es compartido por Aschoff y por Müller, y responde al criterio que rige en las ciencias naturales, mientras que el de Bauer es puramente especulativo y filosófico.

Hace quince años aún se creía por casi todos que las predisposiciones hereditarias patológicas podían anularse y removerse por genos sanos y fuertes. Esto es sencillamente incomprensible, y no poseemos una sola prueba de que sea cierto. También es incompatible con la teoría de la degeneración el hecho de que en el reino animal y en el vegetal aparezcan mutaciones que traen consigo predisposiciones patológicas acentuadas, lo mismo que en el hombre, por ejemplo, la drosófila y el doríforo. Animales sin ojos y sin plumas es natural que mueran pronto, pero es tan prolífica la especie, que el que algunos individuos presenten mutaciones que comprometan su existencia no significa nada para la perpetuidad o continuidad de aquélla.

La selección se hace por múltiples procedimientos. Por ejemplo, después de la era de los grandes hielos, desde los Alpes hasta el Main, no había un árbol, y la flora era esteparia; en esta época la poderosa cornamenta de los ciervos y similares era un arma excelente que le daba gran superioridad y ventaja en su lucha, pero al volver la selva por mutación de la flora, la cornamenta fué un entorpecimiento, y estos animales pasaron de vencedores a víctimas. Aquí no obraron factores endógenos, sino factores exógenos.

La mutación es siempre lo primitivo. Hace años los químicos y patólogos reunidos hablaron del quimismo anormal como causa primaria de enfermedades del metabolismo. Hoy día reconocemos que si una célula tiene un quimismo anormal es porque la célula varió primitivamente y el cambio del quimismo es secundario.

Ginecología médica

Para el tratamiento endocrino de
Insuficiencia ovárica
Trastornos climatéricos
PROGYNON-B OLEOSO

(ESTER BENZOICO DE LA HORMONA DIHIDROFOLICULAR)

* **KAUFMANN** (de la Charité de Berlín) fué el primero en conseguir con el "Progynon B oleoso" la provocación de menstruaciones genuinas en mujeres castradas con amenorrea de varios años, determinando de esta forma la "dosis fisiológica" en la mujer.

* **DOISY** (1935) ha comprobado que la constitución química de la hormona producida por el ovario corresponde a la de la hormona folicular hidrogenada contenida en el "Progynon B oleoso" y no a la de la hormona folicular obtenida por los métodos de extracción habituales.

ENVASES ORIGINALES:

Caja con 3 amp. de 10.000 Unidades Benzoicas Intern.

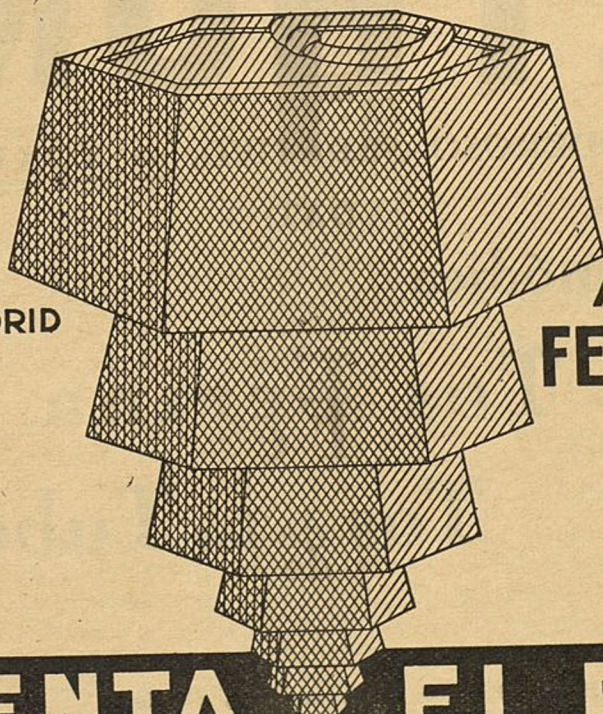
Caja con 1 amp. de 50.000 Unidades Benzoicas Intern.

PRODUCTOS QUÍMICOS SCHERING S. A., MADRID / BARCELONA



BIOTRIGON

Delegación
6, Calle Larra. MADRID



**ELIXIR
A BASE DE
FENU GRIEGO**

AUMENTA EL PESO

BELLERGAL

SANDOZ

El sedante equilibrador de las distonías neurovegetativas.

El **BELLERGAL "SANDOZ"** está constituido por la asociación de dosis débiles y óptimas de los sedantes electivos del sistema nerviosovegetativo:

Gynergeno: inhibidor tipo del simpático.

Bellafolina: sedante del vago, combinados con una dosis reducida de feniletilmalonilurea; de acción esencialmente central.

Normaliza las anfotonías.

Dosis: de dos a cuatro grageas al día.

Equilibra las distonías neuropsíquicas.

Envases: frascos de 25 y 100 grageas.

PRODUCTOS FARMACEUTICOS «SANDOZ», BASILEA (Suiza)

OFICINA CIENTÍFICA EN ESPAÑA:

Apartado 1036

MADRID

Niceto Alcalá Zamora, 18

ÆTHONE

PODEROSO SEDATIVO, no TÓXICO

Tos espasmódica

Tos Ferina

Tos de los Tuberculosos

Laboratoire de L'ÆTHONE, 9, Rue Boissonnade, París.

Quiero señalar ahora unas cuantas enfermedades en las que el estudio de la constitución ha hecho cambiar el concepto que de ellas se tenía.

1.º En la anemia hemolítica constitucional se aceptó que lo primario era una enfermedad del bazo, a causa de su tumoración, y los autores franceses creyeron se trataba de una tuberculosis o de una sífilis, porque con tuberculina o con luetina se provocaba un "icterus". Hoy día estimamos esto como falso, pues sobre cualquier fondo constitucional en el que por las más diversas causas se provoque una destrucción de hematíes, aparece fácilmente un "icterus", cuando se inyecta tuberculina. Lo que sabemos actualmente de este asunto es insuficiente para explicar la génesis y la esencia de esta hereditopatía.

2.º En otras alteraciones de la forma de los hematíes, en la formación de ovalocitos, habló Goltz hace tiempo de la degeneración cameloide de los mismos. Nada sabemos de tal degeneración, y el que los hematíes se asemejen en esta dolencia a los de los camellos no aclara nada el asunto.

3.º En la clorosis, cuyo carácter hereditario es hoy día conocido, se habló de gran número de causas exógenas. Virchow la achacaba a estrechez de la atorta; otros, al corsé; algunos, a la ptosis visceral; hubo quien pensó en anomalías amoratorias, y Grawitz aseguró que era una neurosis. Todas estas pretendidas etiologías se han abandonado por deficientes o falsas.

4.º Para algunos, la décima costilla flotante era un signo de degeneración, pero las investigaciones de Kühne han demostrado que su presencia es un signo de la evolución y reducción de la caja torácica. Hay dos alelos que rigen el desarrollo de vértebras, caja torácica y musculatura. Uno de ellos tiende a imprimir el sello de las vértebras craneales con reducción de costillas y vértebras y tendencia a la lumbalización, y el otro tiende a imprimir el tipo caudal con costillas cervicales y sacralización. En esa lucha de tendencias puede aparecer la décima costilla fluctuante.

5.º Para la luxación congénita de la cadera se pensaba antes en el amnios y líquido amniótico. Hoy sabemos que se trata de una hereditopatía que puede exteriorizarse en esa o en otras formas.

6.º Los enanos de la Isla Veglia, en Fiume, fueron considerados por Wágner-Jauregg como cretinos marinos. Se ha comprobado que son enanos constitucionales y hereditarios, de origen probablemente hipofisario.

7.º En la condrodistrofia se hablaba siempre de detenciones del desarrollo. Las investigaciones de Landau en los embriones de gallinas y en los intentos de bastardeos de razas han demostrado la naturaleza genotípica de esta dolencia.

8.º En la diabetes, como en la obesidad, se exageró la importancia de los factores exógenos. Hoy sabemos bien que tales factores tienen gran importancia, pero que lo esencial es lo constitucional.

9.º Lo mismo decimos de las hipertonías esenciales, cuyo carácter hereditario ha sido puesto de manifiesto por Weitz. Se achacaron antes a grandes excitaciones, responsabilidades exageradas y trastornos psíquicos. Sin embargo, en los manicomios existen individuos con enormes excitaciones, y en ellos no se da la hipertonia esencial con mayor frecuencia que en los restantes.

10. Para explicar la otosclerosis se ha pensado en la sífilis y otras causas exógenas. Pero hoy sabemos que

la porción cartilaginosa de la cápsula del laberinto es el único sitio en que subsiste el cartilago embrionario, y de ahí su falta de conexión frente a los demás cartílagos. Comprendemos que se trata de una hereditopatía específica pura, que no tiene nada que ver con las restantes enfermedades hereditarias del oído, y que sólo cuando se mezclan individuos con herencia de otosclerosis y de otras sorderas constitucionales se ven formas mixtas.

II. También en lo relativo a las enfermedades del sistema nervioso han cambiado muchas de nuestras ideas. Hace poco aún se creía que la enfermedad de Tay-Sachs, tan frecuente en los emigrantes polacos de Inglaterra, América y Australia, era debida a un cambio en el modo de vivir. Investigaciones bien hechas demuestran que los judíos de Polonia padecen también la enfermedad en su país. Es una enfermedad hereditaria, que lo mismo se presenta en los judíos de Polonia que en los de otros sitios. Lo mismo ha ocurrido con otras enfermedades congénitas, como la miotonía, por ejemplo, y ha pasado a la historia eso de atribuir al alcoholismo de los padres las hereditopatías del sistema nervioso.

Antes se daba gran importancia a la domesticidad y al incesto entre animales para explicar buen número de desviaciones patológicas observadas en ellos. Los papagayos de Australia se importaron a Europa hace unos cien años, y hacia el año 1882 se señalaron importantes mutaciones en algunos de ellos, que se atribuyeron a la domesticidad, pero es el caso que en los papagayos salvajes de Australia se han encontrado análogas mutaciones, con lo que aquella teoría cayó por tierra.

Vemos, por lo tanto, los grandes cambios en nuestras ideas respecto a este punto, pero no debemos olvidar que, si conocemos las cosas, ignoramos en absoluto el porqué y el cómo se producen. Sigue siendo verdad lo que Goethe decía: "La Naturaleza se ha tomado demasiadas libertades, y nuestra ciencia no basta para comprenderlas." Todos los pensadores saben que tras las cosas hay un algo que no conocemos, algo que Platón llamaba alma; Aristóteles, entelequia; que después se quiso explicar con el vitalismo, y más recientemente con el neovitalismo; que los físicos llaman campos de fuerzas, que Monakow llamaba *Horme* (alma de los impulsos), y que otros muchos llaman Dios, y que, en último caso, nos enseña que tras las cosas conocidas hay una última causa que no podemos alcanzar. Cajal decía, con razón, que en las ciencias naturales no hay ningún problema conocido en absoluto.

BIBLIOGRAFIA

TABULAE, BIOLOGICAE, PERIODICAE, por el Prof. Ed. W. Junk y numerosos colaboradores. Fascículo 4.º del tomo IV, y fascículos 1.º y 2.º del tomo V. La Haya, 1935. Editorial W. Junk.

Los fascículos recibidos de esta interesantísima publicación contienen numerosos trabajos de especial interés, especialmente para químicos y biólogos, mereciendo destacarse entre ellos el final del consagrado a los efectos y a la naturaleza química de los gases de guerra, en el que se ocupa exclusivamente del óxido de carbono, un extenso trabajo en el que se recopilan todos los datos conocidos sobre contenido de sustancias minerales en organismos vegetales; otro dedicado a la

alergia e hipersensibilidad, que deberán conocer cuantos se dedican al conocimiento íntimo de estas reacciones biológicas, y uno muy curioso dedicado al agua pesada, recientemente descubierta, y de la que ya se empiezan a estudiar aplicaciones médicas.

Todos estos trabajos son minuciosísimos, contienen infinidad de datos numéricos y de cuadros, y se acompañan de una bibliografía muy completa, que pone a mano del investigador todas las fuentes de estudio adonde puede dirigirse para conocer a fondo aquella materia.

Todo ello unido a una esmeradísima edición.—F. G. D.

DISCURSOS INAUGURALES DE LAS ACADEMIAS DE MEDICINA DE MURCIA, VALLADOLID Y ZARAGOZA.—Año 1936.

Hemos recibido los discursos inaugurales de las Academias de Medicina arriba enunciadas, y en las cuales disertaron sobre los siguientes temas: "A propósito de las intoxicaciones ocurridas en Pacheco", "Lucha social contra la tuberculosis" y "Birth, control y eugenesia", los Dres. Enrique Gelabert, Román García y Vicente Gómez Salvó, respectivamente. A todos antecede la Memoria de la labor llevada a cabo por las mismas.

Igualmente se inserta el anuario de académicos y los premios instituidos para el presente curso. Nuestro agradecimiento a las citadas Academias por su envío.

PERIODICOS MEDICOS

SANTAMARIA, QUARANTA, GAIBISSO y NELLI.—*La hematomporfirina como nuevo agente del tratamiento de las melancolías.*

Después de decir los autores cómo hasta hace poco no se usaba este medicamento y bien se empleaba el opio, administrando así a un organismo enfermo un tóxico más; pero felizmente han logrado encontrar esta substancia, acerca de la cual hacen un completo estudio de orden químico. Igualmente han realizado trabajos de índole experimental con la misma en diversos animales.

La técnica de administración puede ser oral o parenteral, y en ciertos casos es mixta.

Por la oral se empieza a dar al paciente 10 gotas tres veces al día antes de las comidas; se va aumentando gota a gota hasta llegar a 30 tres veces diarias. Luego se inicia el descenso igual hasta alcanzar la dosis estacional en 15; así se permanece tres semanas. Un descanso de dos, y se puede volver a empezar. Una serie de diez inyecciones—es el otro método—intramusculares o subcutáneas de 1 cc. Se descansa una semana, y se inicia otra serie de diez, pero de 2 cc. En los casos de urgencia se usa el método mixto. La mejoría es muy digna de tenerse en cuenta, ya que aumenta el apetito, se corrige el estreñimiento, aumenta el sueño y el peso. Los trastornos de índole psíquica y el general mejoran mucho. En cuanto a trastornos, no han observado hasta ahora ninguno. Como indicaciones, citan todos los casos de depresión psicógena de origen externo, las depresiones endógenas, melancolías y psicosis periódicas. En los esquizofrénicos no han observado mejorías. Por último, acompañan al trabajo unas cuantas historias clínicas, que ponen de manifiesto la verdad del mismo. Una moderna biblio-

grafía cierra el mismo, dándole más interés. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, núm. 49, pág. 1.747.)—J. H.

SWEITZER y LAYMON.—*Acrodermatitis crónica atroficante.*

Con motivo de cuatro observaciones personales, efectúa el autor un resumen bibliográfico, refiriéndose principalmente a las formas raras o asociadas a las que pertenecen sus casos. En el primero se trataba de una enfermedad de Pick-Herxheimer, acompañada de nódulos fibrosos, artritis deformantes y atrofia ósea, esclerodermia en bandas y atrofia de las mucosas. En los otros casos, la acrodermatitis existía en asociación, respectivamente, con atrofia maculosa, esclerodermia y liquen plano.—(*Arch. of Der. and. Syph.*, vol. XXXI, número 2, 1935, pág. 196.)—T. B.

RENÉ CRUCHET.—*La obesidad postencefalítica.*

El autor poner de relieve varios casos de encefalitis seguidos de obesidad, diez de ellos eran parkinsonianos a consecuencia de la encefalitis. La obesidad suele ser el síntoma esencial, y suele asimismo darse aislada, si bien puede asociarse a una diabetes, sin presencia de azúcar en orina, trastornos genitales: trastornos genitales con irregularidades menstruales. Nos dice que si bien estos fenómenos pueden hacer pensar más especialmente en lesiones de hipofisis, nada todavía permite afirmarlo de una manera definitiva, dada la frecuencia que en estos pacientes se ven de radiografías de cráneos normales y sin la menor deformación de la silla turca.

Dice Cruchet cómo tiene interés el que esta obesidad, así como los síntomas susceptibles de acompañarla, tienen un carácter generalmente temporal, y así, dice, la ha visto desaparecer al cabo de un año en los enfermos cuya pista ha seguido largo tiempo.

La obesidad en muchos de los casos va precedida o seguida de un verdadero proceso de adelgazamiento, cuya progresión y rapidez parece infringir una profunda perturbación a los centros nerviosos.

El tratamiento habitual no parece, a juicio del autor, tener una eficacia probada, y ocurre muchas veces—termina su trabajo—en que, a partir del momento que el tratamiento se abandona o se sigue mal, empieza a desaparecer el estado de obesidad.—J. H. S.

GEZA HETÉNYL.—*El tratamiento de la colitis grave por el ácido ascórbico.*

Instituyó el autor este tratamiento en la colitis grave, en primer término, por la acción hemostática del ácido ascórbico, y en segundo lugar, porque el régimen de los enfermos de colitis es en extremo pesado y se halla por completo desprovisto de productos en los cuales entre la vitamina C.

El número de los casos tratado es de siete. Dos de ellos eran de colitis de origen disenterico; en tres había proctosigmoiditis crónica ulcerosa, de origen desconocido, y los otros dos no son especificados.

En algunos casos, los resultados han sido de gran importancia, y para demostrarlo expone sucintamente algunos.

Como administración da, a partir del cuarto día, 150 miligramos, dos veces al día, de ácido ascórbico por vía venosa. Vuelve a hacer, por último, el elogio del método. (*Klinische Wochenschrift*, núm. 41; octubre 1935.) H.

SECCION PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

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

SUMARIO.—SECCIÓN PROFESIONAL: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—ACADEMIAS Y SOCIEDADES.—Contra el paro médico (IV), por el Dr. Arriete.—¡Ya es mucho esperar! por Santiago Fernández de Velasco.—Dos aspectos de una injusticia, por G. Vicén Trasmontán.—Cruzada Pro-Reivindicación Médica.—Asociación Oficial de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria.—Cátedra de Dermatología.—Sección Oficial.—Gaceta de la salud pública; Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Tertulia.

BOLETIN DE LA SEMANA

"Lasciate ogni speranza..."

Nuestros lectores estarán bien al corriente de los acontecimientos públicos que se vienen sucediendo en España desde principios del año en curso. Cuando en estas columnas nos ocupábamos de las posibilidades que una situación de orden firme pudiera ofrecer al desenvolvimiento de la Sanidad nacional, tan necesaria de reorganización, y al apuntamiento de resoluciones a los infinitos problemas que asedian la vida profesional de los médicos en nuestra patria, ya dijimos todo el mal que augurábamos de que, contra la esperanza que se alentaba, la solución política no fuera eficaz para que la vida nacional entrase en vías de orden y paz. Para bien o para mal de la patria, el signo de la política se orientó en el sentido revolucionario, y hoy nos encontramos, como ya augurábamos en aquellas ocasiones, con que al país se le plantean una serie de problemas de acuciante urgencia, que no permiten, ni en broma, la enunciación de los problemas sanitarios ante el Gobierno ni ante el Parlamento.

Una vez más, por desgracia nuestra, hemos acertado, y la lucha que hoy debemos entablar en pro de la salvación de nuestros intereses morales y materiales ofrece dificultades casi insuperables.

Jamás se ha visto en riesgo de mayor inminencia de desastre la clase médica española como en las actuales circunstancias. ¿A qué recurrir, ni qué medios ejercitar, para la busca de una salida digna y airosa a nuestra situación en un ambiente en el cual el solo enunciado de nuestros problemas despertaría un desdén ofensivo?

¿Qué esperanza podemos tener en las actuales circunstancias, últimamente agravadas con el episodio candente de la semana, que ocasionó la destitución del Jefe del Estado y el anuncio de unas elecciones de tanta importancia, que ocuparán cerca de cuatro meses de tiempo?... Mas los grandes problemas internacionales... Mas los incommensurables problemas económicos... Mas la amenaza descubierta y constante de una subversión de índole comunista y anarquista, que se antepone a toda otra meditación del gobernante y de la opinión pública...

Bien temíamos que la solución política originada en las últimas elecciones generales fuese francamente perjudicial a las clases sanitarias, pero nunca pudi-

mos suponer que el horizonte se cerrase en la forma que actualmente se nos presenta. La vida municipal española es un verdadero caos, y en este caos se debate la medicina rural en una agonía verdaderamente trágica. Y, para remate, se anuncia, con una inconsciencia rayana en lo sublime, el alborozo de la implantación del Seguro médico para dentro de una veintena de meses.

¿Qué va a ser de la clase médica española?

Grande ha sido siempre nuestro optimismo, pero no podemos por menos de sentir la angustia de la actualidad, y al introducirnos en la meditación de lo futuro, vemos encenderse en nuestro recuerdo las dramáticas palabras del inmortal canto de Durante:

Lasciate ogni speranza...

Debemos y queremos luchar, y es nuestro propósito adentrarnos en el infierno dantesco que constituye el próximo porvenir, con la esperanza de que la justicia y la razón se abrirán camino, y esta esperanza nuestra no la rendimos ni la rendiremos mientras nos quede un punto de existencia.

Ha muerto el Prof. Roberto Barany

A última hora nos llega la noticia del fallecimiento del ilustre profesor de Uppsala, Roberto Barany. Había nacido el genial maestro de la neurología moderna el 22 de abril de 1876, en Viena, donde cursó sus estudios, hasta doctorarse el año 1900. Fué médico asistente en el Hospital municipal de Frankfurt sobre el Maine, y también en la clínica psiquiátrica de Freiburg, y desde 1905 en la clínica quirúrgica de Gussembauer, en Viena. Dedicado más tarde a los estudios de la especialidad otológica, alcanzó en 1917 la titular de profesor en Uppsala. En el año 1914 se le concedió el premio Nóbel de Medicina. Gozaba el Prof. Barany de la máxima autoridad en las cuestiones de fisiología y patología del laberinto, y a él se deben los famosos y conocidos estudios de los trastornos de equilibrio en el aparato vestibular y la prueba conocidísima de la irritación por el agua caliente o la fría, ocasionadora del nistagmo, diagnóstico del estado normal o lesional del laberinto.

Durante los años inmediatamente anteriores a la Gran Guerra fueron populares las discusiones científicas ocasionadas por los estudios de Barany, de quien fué uno de los más enérgicos enemigos el famoso profesor Bonnier, más tarde tan popularizado en España con motivo de las cuestiones de la centroterapia,

tan desdichadamente propagadas e interpretadas en España con motivo de las llamadas curaciones del doctor Asuero.

La figura de Roberto Barany es una gran figura de la neurología y otología contemporáneas, y el duelo de su muerte es un duelo internacional, al que nos unimos con cordial emoción.

DECIO CARLÁN.

ACADEMIAS Y SOCIEDADES

ACADEMIA MEDICOQUIRURGICA ESPAÑOLA

Presidencia. Dr. V. M. Nogueras

(Sesión del 6 de abril de 1936.)

MODIFICACIÓN A LA TÉCNICA DE LA RESECCIÓN TRANSURETRAL, por los Dres. Alfonso y Emilio de la Peña y Pineda.

Comienza diciendo cómo la resección transuretral de la próstata se practica hoy en toda Europa por los más famosos urólogos de la misma, la cual ha dado su nombre a un gran número de aparatos a la práctica de la misma destinados, y a este respecto cita cómo el famoso profesor francés Marión ha dado su nombre a un aparato construido por una renombradísima casa constructora de aparatos quirúrgicos de su país.

Insiste en su opinión, ya recientemente expuesta en una comunicación a la Academia Nacional de Medicina, de que el adenoma prostático no existe, y a este respecto cita varias opiniones de cancerólogos famosos que con él coinciden.

Estima como de gran ventaja este método en sujetos con insuficiencia funcional del riñón, ya que la reproducción a éstos no les importa, si tienen la seguridad de evacuar totalmente su vejiga.

Dice cómo él, para quitar los trozos pequeñísimos que a veces pesan grandes cantidades, ha ideado unos finos tubos, a través de los cuales pasan unas agujas, que los coagulan.

A continuación expone el instrumental, que dice ha sido construido por un modesto industrial español, y unos preciosos dibujos del acto operatorio, realizados por su hermano y compañero de comunicación.

ESTUDIO CLÍNICO Y TRATAMIENTO DE LAS HIPERTENSIONES CEREBRALES AGUDAS, por los Dres. Raul de Montaud y Eugenio Díaz Gómez.

Dr. Díaz Gómez.—Los enfermos que en unión del Dr. Montaud traigo hoy a esta Academia son casi iguales: se trata de dos casos de hipertensión cerebral aguda, en los cuales el tratamiento médico (inyecciones de suero glucosado) no había servido para nada. En el primero, que tenía un gran edema de papila, se hizo una punción del cuerpo calloso, sacando unos 100 centímetros cúbicos de líquido; la desaparición de los trastornos oculares se inició rápidamente, y la mejoría general también se acentuó enseguida, llegando con rapidez a la total normalidad.

El otro enfermo era muy parecido, si bien presentaba síndromes hipertensivos mayores; se hizo igualmente una punción del cuerpo calloso y se sacaron 300 centímetros cúbicos de líquido ambarino y a poca presión; tras ésta, el enfermo cayó en un estado soporoso, y a las veinticuatro horas manifestó un ataque muy inten-

so de excitación, con trastornos de índole mental; el enfermo se fué a su pueblo, donde mejoró, y a los seis meses se hallaba bien de los trastornos de hipertensión, si bien persiste el edema papilar. Le recomendamos vuelva a vernos a los pocos días, y el paciente desaparece, con lo cual nada volvemos a saber de él (continuando así en el momento actual).

Dice cómo él ha visto gran número de estos enfermos, y cómo cree que pueden provenir los trastornos de un gran número de causas inflamatorias.

Hace unas breves consideraciones acerca de los tumores cerebrales, y habla de las ideas de Nonne, que considera a los tumores-fantasmas como producidos por quistes, y a este respecto recuerda un caso por él visto a su ingreso en el Hospital Provincial, al cual ayudó a operar al Dr. Goyanes.

Cree que en estos enfermos, lo primero, en cuanto a tratamiento, que se debe emplear, debe ser el de las inyecciones de suero hipertónico; en cuanto a la punción, estima la mejor la del tercer ventrículo; se muestra enemigo de la trepanación descompresiva, y dice cómo también puede emplearse la operación de Ogilis, ya que descomprime el cerebelo.

Estima, por último, que la encefalografía arterial por el yoduro de sodio tiene una acción descompensadora evidente.

Dr. Raul de Montaud.—Da lectura en extenso a los casos presentados brevemente por el Dr. Díaz Gómez, y dice cómo en estos enfermos se precisa de una acción enérgica y precisa en cuanto al tratamiento sintomático. Dice cómo esta punción tiene aún menos peligros, si cabe, que la lumbar.

FUNCIÓN VESICULAR Y COLESTERINA, por los Dres. Oliver (E. y A.), y G. Torres.

Dres. Oliver (E. y A.).—La colesisterina la encuentro aumentada en la bilis B, lo que me hace pensar en que la vesícula la segrega. Pero esto no quiere decir que ocurra en estado normal, sino que sólo se da en las vesículas patológicas.

Este estudio lo hemos hecho en 150 enfermos que hemos escogido de nuestro protocolo, y hemos obtenido este resultado, es decir, bilis B, más concentrada en colesisterina que la bilis A y C, siendo, en cambio, la concentración de pigmentos muy poco modificada. Hemos obtenido al mismo tiempo algunas cifras hasta hoy no superadas, como son de cuatro y cinco.

Dr. Requeiro.—Cree que es una función muy discutida la que presenta el Dr. Oliver como propia de las vesículas enfermas, y tiene un gran poder de concentración, como lo vemos en algunos casos, en que se vió que concentraba lo mismo el colédoco. Cree que no se la puede dar tanto valor como órgano secretor de colesisterina, porque en las bilis blancas, lo mismo que no se encuentran pigmentos y sales, no se encuentra colesisterina.

Dr. Gutiérrez Arrese.—No es partidario de la secreción de colesisterina por la vesícula biliar. La colesisterina está en la sangre, libre y formando ésteres, y de éstos se puede formar, al estar estancada en la vesícula y aumentar la concentración en la bilis B. En otros casos podríamos sacar con la bilis en el sondeo duodenal un barro; en este caso, no es extraño el mencionado aumento.

En muchos animales que no tienen vesícula biliar se sintetiza en su organismo la colesisterina, y aun en los que la toman exclusivamente vegetal, también.

Se han hecho pruebas en perros, a los que se daba una dieta pobre en colesteroína, y a los veinte días ésta estaba más aumentada que cuando la tomaban con los alimentos.

Cree, por último, que es poco exacto el drenaje biliar para poder sacar consecuencias tan rotundas como pretende el Dr. Oliver.

Dr. Oliver (E.)—Agradece la intervención a los doctores Regueiro y Gutiérrez Arrese, y dice que por ser su estadística muy extensa, cree poder sacar alguna consecuencia, y contesta a la supuesta enfermedad de la vesícula, que escogió los casos, con bilis limpia y con radiografía que no indicaba nada anormal de vesícula.—J. H. S.

* * *

SEMINARIO DE ESTUDIOS NEUROPSIQUIATRICOS

DE LA CLÍNICA DE LOS DRES. HUERTAS Y VILLAVERDE
(Hospital Provincial.)

Sesión clínica del jueves, 2 de abril de 1936.

Presidencia: José María Villaverde y Larraz.

Dr. VILLAVERDE.—Particularidades del curso de la alucinosis alcohólica de Wernicke.

Expone el concepto de alucinosis y las diversas variedades que de ella pueden presentarse en distintos procesos tóxicoinfecciosos, haciendo la historia y evolución del síndrome de Wernicke, inclinándose hacia la opinión de la importancia de la personalidad prepsicótica esquizoide para la aparición del proceso, y del papel, sólo accesorio, que en ella desempeña la intoxicación alcohólica, que sólo sería el desencadenante de determinados síntomas; pero los más importantes del cuadro, cuales son las alucinaciones auditivas en tercera persona y la absoluta lucidez, tendrían una patogenia puramente endógena. Cree que en la mayor parte de los casos, lo que aclara totalmente la verdadera naturaleza del proceso es el curso de la enfermedad, pues por diversas etapas, cada vez más típicas, se va poniendo de manifiesto un trastorno mental esquizofrénico, que seguramente ha permanecido latente hasta entonces, coloreando de modo característico los accesos desencadenados por la acción del alcohol.

Por ello propone que para poder orientar un pronóstico en cada caso, se hace preciso un detenido estudio del temperamento, de la personalidad prepsicótica y de las personalidades de los familiares del enfermo, pues verificándolo de este modo muy pocos serán los casos en que se dejen de encontrar indicios de una esquizoidia más o menos manifiesta.

Presenta a este propósito un caso de un enfermo hospitalizado en la Clínica Psiquiátrica en la actualidad, pero que ya ha estado otras dos veces sometido a observación, en una de ellas por otro profesor del Hospital, habiéndose diagnosticado siempre que padecía una alucinosis. Habiendo disminuído en la intensidad de su abuso alcohólico, vuelve a ingresar en la actualidad, siendo de notable en su cuadro sindrómico que, aparte de otros síntomas de tipo alucinósico, presenta un delirio interpretativo de persecución con ideas de autoreferimiento y algunas alteraciones en el pensar, que indican claramente el mayor acentuamiento de los síntomas de índole esquizofrénica sobre los de naturaleza alcohólica. En tal enfermo, la personalidad prepsicótica era claramente esquizoide, pero, a pesar de ello, en su pri-

mer ingreso no hicieron aparición en ningún momento síntomas esquizofrénicos, y su salida del Hospital, tanto en esta vez como en su segundo ingreso, lo fueron a consecuencia de una total remisión de los síntomas que motivaron su ingreso.

Dr. Puyuelo.—Cree que la diferencia absoluta entre este síndrome, que comúnmente se encuentra estudiado entre los de origen alcohólico, y los restantes de tal naturaleza, principalmente el alcoholismo crónico simple y los cuadros de "delirium tremens", no sólo se deben a diferencias en el temperamento y personalidad total del sujeto que bebe, como ha explicado tan detenidamente el Dr. Villaverde, sino que también interviene la constitución (relacionada íntimamente con el temperamento) y el mayor o menor grado de lesión somática por efecto de la ingestión del tóxico; expone a este fin sus resultados obtenidos en cuanto a las alteraciones de las funciones hepáticas en el alcoholismo crónico, que llegan a su máximo exponente en el "delirium tremens", y compara tales cuadros de alteración funcional con los que proporciona el examen biológico del enfermo presentado por el Dr. Villaverde, en que no puede hablarse realmente de ninguna de tales alteraciones. Opina, por ello, que este cuadro que se encuentran estudiando puede y debe ser separado del estudio de las psicosis alcohólicas, y que, por las analogías constitucionales, temperamentales y, principalmente, por su curso y evolución, debe ser más propiamente incluido dentro del amplio capítulo de las esquioprenias.—E. P. S.

CONTRA EL PARO MÉDICO

IV

El otro elemento

(Continuación.)

No es muy difícil recordar a quienes tengan ya más de los cuarenta años la forma en que se han desarrollado esos dos grandes enemigos de la vida profesional médica que se llaman las Sociedades de asistencia y la Beneficencia pública. En los últimos años del siglo pasado, el problema de las Sociedades de asistencia apenas existía en España, y ello hacía posible la vida de gran número de médicos, con una tarifa de honorarios profesionales modesta y decente. Pero la marcha progresiva de los abusos de las minutas y el desarrollo absurdo de la Beneficencia en todos sus aspectos atañentes a los servicios sanitarios terminaron por hacer desaparecer del campo profesional el ejercicio independiente de modesta categoría. La avalancha de medios nuevos de aplicación diagnóstica aumentó el arsenal en disposición de los charlatanes y desaprensivos, y la clientela dejó al principio deslumbrar más que fuera justo por el empleo de medios y procedimientos, que fueron encareciendo la asistencia y justificando, con mayor o menor vergüenza, los abusos de las minutas. La cirugía alcanzó en los quince primeros años del siglo que vivimos su período apical de uso y abuso, y unas cosas y otras vinieron a desarrollar entre la masa de los clientes una situación de pánico ante las necesidades de recurrir al médico libre. La asistencia de una enfermedad aguda o crónica llegó a ser un problema aterrador, no sólo en las clases proletarias, sino en la burguesía más acomodada, y ello trajo la reacción inmediata de una defensa organizada a base de Sociedades de asistencia médica a prima fija. Desde que los clientes se

convencieron que por una cuota mensual tenían cubiertos los riesgos de la asistencia médica normal y de la accidental, con sus anejos de sanatorios, análisis, radiografías y tratamientos modernos, quedó al descubierto el gran absurdo que suponía la asistencia independiente cobrada a precios elevados.

No se ha dado en ninguna profesión más que en la nuestra el caso de que los mismos interesados en la defensa económica de su clase coadyuvaran del modo más eficiente a poner en claro lo innecesario de los precios abusivos.

Paralelamente a esta situación, se desarrolló un estado moral en la clase médica verdaderamente absurdo, que hizo suponer a las familias y a los propios médicos que el ejercicio de nuestra profesión era una mina de riquezas inagotables.

En la actualidad, y en medio de la derrota trágica de la clase médica, aún se mantiene el equívoco de la necesidad del lujo en el ejercicio profesional. El más joven licenciado cree hoy necesario establecerse a base de automóvil y piso de 6.000 pesetas para arriba, vida social esplendorosa y otros desatinos, que han llevado a la juventud a tener un concepto de la profesión médica que siempre fué lo más opuesto a la realidad, pero nunca se manifestó de modo tan palmario como en los años en que vivimos.

Siempre ha sido un gran pecado de los médicos el tener más afición a las reuniones sociales y al trato íntimo entre los de su clase que a inmiscuirse en medios distintos de la sociedad, y ello trae por consecuencia el que se forme un estado moral de competencias ficticias y de endiosamientos ridículos, lejos de compulsar las opiniones de las clases ajenas, que les fueran tan convenientes de conocer, para su aviso, consejo y escarmiento.

Por fortuna, quien estos artículos escribe ha vivido siempre al margen de este pecado, y es tal y tanta la experiencia acumulada por él en las cosas oídas y en los casos estudiados, que se siente firmemente autorizado a escribir las dolorosas páginas que está escribiendo.

Las juventudes médicas y cuantos se lamentan del fracaso económico de la clase han de exigir la responsabilidad a las minorías desmoralizadoras del ejercicio, a las que crearon, en el curso de estos cuarenta años, ese ambiente fatal que hoy rodea a nuestra profesión y que ha conseguido sobrepasar al de profesiones tan vilipendiadas en este aspecto como lo fueron en siglos anteriores los hombres de pleitos y leyes.

El cliente se defiende con estas dos armas terribles para el médico: las Asociaciones y la Beneficencia pública, y es el médico el que ha contribuido en grado máximo a que la Beneficencia del Estado, de la Provincia y del Municipio adquieran un carácter que nunca debieron tener, y a ella se acojan quienes ningún derecho tienen a su amparo. Y las Asociaciones de asistencia están sostenidas principalmente por los médicos que, con verdadero escándalo de la moral profesional, sacrifican al logro de una prima fija el porvenir de la profesión médica española.

Es un absurdo el afán con que por médicos notables y estudiosos se persigue el aseguramiento de un sueldo fijo, sacrificando, no sólo lo que honesta y dignamente pudiera merecer el ejercicio libre de su profesión, sino contribuyendo con una generosidad delictiva a la ruina de sus compañeros.

Junto a esto, la Beneficencia particular, provincial, mu-

nicipal y del Estado se desarrolla en términos tales, que hace casi inútil el ejercicio libre, y se ampara en los estatutos de estas organizaciones el que haya médico que figura con servicios en todas estas modalidades de la prestación benéfica de la asistencia médica, contribuyendo de un modo inconscientemente criminal a la ruina del ejercicio libre.

Con cinco, seis y siete sueldos se nivela hoy el presupuesto mensual de muchos médicos, que a ello añaden el ejercicio independiente, con una ventaja imposible de combatir para quienes no se dieron la maña de acumular esos emolumentos; y como estos favorecidos están en una situación privilegiada de competencia, mantienen precios telescópicos en sus honorarios de médicos libres, lo que contribuye a que la clientela aumente su apetito de defensa, formándose el círculo de hierro dentro del cual perece de hambre e inactividad una masa de médicos que tiene perfecto derecho a la vida profesional y que contribuiría a su saneamiento si estas cosas no fueran permitidas.

Sería cómico que se nos obligara a dar nombres propios. Los casos son muchos y conocidos. Aparte esto, no se puede negar que más del 90 por 100 de aquellos a quienes inculpamos están en perfecto derecho y legal disfrute de las posiciones que ocupan. No se les puede desmontar, porque consiguieron sus puestos con toda legalidad en la inmensa mayoría de los casos; pero aquí de lo que tratamos es de que esto tenga un fin y de señalar el camino a las juventudes médicas para que se apresten a la defensa, pidiendo, y aun exigiendo, que tales abusos no sean posibles en lo sucesivo.

Lejos de esto, se amenaza con establecer el seguro médico en plazo breve. Las circunstancias políticas y sociales de la nación pueden permitir en un momento dado el que la clase médica se oponga a lo que sería su muerte definitiva, y es necesario que estemos todos alerta y que se forme un estado de opinión entre las juventudes profesionales que pueda pesar, si el instante llega, para salvar la vida de la clase.

Nos ocuparemos ahora de lo que estimamos programa mínimo para oponernos al derrumbamiento de la vida profesional médica española.

DR. ARIETE.

¡YA ES MUCHO ESPERAR!!

La ley de Coordinación Sanitaria, que se creyó que, entre otras cosas buenas y convenientes a los titulares y a la Sanidad, extirparía casi radicalmente el caciquismo, plaga social de todos los tiempos, vemos que no es así, sino que sigue su marcha triunfal a través del pueblo rural español, actuando de modo más cínico y descarado que en los tiempos pretéritos, con la agravante para hoy de que, si ahora no se puede despojar de la titular, tampoco se puede con la libertad de antes encontrar partido que le aleje del peligro que supone continuar en el pueblo donde se le ha enfrentado el cacique, por cuanto para conseguir ser nombrado médico titular de un pueblo se necesita, según vamos viendo por lo que ocurre desde que entró en vigor la ley: que las vacantes se anuncien—tiempo indeterminado que podemos calcular en seis meses; solicitarlo (un mes); que se publiquen los nombramientos—, tiempo variable (tres meses). Total, de diez a doce meses. Tiempo más que suficiente para



El estímulo del peristaltismo

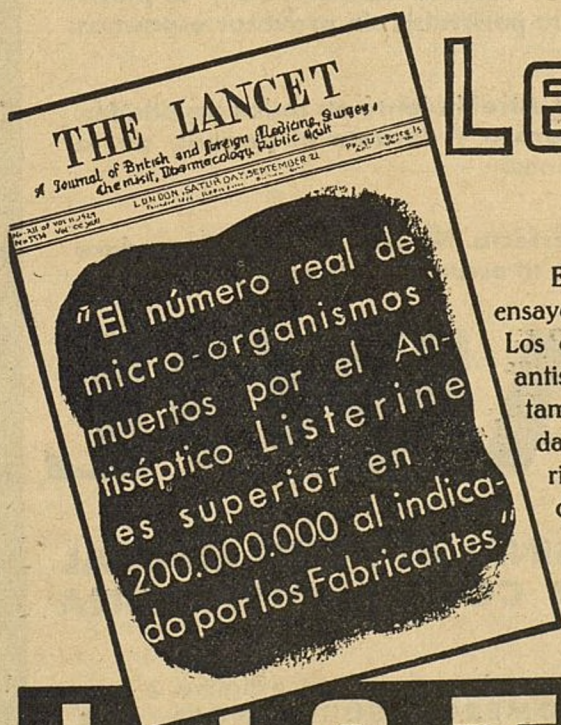
El efecto de la "Sal de Fruta" ENO en el intestino, es estimular la peristalsis por la simple acumulación de agua, favoreciendo así, de un modo perfectamente natural, la eliminación de los residuos digestivos y las toxinas. * De aquí que sus propiedades laxantes se ejerciten sin causar la más mínima acción desintegrante sobre la mucosa protectora intestinal. * Todos los médicos aprecian y recomiendan la "Sal de Fruta" ENO con absoluta confianza, aun en los casos más delicados, en que cualquier efecto drástico pudiera acarrear consecuencias de gravedad para el paciente.



'Sal de Fruta' ENO

MARCAS INDICADA EN LA ATONIA INTESTINAL REGIST.

LABORATORIO FEDERICO BONET • APARTADO 501 • MADRID



Lea

lo que la revista médica "The Lancet" dice del Antiséptico LISTERINE

El dictamen indicado a la izquierda está avalado por los ensayos realizados por clínicas y doctores en todo el mundo. Los odontólogos han comprobado igualmente que ningún antiséptico iguala a Listerine en poder bactericida. Saben también que ninguno reúne mejores propiedades para la terapéutica bucal porque Listerine es desinfectante, sedante, cicatrizante y desodorante. Una de sus más útiles aplicaciones consiste en combatir la fetidez de aliento o halitosis, tan frecuentes en las enfermedades de las encías y en la caries dentaria.



LISTERINE

*Los detalles
contribuyen a la perfección,
pero la perfección
no es un detalle.*

Miguel Angel



UN TONICO CORRECTIVO DE LA PEREZA INTESTINAL

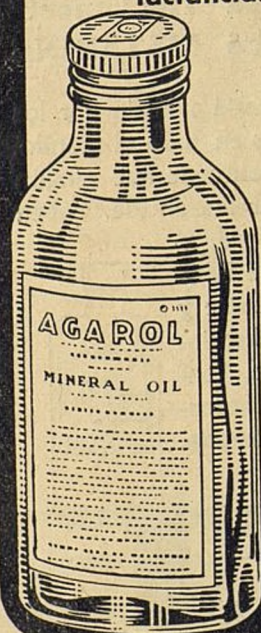
El AGAROL es una emulsión original, microscópicamente refinada y de excepcional estabilidad. Un aceite mineral muy puro, viscoso en alto grado, emulsionado fina y uniformemente en agar, activado con fenoltaleína, bien dosificada y pura. No deja residuos oleosos flotantes.

ELIMINA VOLUMEN DEL INTESTINO Y REGULA SU FUNCIONAMIENTO

Se incorpora íntimamente al contenido intestinal. Restaura las funciones fisiológicas del colon. Da al bolo fecal la consistencia y la plasticidad normales. Estimula suavemente la peristalsis sin provocar espasmos. Elimina volumen.

INDICACIONES: Todas las formas de estreñimiento en todas las edades. Pereza intestinal en el curso del embarazo y durante el período de la lactancia. Atonía intestinal de los ancianos.

Tolerancia perfecta. No crea hábito. No produce acción secundaria ni escurrimiento rectal.



AGAROL

EMULSION ORIGINAL DE ACEITE MINERAL Y AGAR-AGAR CON FENOLFTALEINA

Para literatura y muestras gratuitas, dirigirse a
LABORATORIO Y COMERCIO SUBSTANCIA, S. A.
Apartado, 410.-BARCELONA

poder tener que lamentar casos que no hubieran ocurrido con otra legislación más favorable a los intereses de los médicos.

Pues bien: si esto sucede en la forma indicada, y por las consecuencias y perjuicios que irrojan no puede pasar desapercibido por nuestros directivos, ¿cómo es que la Asociación de Médicos de A. P. D. no toma alguna determinación, en el sentido de averiguar el porqué del retraso en publicar las vacantes? Y si lo han hecho y no han sido atendidas, para modificar el procedimiento seguido hasta aquí, ¿por qué se lo callan y no dan cuenta de ello? ¿Es que la ley está virtualmente derogada por imposición de los Ayuntamientos? ¿Es por esperar a la confección de los Escalafones?

Aun cuando no la represento, se puede afirmar, sin miedo a ser desautorizado, que la clase médica rural espera impaciente a que, por quien corresponda, se conteste a estos interrogantes, para saber a qué atenerse; por cuanto, por adversas que sean, siempre será preferible la certeza a la duda, tanto más cuanto que los médicos rurales ya no les coge nada de sorpresa, pues saben, y de sabido olvidado, que así como hasta que vino un Romanones, hace cuarenta años, a libertar a los maestros de las garras caciquiles y del hambre—eran el hazmerreír del pueblo—, de la misma manera hoy la clase médica rural constituye la cenicienta de la sociedad, y lo seguirá siendo hasta que del Poder público surja el Mesías esperado desde hace treinta años que les redima del mal-estar en que se encuentran y los saquen del poder que los avasalla y pisotea su dignidad profesional y de hombre libre.

En resumen: que la clase médica rural tiene un perfecto derecho a saber de una manera cierta y oficial: primero, el porqué no se cumple la ley de Coordinación Sanitaria, en lo que afecta a vacantes y provisión de partidos, y segundo, el porqué del silencio en dicha cuestión de la Asociación de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria. Por cuanto el proceder apuntado, mientras esté en vigor la citada ley, constituye un atentado a los derechos de una clase social española, cometido por quien tiene el deber de hacerla cumplir, o, al menos, la de facilitar su cumplimiento.

SANTIAGO FERNÁNDEZ DE VELASCO.

DOS ASPECTOS DE UNA INJUSTICIA

(Envío: A los Sres. Inspector Provincial de Sanidad, Dr. Montañés, y al médico D. José María Pueyo Ayneto)

Yo no quisiera poner la más mínima acritud en estas líneas, y que ella viniera a ahondar diferencias. Mas, por encima de este propósito, yo he de defender, hasta las últimas consecuencias, lo que constituye mi derecho y lo que, como patrimonio moral, es máspreciado para mí y que a nadie le concedo la prerrogativa ni de allarmarlo ni de infamarlo. Y cuando se tiene esa convicción de limpieza moral, de conducta irreprochable, que, a veces, si ribeteada de pasión, ésta, más que desmerecerla, la ennoblece. Yo tampoco voy a incurrir en la puerilidad de achacar estas cosas que se van a decir y “desmenuzar” a la República; yo, republicano por herencia, más izquierdista, mucho más, que mis progenitores, y con una ejecutoria a su servicio que no todos pueden igualar, no incurriré en esa miopía mental. Yo sé lo que

es la República, adónde va, sus altos propósitos, lo áspero y las encrucijadas de su camino, lo que en ella es tan sólo anecdótico; y conozco a los que en su camaleonismo, en su política rufianesca buscan la satisfacción de sus apetitos, de su indigencia moral en una adaptación que tiene tanto de perversa como de destructora de los altos ideales de la República. Conste, pues, que todo eso no es la República, sino adulteración, de la que, tarde o temprano, la limpiaremos. Ved unos hechos:

Uno de los aspectos.—El 27 de marzo pasado, el nuevo Ayuntamiento, que, por razones que en su día se darán, está manejado por el médico derechista—¡y bien derechista!—Sr. Pueyo, me comunicó su acuerdo de “reponer” como titular al Sr. Pueyo y destituirme a mí de dicho cargo, que yo desempeñaba, y ganado—¡y bien, y difícilmente ganado!—en unas oposiciones, a las que el Sr. Pueyo se presentó y en las que, a pesar de los pesares, el Sr. Pueyo se clasificó con menos puntuación que yo. Mas, como el Sr. Pueyo lleva al Ayuntamiento, los empuja a realizar actos ilegales, arbitrarios; actos que, cuando tienen una justificación, tan sólo corresponden al Sr. Ministro de Trabajo, cuyas facultades se han abrogado los concejales, aconsejados por el señor Pueyo. Siendo así, y como a mi leal y republicano entender, el Sr. Pueyo, lo más discreto que podía hacer era inhibirse, callarse, meterse en el cumplimiento estricto de su deber profesional, y como no lo hace, aunque para ello sobran razones que rebasan en mucho de la abrumación moral, por ello le emplazo públicamente, en la Prensa, para que nos explique en la misma su actuación profesional, política, social y religiosa antes, en y después del advenimiento de la República; antes, en y después del movimiento comunista libertario del año 33, y a resultas del cual fué preso el Sr. Pueyo; antes, en y después de las oposiciones; en fin, todo, pues será muy elocuente y curiosa su exposición. Y si a resultas de todo ello nos demuestra que todo lo que le han atribuido y sus consecuencias no es más que resultado de infame y vil patraña, cuente usted en ese caso—¡palabra de honor!—que la pluma de Vicén, y su acción, y su pasión por la verdad y la justicia estarán al servicio de usted, Sr. Pueyo. Pero es en la Prensa, públicamente, adonde hay que demostrarlo. Sólo le diré que yo, como prueba contradictoria de valor aclaratorio, he rehecho aquel expediente que referente a usted seguía el Ayuntamiento de aquel entonces, y que rompió el compañero D. Manuel Ibáñez..., como “represalia” por haber sido insultado, escarnecido y apresado aquella noche lúgubre del 8 de diciembre, que siempre gravitará sobre su espíritu como una pesadilla. Lo que no se puede hacer a vuelta de “aquellos” tan falto de idealidad es inventar cuentos de hadas para niños y, encima, hacerse el perseguido y el represaliado... ¡Aquel expediente, ya rehecho, lo voy a publicar yo como respuesta a sus actuaciones y manifestaciones pasadas y a sus nuevos actos y atropellos presentes como inductor de actos ilegales!... ¡Y... ver para creer y leer para enterarse!

El otro aspecto.—El día 28 del próximo pasado, con el oficio de “reposición” del Sr. Pueyo y con el no menos absurdo e ilegal de mi destitución, me personé en el Colegio. Se escandalizaron de “los” atropellos. El presidente, Dr. Loste, me dice: “—Como en este asunto es obligada la intervención de las Autoridades sanitarias, vaya usted a ver al inspector provincial de Sanidad, Dr. Montañés, y que le diga la hora en que nos podrá

acompañar a ver al Sr. Gobernador." Le participo mis temores de que el Dr. Montañés no acoja esta petición y se manifieste con desagrado. El Dr. Loste me insiste en que vaya solo, pues que no me puede acompañar, y que le telefonée la hora convenida al Hospital o al Hospicio.

Personado en la Inspección, y tras saludar al doctor Montañés, le expuse el deseo del presidente del Colegio; le expliqué el atropello "de la destitución por el Ayuntamiento", sin expediente ni nada, y, enterado del caso, me dijo que él no podía intervenir, pues si el Ayuntamiento estima ilegal el nombramiento, es él el que toma las decisiones, y el juez, el que las repara o entiende en esos asuntos. Le dije al Dr. Montañés que no se trataba de una apreciación de legalidad o ilegalidad, sino de destitución, y esto, con arreglo a las leyes, el Ayuntamiento no lo puede hacer. Me insistió el Dr. Montañés en que él nada tenía que hacer, que él se inhibía de todo lo que se refiera a este asunto; que no tenía amistad conmigo ni con el Sr. Pueyo, ni me perjudicaba a mí para favorecer a éste; que las propuestas eran de carácter unipersonal (cosa que el Dr. Montañés no me podrá demostrar públicamente como cierta y como contenida y propuesta en el Reglamento de 7 de marzo de 1933, por el cual se rigieron aquellas oposiciones, y en las que pasaron cosas tan "curiosas" que, desde luego, y como le dije al epidemiólogo Sr. Carderera, yo no tengo inconveniente en repetir públicamente mi protesta, en firmarla y rubricarla, etc., etc.) Entonces yo le dije: "—Si usted me permite, le voy a dar lectura a dos artículos del Reglamento de la ley de Coordinación." Leí los artículos 16 y 17 (según los cuales, sólo puede destituir a un titular el ministro de Trabajo, previo expediente; para sanciones menos graves interviene el subsecretario de Sanidad, y para la amonestación, el inspector provincial de Sanidad), y me dijo que ya los conocía, pero que él en este asunto no quería intervenir; "que siempre le iba—he ido tan sólo otra vez—con Reglamentos", etc., etc. Vista su actitud, le dije: "—Usted me va a permitir que le recuerde que no cumple con su obligación." "—Si usted así lo cree—díjome—, presente una denuncia contra mí." "—Yo no soy—le repliqué—, hombre de denuncias ni de intrigas." Y, entonces, ante mi estupefacción, me dijo que él me tomaba, o recibía, con prevención, porque se había enterado de que yo había provocado líos en Aguaviva y en Tarragona. Le contesté que yo no había provocado ningún lío, y el Dr. Montañés, con una reticencia molesta, me contestó: "—¡Sí, sí!" Me levanté y, sin darle la mano, dije: "—Buenas tardes."

Al Dr. Montañés le queda por demostrar si es lícita y honesta esa coacción intolerable que supone el infamar en su propio despacho oficial a quien tan sólo va a pedir justicia, pues ese agravio no se lo tolero en silencio, ni al Dr. Montañés ni a nadie, pues ningún nacido tiene derecho a infamarme y achacarme una conducta moral como provocador de líos, que es bien opuesta a mi limpieza moral, a mis normas éticas y a todo lo que yo más aprecio de mi personalidad moral, que de una manera inmanente e insobornable siento un verdadero transimiento sentimental por el hombre como sumando de la Humanidad y una adhesión inquebrantable a los principios de Verdad y Justicia, que no por ser concepciones abstractas, un espíritu recto deja de intuir las y percibir las con claridad y adscribirse a su servicio. Y

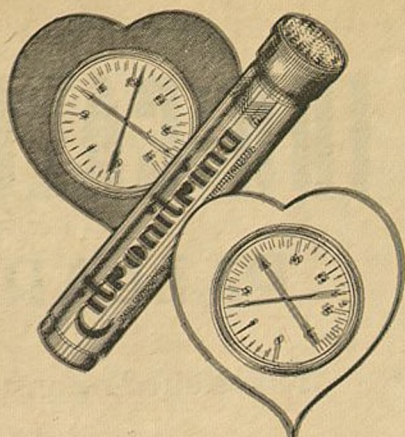
así soy yo, con más o menos pasión en la defensa de lo que yo estimo que hay que defender; y nadie, fíjese bien, nadie puede infamarme por mi conducta social, política o religiosa. Dos caminos tiene el Dr. Montañés: uno, que no le tomará, porque yo le quiero hacer la justicia de que es indigno de él, es el decir o rechazar la paternidad de lo que dijo en su despacho oficial; el otro camino, obligado, es el de demostrar sus afirmaciones. Y yo le tengo que decir al Dr. Montañés que esa prevención con que dice recibirme no es por *provocador de líos*, sino por aquella protesta enérgica que hice ante el Tribunal cuando las oposiciones. Mas, si para justificar esa parquidad, puesta de relieve en todo lo que se refiere a mí, o sea, en disfavor, ahora la quiere traducir en prevención contra mí por mi supuesta calidad de provocador de líos, antes de hacer una afirmación tan grave como temeraria tómesese la molestia de pasar por Torre del Español (Tarragona), y por Aguaviva, o por lo menos leer el número 924 de *La Voz Médica* y el 734 de *Federación Sanitaria*, y así se enterará usted de que en Torre del Español, en este pueblo al que le guardaré un cariño imperecedero, el pueblo en masa alzóse en una imponente manifestación de cariño y homenaje a su médico, a mí, que soy por demás modesto para creerla merecida en aquella emocionadora grandeza, respuesta enardecida y avasalladora, porque su médico era objeto de las intrigas de un—¡uno solo!—agente provocador. Y yo, emocionado, tuve que hablar a mi pueblo, a mis clientes, que me aclamaban y querían y quieren fervorosamente, y les hablé, y no sólo lloraban las mujeres, sino que los hombres no podían contener su emoción. Así provoqué yo los líos, Dr. Montañés; pero, lea usted, lea usted antes de infamar. Y son muchas docenas de artículos los escritos por mí en defensa de la clase—de su dignidad, de su decoro, de su bienestar—, en defensa de los problemas sanitarios, y así también son muchas docenas de cartas que poseo de compañeros que exaltan mi rectitud, mis virtudes en continua dedicación a la clase, a mis clientes, a los pueblos en que yo ejerzo, a la Sanidad y a la República, que es la elevada síntesis de todo. Y, ¿para qué seguir? De Aguaviva, nada; nada más que este pueblo—verdadera pesadilla de los facultativos—me tuvo que entregar 6.000 pesetas de indemnización, una encima de otra; que reparada la injusticia y dada la lección, me marché, con la tranquilidad de espíritu que da el deber cumplido; y que este año mismo he recibido noticias y sugerencias de que mis "enemigos" de Aguaviva me querían volver a llamar para ser su médico, a lo que se opusieron aquel centenar de clientes míos, de una amistad y lealtad inusitada, y se opusieron porque ellos saben que yo perdí allá una salud imposible ya de recobrar. Y así soy yo como provocador de líos. ¡Ah! Y en aquel "asunto de Aguaviva", el Colegio en pleno y todos los médicos de la provincia de Teruel estaban a mi lado como una piña, con su aliento cordial, con su ayuda económica, exponente todo ello de mis cualidades morales, que usted, Dr. Montañés, y en función oficial, ha enjuiciado tan a la ligera. Por contraposición, y aunque usted me dijo que no tiene amistad con él, pregúntele a su discípulo, Sr. Pueyo, la actitud del Colegio de Médicos respecto a él después de una investigación realizada sobre los hechos ocurridos aquí, y tras un careo sostenido ante la Junta de Gobierno del Colegio entre su discípulo Sr. Pueyo y un cliente que fué de él, y así sabrá

*Para sus hipertensos
y arterioescleróticos.*

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

Citronitrina

Vergés & Oliveres



CITRONITRINA es un citronitrato sódico asociado al citrato de sosa, presentado en forma de comprimidos. Actúa por la acción vasodilatadora que ejerce el nitrato sódico y la hipoviscosa del citrato.

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

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

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

VERGÉS & OLIVERES

Laboratorio Quimioterápico del Ebro
TORTOSA

MUESTRAS GRATIS A LOS SEÑORES MÉDICOS



LINITUL

Compresas de tul engrasado y esterilizado a 120°

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

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

PÍDANOS MUESTRAS Y LITERATURA

LABORATORIO QUIMIOTERÁPICO DEL EBRO
VERGÉS & OLIVERES - Tortosa

"Geve"

es la mejor marca
de

Aceite de Hígado de Bacalao



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

— Porque para extraerle se emplea simplemente la presión suave.

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

Muestras gratis a
los señores médicos

VERGÉS & OLIVERES

Laboratorio Quimioterápico del Ebro
TORTOSA

ION-CALCINA

PALLARES

Hemostático-reconstituyente
a base de *cloruro de calcio*
FRASCO.-Para uso interno
AMPOLLAS.-Inyección intravenosa

Laboratorio M. PALLARES
Plaza Mosén Sorell, 6
VALENCIA

STROPHANTUM

PALLARES

Tintura de estrofantus, especial-
mente preparada y exactamente
dosificada

*Dolor
para mi no existes!*

• POSIDONIUS •



SODIODINE

YODURO SÓDICO ESTABILIZADO EN SOLUCIÓN-AL CENTÉSIMO

NEURALGIAS REBELDES
DESÓRDENES CIRCULATORIOS
ENFISEMA PULMONAR
HIPERTENSION
MICOSIS

DOSIS
1 a 2 ampollas por 24 horas

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

LABORATORIOS CORTIAL, 7 RUE DE L'ARMORIQUE, PARIS

Ayuntamiento de Madrid

usted a quién atribuir condiciones y actos que no rezan conmigo. Ya está dicho todo, por hoy, lo que, llevado por las circunstancias, me he visto obligado a decir; esto no es la invitación al combate ni el fomento del rencor permanente: es velar por el restablecimiento de la verdad, y ésta está por encima de todos. Y la Verdad, entre los hombres de conducta limpia, siempre es la paz y... la amistad.

G. VICÉN TRASMONTÁN.

Albalate de Cinca, 2-IV-36.

CRUZADA PRO-REIVINDICACIÓN MÉDICA (1)

¡Médicos ancianos! ¿No habéis mandado vuestra adhesión a esta Cruzada?

¡Médicos libres! ¿Habéis olvidado la ferviente defensa hecha desde estas columnas por vuestra reivindicación? ¡Alistaos en la Cruzada!

¡Médicos titulares! ¿Os interesa el Escalafón único y despreciáis el inhumano e injusto por categorías? Nutrid las filas de la Cruzada.

¡Médicos parados!! La plétora médica y su rápida solución ha sido siempre el tema de preferencia en la Cruzada. ¡Inscribíos en ella!

¡MEDICOS TODOS!! «La unión hace la fuerza.» No sembremos discordias entre hermanos. La más íntima unión de los médicos es la esencia de la CRUZADA PRO-REIVINDICACION MEDICA.

Remitid urgentemente vuestra adhesión al Dr. Lozano Borroy, de Palamós (Gerona).

Asociación Oficial de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria

Durante los días 22, 23 y 24 de marzo se ha reunido en Madrid el Comité Ejecutivo, con asistencia de todos sus vocales, a excepción de D. Cándido Ayerra, que, por encontrarse enfermo, no pudo asistir.

El Comité visitó al Sr. Subsecretario de Sanidad, entregándole la nota que a continuación se copia y cambiando impresiones acerca de los puntos que en dicho escrito se reflejan.

NOTA PARA EL EXCMO. SR. SUBSECRETARIO DE SANIDAD Y BENEFICENCIA

El Comité Ejecutivo de la Asociación Oficial del Cuerpo de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria (antes Médicos Titulares), saluda al Sr. Subsecretario y le ofrece la más leal y decidida colaboración de los médicos que representa, por el estudio y resolución de los problemas sanitarios que esta clase tiene planteados desde hace largo tiempo, y, sin perjuicio de otras peticiones, que en su día tengan que formular a su alta autoridad, hace presente, con el ruego de que sean atendidas con la mayor urgencia posible, las siguientes:

1.ª Que se cumpla fielmente la ley de Coordinación Sanitaria, estimulando el celo de los presidentes de las Juntas de Mancomunidades provinciales para que se envíen comisionados a los Ayuntamientos morosos, a fin

(1) Se nos ruega la publicación de la siguiente nota.—
LA DIRECCION.

de garantizar plenamente el pago de las dotaciones de los médicos titulares.

2.ª Habiendo habido recientemente algunas destituciones arbitrarias de médicos titulares por Ayuntamientos que no tienen facultades para ello, debe recordarse por Orden circular a los gobernadores y a los inspectores provinciales de Sanidad que en materia de nombramientos y destituciones, con arreglo al artículo 161 de la vigente ley Municipal y el Reglamento del Cuerpo de O. M. de 29 de septiembre de 1934, confirmado por Decreto de 14 de julio de 1935, carecen los Ayuntamientos de toda facultad, debiendo limitarse a trasladar, en su caso, cualquier queja a los inspectores provinciales de Sanidad para que éstos procedan, si lo estiman justo, a incoar los oportunos expedientes.

3.ª Que no habiéndose anunciado para su provisión por los concursos de oposición y de antigüedad que actualmente se celebran todas las plazas vacantes, y que existen muchísimas desempeñadas con carácter interino que no han aparecido en las convocatorias de los citados concursos, y habiendo un exceso de médicos pertenecientes al Cuerpo en paro forzoso, procede tomar en consideración la petición elevada a este Comité por una representación de los compañeros excedentes, y en la que se pide la suspensión transitoria del turno segundo del artículo noveno del Reglamento del Cuerpo, en tanto no se hallen colocados en propiedad los que se encuentran en expectación de destino, y proceder a una revisión de la actual clasificación de partidos médicos, aumentando el número de plazas.

4.ª Que los cargos de los jefes de Negociado de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria adscritos con carácter voluntario y gratuito a las Inspecciones provinciales de Sanidad se declaren obligatorios, reglamentándose los nombramientos, retribución, deberes y derechos, para que rindan toda la eficacia precisa, descargando a los inspectores provinciales del trabajo considerable que les producen las incidencias y problemas de los médicos del Cuerpo en sus respectivas demarcaciones.

5.ª Que se conceda una nueva y última prórroga para solicitar la inclusión en el Escalafón del Cuerpo, y que se aclare y modifique el párrafo séptimo del artículo 18 del Reglamento del Cuerpo.

6.ª En la provincia de Almería existe un agudo mal-estar entre los médicos titulares, por ser numerosos los Ayuntamientos que no pagan y no haber tomado aquella Junta de Mancomunidad todas las medidas que determina el Reglamento económico-administrativo para terminar con tan abusiva situación, a pesar de haber ido un delegado especial de la Subsecretaría para informarse y corregir las deficiencias de actuación de aquella Junta. Se ruega una determinación enérgica del Poder público, a fin de normalizar rápidamente la situación de los médicos en aquella provincia, y, en general, en todas las que vienen padeciendo análogos defectos en la aplicación de la ley de Coordinación.

Madrid, 24 de marzo de 1936.

* * *

Se celebró una entrevista detenida con los Sres. Inspector general de Sanidad Interior y jefe del Negociado de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria, con el fin de convenir criterios respecto de algunos puntos del Escalafón de categorías, acordándose, en principio, la concesión de un último plazo para que puedan regula-

rizar su situación los compañeros que, teniendo derecho a ello, no figuran en el Escalafón, y una modificación justa del artículo 18 del Reglamento. Se visitó también al secretario de la Unión de Municipios Españoles, tratando con la mayor cordialidad de la conveniencia de examinar conjuntamente la aspiración fundamental de los médicos titulares por representantes de ambas entidades, para ver si es posible elaborar, de común acuerdo, un proyecto de ley que resuelva definitivamente el problema.

Entre los acuerdos tomados por el Comité figuran los siguientes:

Fijar la próxima Asamblea ordinaria de representantes para el próximo mes de octubre, sin perjuicio de que, si las circunstancias lo aconsejan, se anticipe una Asamblea extraordinaria en la fecha que conviniese.

Toma en consideración de un escrito de D. Augusto Almarza, secretario que fué de la antigua Asociación de Médicos Titulares, que solicita el apoyo de la Asociación.

En relación con este asunto, se acordó invitar a las Juntas provinciales para que presten su ayuda, si lo estiman justo y conveniente, accediendo a la solicitud del Sr. Almarza, en atención a sus antiguos merecimientos.

Se acordó celebrar el IV Congreso de Sanidad Municipal en Madrid el año 1938, encargando al Comité Ejecutivo y a la Junta provincial de Madrid la redacción de un anteproyecto de organización del citado Congreso.

Se tomó en consideración un proyecto, presentado por el Dr. D. Enrique Ocharán, para fundar una Institución denominada "Sello Sanitario de Ahorro".

Fué examinada la situación de algunos compañeros que han sido objeto de pretendidas destituciones por los que han sido objeto de pretendidas destituciones por sus Ayuntamientos. Careciendo de facultades los Ayuntamientos para nombrar y separar por sí a sus empleados sanitarios, no tienen valor legal estos acuerdos, habiéndose comprobado con satisfacción que la intervención de las autoridades provinciales han dejado sin efecto estas medidas arbitrarias.

Se acordó también ponerse en relación con los médicos diputados, sin distinción de matices políticos, para interesarlos en la resolución de nuestros problemas, solicitando su apoyo en favor de la tradicional aspiración del Cuerpo de pasar al Estado.

Por la Secretaría de la Asociación se ha dirigido a las Juntas provinciales carta circular informándoles con detalle de los asuntos sintetizados en esta nota.

CÁTEDRA DE DERMATOLOGÍA

CURSILLO DE AMPLIACIÓN DE SIFILOGRAFÍA

Bajo la dirección del Prof. Covisa, con la colaboración de los Dres. Bejarano y Cuesta

Las lecciones, con carácter eminentemente práctico, tendrán lugar del 20 de abril al 20 de mayo, los martes, jueves y sábados, de once a doce, en la Clínica Dermatológica de Hombres de la Facultad de Medicina.

Serán objeto de disertación especial las siguientes materias:

- 1.º Concepto de los procesos inmunológicos en la sífilis.
- 2.º Contagio y transmisión.
- 3.º Sífilis e hígado.
- 4.º Sífilis cardiovascular.

- 5.º Sífilis meníngea (reaccional y sintomática).
- 6.º Terapéutica de la sífilis en sus diversos períodos.
- 7.º Concepto actual y pruebas de la curación de la sífilis.

NOTA.—Los alumnos de la asignatura, oficiales y no oficiales, y los médicos que deseen asistir al cursillo, se matricularán, hasta el día 20 de abril, en el Laboratorio de Dermatología. La inscripción es gratuita.

SECCION OFICIAL

"GACETA" DEL 27 DE MARZO:

Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión.—Orden que dispone la creación de un organismo denominado Comité Central de la Lucha Antituberculosa.

"GACETA" DEL 28 DE MARZO:

Ministerio de Instrucción pública.—Decreto que autoriza al director del Instituto Nacional de Reeducación de Inválidos para que convoque concurso-oposición para cubrir dos plazas de médicos becarios residentes.

GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 707,3; ídem mínima, 695,4; temperatura máxima, 21º; ídem mínima, 7,9º; vientos dominantes, OSO. y E.

Han sido frecuentes en esta semana las laringitis agudas, pero tenaces, con gran congestión de la mucosa y afonía. También abundaron los forúnculos y ántrax.

En los niños hay casos frecuentes de sarampión y de tos ferina.

CRONICAS

Colegio de Médicos de Madrid.—Se pone en conocimiento de los señores colegiados que el día 15 del corriente, a las siete y media de la tarde, celebrará este Colegio de Médicos Junta general ordinaria, para tratar de los siguientes asuntos:

1. Acta anterior.
2. Proyecto del acto a realizar para conmemoración del XLII aniversario de la fundación del Colegio de Médicos de Madrid.
3. Ruegos y preguntas.

Acaba de aparecer "El tratamiento del cáncer en la práctica diaria", por el Dr. Alfredo Neumann, traducido del alemán por el Dr. J. González Campo de Cos. Lean nuestros suscriptores el adjunto prospecto, que recomendamos.

Aparatos Rayos X, véndense baratísimos (3.000 pesetas a plazos o contado), con accesorios de cauterio eléctrico y de alta frecuencia. Dirigirse al Dr. Ramón García.—Arquillos (Jaén).

Cosido al periódico adjuntamos prospecto de "La Química Comercial Farmacéutica, S. A. Bayer", anunciando cuatro de sus productos.

Permutaría titular de segunda categoría en la región de Valencia, de una sola titular y de un solo médico, con buenos rendimientos, con otro compañero de esta categoría. Diríjanse para datos a la "Sección de Consultas y Servicios Anejos" de EL SIGLO MEDICO.—Apartado 121 (con las iniciales C. D.)—MADRID.

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

LABORATORIOS
CAMPOS FILLOL
VALENCIA

LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal

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

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día

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

LACTOBULGARINA

**SOLUCION DE FERMENTOS
POLIVALENTES GENOVÉ**

DE ACCION LEUCOPOYÉTICA E INMUNIZANTE

DE INDICACION PRECISA EN TODAS
LAS INFECCIONES DE ORIGEN
ESTREPTO Y ESTAFILOCÓCICAS:

Sarampión, Escarlatina, Neumonías,
Anthrax, Flemones, Anginas pultáceas
o flemonosas, Otitis supurada,
Septicemia diversas, etcétera.



MUESTRAS Y LITERATURA:

*Laboratorio de la Farmacia
Viuda Dr. GENOVÉ*

*Rambla de las Flores, 5
BARCELONA*

La medicación clásica de la
EPILEPSIA

JARABE ANTI-EPILEPTICO URGELL

Excelentes resultados en la gran
mayoría de afecciones nerviosas
(Corea, Histerismo, Convulsiones,
Neurosis, etc. etc.)

Pureza de componentes. Toleran-
cia máxima.

De venta en farmacias y centros
de específicos.

FORMULA:

Por cucharada de jarabe:
ho. agr. 16,48 grms.
Brom. potásico 3,50 grms.
Brom. zinc 0,02 grms.

Lipiodol
Radiológico

Aceite Vegetal y Yodo puro

del Doctor **LAFAY**

**“ASCENDIENTE” Y
“DESCENDIENTE”**

Permite la exploración y el estudio sobre el
vivo, sin dolor y sin que haya ningún incidente
fastidioso, en las cavidades más nobles
del organismo ni en los territorios que
hasta ahora han permanecido cerrados
a las miradas de los investigadores.

Se halla en todas las buenas farmacias.

Concesionarios Genera-
les para la Exportacion:
Laboratoires
André GUERBET & C^e
22, rue du Landy
Saint-Ouen — Paris

Solo se ha de aceptar el
producto que lleve el
marbete “AZUL”.

**LIPIODOL
LAFAY**

En España: Sr. Juan MARTIN, Calle de Alcala, 9, Madrid
y Consejo de Ciento, 341, Barcelona.
Islas Canarias: B. APOLINARIO, Farmaceutico, Las Palmas.

BARDANOL

Laboratorio

Aurelio Gámir

Valencia



SANATORIO NEUROPATICO

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

Director: Dr. GONZALO R. LAFORA

Plaza de la Independencia, 8 • MADRID • Teléfono 11380

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

PIDANSE REGLAMENTOS A LA ADMINISTRACION

III Congreso Internacional de Paludismo

Madrid, 12-18 de octubre de 1936

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

Apellidos y nombre

Título o cargo

Dirección

Miembro { protector (minimum 250 Ptas.)
o
efectivo (50 Ptas.)

Le acompañan como miembros asociados personas. (25 Ptas. cada una.)

Envío por { cheque s. Madrid } pesetas
giro postal

(Firma.)

(Se ruega escribir con la mayor claridad.)

Sr. D. Manuel G. Ferradas, Secretario del Comité Organizador del III Congreso Internacional de Paludismo.—Instituto Nacional de Sanidad.—Calle de Recoletos, 19.—MADRID, 6 (España).

Ayuntamiento de Madrid

in vase aneo, ac deinde in istud mitte spongiam novam, quod totum ebulliat, et tandum ad solem canicularibus diebus donec omnia consumat, et decoquetur in eamquoties autem opus erit, mittas ispsam spongia; in aqua calida per unam horam et naribus aponatur, quousque somnum capiat, qui incidendus est: et sic fiat chirurgia; quae peracta ut excitetur, aliam spongiam in aceto infusam, frequenter ad nares ponas. Item Foeni, radicum succus in nares immittat, mox expurgiscitur.» La fórmula no ha variado para nada, y el modo de aplicación es el mismo que el descrito por Guy de Chauliac, y es muy posible que Hughes de Luques haya recibido la tradición de uno de sus antepasados, y si nos pudiésemos remontar a las primeras fuen-

mero 17251—se lee un largo párrafo, en el que se ve que Abelard rompe la cuestión a favor de la narco-

BARDANOL

Estafilococias de todas clases

sis, y su texto es maravilloso, ya que nos muestra cómo en aquella época la anestesia era un procedimiento corriente.

Un cuento de Boccaccio ¿no trata acerca de un tema de esta índole? Un cirujano muy reputado de Salerno, teniendo necesidad de verificar una amputación a un enfermo, preparó con cuidado una mixtura soporífera; pero llamado con urgencia a otra consulta, abandonó el frasco en su domicilio. Cuando apenas había traspasado los umbrales de su hogar, un joven galán vino a consolar a su bella esposa, y éste, cuando la hubo probado su mucho cariño, sintió la necesidad de reconfortarse, para lo cual se bebió el brebaje y se durmió tan profundamente, que nadie le podía despertar, y todos se creyeron que se había muerto.

¿Por qué la anestesia cayó en desuso en los cirujanos de los siglos venideros?

Dos causas se pueden invocar: la tradición de los remedios soporífe-

BARACHOL

Cura Eczemas, Erupciones y Enfermedades Rebeldes de la Piel.

ros se había conservado en los charlatanes y los magos o brujos, que se servían de ellos para los usos más diversos, casi siempre ilícitos, ya que el robo y la violación mediante el narcótico no son invenciones recientes; en las obras de magia se encuentran fórmulas muy parecidas a las que hemos relatado en otro lugar de este artículo; Jean Pesta, en su *Magia natural*, habla de una droga somnifera muy volátil, que debía ser conservada en vasos herméticos; después da una receta de «manzana olorosa» a base de jugo de adormidera, de mandrágora, de cicuta, de semillas de beleño y heces de vino. Y a causa de tales remedios, que provenían de tales gentes, los cirujanos, temiendo a los horrores del Santo Oficio, se abstenerían totalmente de hacer uso de ellos.

Otra razón estaba en el ejercicio mismo de la cirugía, que había caído

por completo bajo el golpe de los doctores-regentes.

La Hermandad de San Cosme se encontraba muy venida a menos de su antiguo esplendor, y la práctica de las operaciones había pasado a manos de los cirujanos-barberos, reunidos en la Hermandad del Santo Sepulcro, protegidos, si bien en estricta dependencia, de los señores de la Facultad, tan envidiosos de sus privilegios, que no toleraban de ningún modo que uno de sus subordinados se permitiera prescribir un medicamento para uso interno, bien que éste fuese un anestésico.

El Dr. Eloy—*Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales et Chirurgicales*, 1881, números 1 y 2—ha desenterrado a este respecto un interesante proceso, intentado por el

Antiséptico Glorógeno Lumen

Muestras gratis.

Centro Farmacéutico Jienense.

Apartado 22.—Jaén.

Colegio de Médicos de la villa de Troyes contra Nicolás Bailly, cirujano perteneciente a la Hermandad de San Cosme, el cual empleaba drogas para disminuir la sensibilidad de sus operados.

Este proceso pasó por todas las jurisdicciones, y Guy Patin se ocupó intensamente del mismo, manteniendo estrecha correspondencia con sus compañeros. Había supuesto de antemano que el cirujano se valía de «granos somníferos», análogos a los que el Dr. Le Fèvre administró al cardenal de Richelieu la víspera de su muerte. «¡Pluguiera a Dios que se los hubiese administrado veinte años antes!», añadía con su amenidad habitual.

Bailly pretendía hacer encontrado «un cordial o una esencia maravillosa que dormía maravillosamente a los enfermos, haciendo desaparecer su sensibilidad al dolor». Bien que fué ayudado por sus compañeros de San Cosme, que al final del proceso se unieron a los cirujanos barberos, terminó por perder su instancia. No es por estas razones, pues, extraño

OPTOBALSAN

(Optoquina y balsámicos)

● INYECTABLE ●

el que la tradición de la anestesia quirúrgica se perdiese hasta el final del siglo XVIII.

No se perdió, sin embargo, de una manera completa, ya que en la biblioteca del gran duque de Hess ha aparecido un manuscrito de Denis Papin, intitulado *Tratado de las ope-*

JARABE ALMERA

A BASE DE FOSFATO DE CAL GELATINOSO, EL MAS ASIMILABLE

tes de la misma, llegaríamos sin duda a una remota antigüedad, e incluso pudiera ser que al origen mismo de las edades.

La primera operación quirúrgica relatada en un libro no se halla, pues, en el Génesis. Y perdonémos al hacer alusión aquí a la operación de cirugía plástica, que se podría llamar galantemente estética, ejecutada en nuestro venerable abuelo Adán, y que, comenzando en una resección de costillas, terminó por la creación de la mujer. Y el anestésico no era otro que Dios padre.

Releamos el texto de la Vulgata: «Cumque obdormisset tulit unam de costis ejus et replevit carnem. Et edificavit pro eo Dominus Deus costam tulerat de Adam milierem.» El sueño de nuestro padre Adán ¿era un sueño real, o se trataba de una narcosis provocada? Nos faltan los documentos necesarios para poner en claro la cuestión; pero es esta la razón por la cual nos hemos permitido esta digresión de orden teológico: los exégetas de la Edad Media discuten gravemente este problema.

Uno de los más célebres entre los

Inapetencia, Anemia, Debilidad

VINO MADARIAGA, tónico-fosfatado

eruditos de esta época, Pedro Abelard—1079-1142—, más conocido hoy por la leyenda legendaria de sus amores con la abadesa de Paraclet, se interesa muy intensamente por los temas quirúrgicos.

En un manuscrito de la Biblioteca Nacional de París—Fondo latino nú-

raciones sin dolor, y que sería, poco más o menos, del año 1681.

Algunos cirujanos empleaban el opio a dosis más o menos fuertes. Sassard, cirujano del Hospital de la Caridad, publicó a este respecto una Memoria en el *Journal de Physique*, en 1781; trataba en la misma de la acción del opio sobre la sacudida nerviosa consecutiva a las operaciones. Demme, cirujano del Hospital de Ile, en Berna, daba a sus operados fuertes dosis de opio antes de la intervención; léase a este respecto la tesis de Courty, de la Facultad de Montpellier, publicada el año 1849. Sea lo que sea, es preciso llegar al final del siglo XVIII para encontrar una primera mención del empleo científico de los productos gaseosos

tuvo un fracaso rotundo en una demostración pública, y se abandonó este cuerpo, en busca de otro que diese mejores resultados.

Estreñimiento: Supositorios Evacuantes Rivalta. De eficacia infalible. Prospectos gratis

Preparación de óvulos y supositorios. Rambla Cataluña, 44.—BARCELONA

La práctica de las inhalaciones se generalizó en los laboratorios dedicados a las investigaciones de orden químico, y llegó a ser modo casi en todos el respirar éter, lo que tuvo por efecto el conocer sus propiedades anestésicas.

Parece ser que algunos cirujanos europeos hicieron algunos ensayos de operaciones bajo anestesia; el doctor W. C. Long, de Atenas, empleó la narcosis en tres operaciones efectuadas el 30 de marzo, el 3 de julio de 1842 y el 9 de septiembre de 1843, pero estas observaciones, exhumadas después del triunfo del método, no tuvieron entonces ningún valor.

Fué por el azar de una intoxicación por los gases por lo que se lanzó el químico Jackson, de la Universidad de Harvard, sobre esta pista. Este químico, que, al parecer, tenía conocimientos de fisiología muy amplios, habiendo sufrido inhalaciones de vapores de cloro, tuvo la idea de tratarse por la inhalación de una mezcla de amoníaco y éter, asociando así la acción química del primer cuerpo a las propiedades calmantes del segundo. A continuación siguió el estudio del éter como anestésico y se lo indicó en 1846 a Morton, dentista de Boston, quien, al corriente de los trabajos experimentales de

diversas afecciones corriendo el mes de octubre de 1846.

Morton tuvo, a raíz de esto, varios juicios con Jackson, cuando quiso patentar su invención.

El método anestésico no tardó en franquear el Océano, y el 19 de diciembre de 1846 ya Liston practicó con éxito la amputación de una pierna bajo anestesia en el hospital de la Universidad Colegio de Londres. El método tardó aún menos en franquear el Canal que el Océano, ya que seis días más tarde, el 25 de diciembre de 1846, Jobert de Lamballe hizo en París la primera operación bajo anestesia, con la ayuda de un joven médico americano.

El 12 de enero de 1847, Malgaigne hacía la primera comunicación a la

IODARSOLO

Primer producto de iodo y arsénico
BALDACCI-PISA

susceptibles de procurar a los operados una verdadera y completa insensibilidad.

En 1795, un médico y químico inglés, Beddoes, fundó en los alrededores de Bristol un «Instituto neumático» para el empleo de ciertos gases como medio de tratamiento; Humphrey Davy, que tenía por aquel entonces veinte años, estaba al frente del laboratorio, y uno de los primeros gases que estudió fué el óxido nitroso, conocido después bajo el nombre de protóxido de ázoe. Después de descubrir y estudiar sus propiedades, escribió un folleto en el que decía: «El protóxido de ázoe parece tener, entre otras propiedades, la de destruir el dolor. Se podría probablemente emplearlo con ventaja en las operaciones quirúrgicas que no se acompañan de gran efusión sanguínea.» Se hicieron tentativas de empleo, que fueron pronto abandonadas a causa de algunos fracasos, debidos, sin duda, a la impureza del producto.

Pero fué, sobre todo, en América, y por los dentistas, donde se usó el protóxido de ázoe, o gas hilarante, como también se le denominaba; en 1844, Horacio Wells, dentista de Hartford, hizo una serie de extracciones dentarias indoloras, después de una inhalación de protóxido de ázoe; pero, por desgracia,

Ioduros Bern De K y Na y cafeinado, químicamente puros. No provocan IODISMO. Fabricación nacional.

Horacio Wells, buscaba un cuerpo más manejable que el protóxido de ázoe.

Después de haber realizado varias extracciones dentarias con un éxito completo, comunicó sus resultados a Juan Warren, cirujano del Hospital General de Massachusetts, en el servicio del cual practicó la anestesia en varios enfermos allí operados de

Jarabe Bebé.-Tetradinamo.-Septicemiol.-Purgantil (Jarabe de Frutas)

(Véase anuncio, página XX)

Academia de Medicina, y el 1.º de febrero de mismo año, Velpeau llevaba el mismo tema a la Academia de Ciencias.

(De Hipócrates.)

C A S T I L L A

POR

ALBERTO GARCÍA VICENTE

El sol está en su esplendor.
Cubren la extensa llanura
mares dorados de espigas.
Gozosas desde la altura
las alondras cantarinas,
lanzan sus trinos al sol:
cantan la luz, la alegría
del claro cielo español...

El pueblecito está en fiesta.
Lucen gaya colgadura
los balcones de la plaza.
Deslumbra con su blancura
las fachadas de las casas.
Suenan clarines... Vocerío...
Sale un toro... Quiebra un bravo...
Se alza inmenso griterío...
Pasa de largo la fiera.
Choque brutal... ¡alarido!...
Queda tumbado en la plaza
un hombre cruelmente herido...
Envuelve la noche al pueblo...
Una sombra en la llanura...
El hidalgo Don Quijote
en su grandiosa locura!...
Barcelona.

○ PAN INTEGRAL INSOJA ○

EL PAN DE MAS ALTO VALOR NUTRITIVO Y SABOR AGRADABLE

El empleo de la Soja en la Panificación, acontecimiento científico inapreciable, es una patente nacional de la

Panificadora de Usera

Francisco Mora, núm. 40
Teléfono 74548 -- MADRID

¡DIABÉTICOS! ¡NATURISTAS! Pedidlo en Panaderías y establecimientos de régimen.

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

escritos a Luzuriaga, del Dr. Juan Manuel Arejula, que comprenden varias fechas (de febrero a agosto de 1801), en los que se consigna la primera vacunación practicada en Cádiz por el cirujano de la Armada Sabater (hecha el 17 de julio), y se comentan aquellas minucias, que tanto significan a través del tiempo. Así, en 25 de agosto, Arejula (una de las personalidades más sobresalientes del Cuerpo de Sanidad de la Armada), dice a Luzuriaga su satisfacción por tener a manos llenas linfavacuna, y no nos resistimos a insertar su carta, en la que, a más de decirle que tiene hechas 60 vacunaciones y de agradecerle la remisión de aquélla, añade: "Aquí han hecho lo posible los catalanes porque yo no tuviera virus, y les ha salido el sueño del gato; por esto también me precipité en pedirle a usted y se lo encargué igualmente a Naira, mas ya no es preciso y tengo para dar a todo el mundo." Unos días después su nueva carta dice: "Gracias por el vacuno, pero cuando llegó ya tenía yo varios vacunados y lo remití a Padilla a Ximena, para que extendiera allí, la vacunación. Aquí llevamos en buen estado este particular y casi todo el mundo clama por vacunarse, a causa de los inocentes efectos que ven."

Cádiz fué, pues, una de las primeras ciudades españolas en que más pronto arraigó el descubrimiento de Jenner, ya que se mantenía abierta al espíritu científico, que irradiaba el famoso Colegio de Cirugía de la Armada, el primero fundado en España, como es sabido, y que había de servir de patrón a los posteriores de Barcelona (Colegio de Cirugía para el Ejército), y de Madrid (sobre el que se injertaría la futura Facultad Central o Colegio Universitario de San Carlos). Otra prueba de la prerrogativa jerárquica que le correspondía en orden a la propagación de la vacuna cabe estimarla ante la consideración de que a esta ciudad se llegó la Comisión de Médicos Portugueses nombrada para adquirir el fluido vacunífero y aplicarlo en Coimbra.

Todas las naciones de Europa tenían a su favor una labor de propaganda tan minuciosa y eficaz, que nos es imposible ni aun extractarla, hasta el punto que, a poco

I

Intervención de los médicos de la Armada en la propagación inicial de la vacuna en la América española. Prioridad de sus trabajos sobre los realizados por la histórica expedición de Balmis y Salvany.

Desde que Jenner practicó su primera vacunación (1796), hasta la publicación de su obra inmortal, transcurrieron dos años (1798), tiempo suficiente para que la doctrina científica, que afirmaba la eficacia de la vacuna con substancia de "cow-pox" contra la viruela, se extendiese por el mundo entero.

No es extraño que el descubrimiento de Jenner alumbrase pronto en la teoría y práctica, pues basta decir que fué como un reguero de emoción científica no frustrada, un alentar de un realismo inexpugnable para el que las barreras del tiempo y del espacio no fueron obstáculo. En todos los países cuajaba el empeño apenas llegado; se hacía consubstancial con las densas aspiraciones de sieupre, marcadas sobre el deseo unánime tradicional alimentado por entre la seriada era de los sacrificios humanos a destajo, que llenaban, arracimados, las páginas vividas de la historia de la enfermedad variolosa.

Al aparecer la vacuna jennericiana se deshizo aquella resignación insufrible internacional con que esta afección se soportaba, fabricándose de prisa la defensa apriorística, antes que la experiencia docta fraguase la cuantía y significación del descubrimiento.

Este llevaba en sí, además de una experiencia sensata, el instinto de que en él se encerraba el verdadero leitmotiv para el mal dañino que todos los pueblos del orbe conocieron en sus fases desoladoras epidémicas. Así, el

afán de propagarlo hizo brotar iniciativas desacostumbradas, rompiendo toda clase de atadidos que pudieran impedir la libre práctica de las vacunaciones. En la mente de todos estaba la necesidad de arraigar los cuerpos y los espíritus de las gentes al imperio prometedor del flúido vacuno.

En España entra la vacuna en 1800. Es el propio rey Carlos IV a quien se le hace la distinción personal de regalársela, y ya al año próximo la *Gaceta Oficial* acoge el descubrimiento y lo sanciona. La primera estadística nace bajo los auspicios del Dr. Ruiz de Luzuriaga, que informa a la Academia Nacional de Medicina (abril de 1801). A su cifra global de 806 jennerrizados han de sumarse en breve tiempo las aportaciones de unos cuantos médicos nacionales, que llevaron a cabo por las provincias la virtud profiláctica de la vacunación, imbuídos por el afán incontenido de la prueba, salvando el paréntesis fugaz de la discusión científica enhebrada en el momento, para saldar de prisa el criterio español sobre las ventajas e inconvenientes de la misma.

Hemos de detenernos en este aspecto de la vacunación en España, antes de entrar en la particularidad del tema, para afirmar que entre los médicos que formaron alrededor de la figura cumbre de Luzuriaga para hacer fructífera la propagación de la vacuna, se señalaron *algunos médicos de la Armada*, en especial los Dres. Arejula y Sabater, de la misma manera que en anteriores épocas también hubo del Cuerpo de Sanidad de la Armada facultativos que trabajaron con empeño en difundir la práctica de la variolización.

Arrancamos de esta repetición de hechos para afirmar cómo los médicos de la Armada, dada la índole de sus cometidos en los propios dominios coloniales, tuvieron ocasiones de ver y luchar de cerca contra la plaga mortífera de la viruela, que en los siglos de existencia convirtió campos fértiles de los virreinos en inermes tierras, con oficio de sepultura más que acaparadora de vida y prosperidad. Testigos videntes del malestar y decaimiento de una raza joven pusieron sus ahincos en

laborar por su extinción, valiéndose de los recursos disponibles. Así fueron en su tiempo verdaderos apóstoles de la variolización, cuando esta práctica ofrecía las únicas probabilidades de atenuación imaginables, D. Timoteo O-Scalan, con sus publicaciones ancestrales, nacidas de una práctica copiosa, hizo sus estadísticas de inoculados a expensas del personal de *Marina de la base de El Ferrol*, dada su condición de *Protomédico de dicho Departamento*, como lo atestigua en sus obras, que están pendientes de ser examinadas con mayor detenimiento del que se le ha dedicado (así lo corrobora recientemente Marañón, en su discurso sobre las "Ideas biológicas del P. Feijóo", de 1934). Hízole *pendant* desde América otro médico de la Armada, D. Anacleto Rodríguez (que ha de figurar entre los vacunadores de la linfa Jenner más adelante), que, *desembarcando de la fragata "Minerva", va en auxilio de la ciudad de Veracruz*, para implantar las variolizaciones, en ocasión de la epidemia que en el año 1797 atormentaba a toda la población.

Al lado de estos prototipos genuinos, otros muchos secundaron sus iniciativas, explicándose el porqué la Medicina naval, por mano de sus oficiales, ha cooperado en problemas patológicos de carácter social, al parecer antagónicos a su misión específica.

En cuanto a la participación de los médicos de la Armada en la introducción de la vacuna, tanto en España como en América, hay datos de positivo fundamento que hemos de registrar. La Academia Nacional de Madrid, en sus históricos papeles sobre la introducción de la vacuna en España, se refiere a los trabajos iniciales de Martínez López, de Valladolid, a los de Valderrama, de Burgos; Ugalde, López de Mazarredo, de Bilbao; Mitjavila, de Barcelona; Ignacio de Gadea, de Guadalajara; Balmis, de Madrid; Antonio Fransari, de Pamplona; Andújar, de Jaén; Romay, de La Habana; Jáuregui, de San Ildefonso. A más de algunas personalidades ajenas a la profesión (marqués del Vadillo, en Soria; la condesa de Montijo, en Zaragoza, entre otros), aparecen también los

BARACHOL

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

LABORATORIOS FAUS — VILLAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)

ORIGINALIDAD TERAPEUTICA

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

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

HALITOL: Antiséptico, desinfectante y profiláctico originalísimo. Purifica, perfuma e inmuniza. El bactericida más nuevo y eficaz. Higiene íntima, optitis, baños, heridas infectadas, etc., etc. Infalible siempre.

Laboratorio EGABRO
CABRA (Córdoba) España.

ANALISIS

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

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

DE LA GOTA

Tratamiento moderno por la terapéutica del estímulo.

5 ptas. ejemplar

Pedidos al
Apartado 121, Madrid

Baños de Alange

En ALANGE, provincia de Badajoz

Los más antiguos de España. Datan de la época romana, como lo acreditan las dos piscinas de dicha fecha que se conservan intactas y utilizan en la actualidad.

Especiales para todas las enfermedades del sistema nervioso, neurastenia, histerismo, enfermedades propias de la mujer, epilepsia, etc.; proporcionan gran alivio en las enfermedades mentales.

Temporada oficial: 1.º de Junio a 30 de Septiembre

Para más detalles dirigirse al Administrador del Establecimiento D. Agustín de Rueda, en ALANGE.

Antiasmático poderoso

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS CRONICALES

JARABE-MEDINA DE QUEBRACHO

Médicos distinguidos y los principales periódicos profesionales de Madrid: "El Siglo Médico", la "Revista de Medicina y Cirugía Práctica", "El Genio Médico", "El Diario Médico Farmacéutico", "El Jurado Médico Farmacéutico", la "Revista de Ciencias Médicas de Barcelona" y la "Revista Médico-Farmacéutica de Aragón", recomiendan en largos y encomiásticos artículos el JARABE-MEDINA DE QUEBRACHO como el último remedio de la Medicina moderna para combatir el ASMA, DISNEA y los CATARROS CRONICOS, haciendo cesar la FATIGA y produciendo UNA SUAVE EXPECTORACION.

PRECIO: 6,50 pesetas frasco

DEPOSITO CENTRAL: Sr. Medina, Serrano, número 36, Madrid, y al POR MENOR, en las principales farmacias de España y América.

DULCIMIDA DULZOR DE RÉGIMEN

PASTILLAS DE 0'03 gr. 1-1 PRODUCTO NACIONAL Muestras y Literatura: LABORATORIOS MORATÓ

ANTIASMA POLVO FUMIGATORIO MENTOLADO

Eficaz,
Agradable
e inofensivo.

BENGALAIS

ASMA, ENFISEMA, GATARRO, CORIZA
De Venta en todas las Farmacias. - MUESTRAS: RIERA S. C. BARCELONA, Apº 213.
A. FAGARD, Farmacéutico Preparador, 44, Rue d'Aguesseau, BOULOGNE-PARIS

¿Tiene usted la colección de Monografías editadas por EL SIGLO MEDICO?

¿No? Pues haga inmediatamente su pedido y nunca se arrepentirá de ello.

LABORATORIO FARMACEUTICO

PONS, MORENO Y C.^A

DIRECTOR D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA
(ESPAÑA)

Jarabe Bebé

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

Agentes exclusivos, J. URIACH Y C.^a, S. A.—Barcelona.

Tetradinamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

Mutasán

(INYECTABLE)

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

AL PEDIR MUESTRAS INDÍQUESE ESTA REVISTA Y ESTACIÓN DEL FERROCARRIL

HAPTINOGENOS

“M E N D E Z”

NEUMO

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

GONO

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

ECZEMA

Curativo del Eczema agudo y crónico.

ESTAFILO

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

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

Laboratorios biológicos Doctor Julio Méndez.—Buenos Aires.