

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

Núm. 4.302.—Tomo 97

AÑO OCHENTA Y TRES

23 Mayo 1936

*Cardiazol-
Efedrina*

contra el asma

se usa especialmente en el asma crónico, acompañado de alteración del corazón derecho, en el asma bronquial que se asocia a estados bradycárdicos o hipotónicos, en la bronquitis asmática y en el enfisema,

combate la debilidad circulatoria

produciendo efectos muy favorables en el colapso vascular, insuficiencia cardio-vascular, bradicardia, bloqueo cardíaco, descenso de la presión arterial, minus-descompensación, intoxicaciones, así como también profilácticamente antes de proceder a la anestesia.



Dosis: Como dosis media se prescribe la de 2 a 3 veces al día 10 a 20 gotas o $\frac{1}{2}$ a 1 tableta. Por vía subcutánea o intramuscular se aplican 1 a 2 a 3 ampollas por día.

Envases originales: Tubos de 10 tabletas. Frascos de 10 g de líquido. Cajas de 6 ampollas de 1,1 ccm.

KNOLL A.-G.

Fábricas de Productos Químicos
Ludwigshafen del Rhin (Alemania).

*Yodo-
Calcio-Diuretina «Knoll»*



Hipertensión, Angina de pecho, Asma etc.
Tubos de 20 tabletas

Ayuntamiento de Madrid

G
UIPSINE
REGULADOR DEL TRABAJO DEL
CORAZON

F
REINOSPASMYL
REGULADOR DEL SISTEMA NERVIOSO
SIMPATICO

LABORATORIOS DEL D^r

M. LEPRINCE.
62, RUE DE LA TOUR - PARIS (16^e)

Sucursales de los Laboratorios M. Leprince: Barcelona. — Apartado 685
Depósito en las principales Farmacias de España y del Extranjero

Jarabes compuestos:

Jarabe de belladona 30 gr.
Jarabe de tolú C. s. para 300 cc.

M. Para tomar, al comenzar, dos cucharadas de las de café por año de edad, aumentando después hasta cuatro o cinco cucharadas diarias por año, según la tolerancia. Indicación: coqueluche.

Para uso externo:

La atropina se emplea, como ya hemos dicho, en terapéutica ocular, y, por tanto, en forma de colirio; éste se puede preparar a distintas concentraciones, pero es lo común emplear sólo dos: al 1 por 200 y al 1 por 100. Así, pues, se recetará:

Sulfato de atropina 25 milig.
Agua destilada 5 cc.

D. Para colirio. Se instilarán un par de gotas en el fondo de saco conjuntival inferior; si al cabo de media o una hora no se hubiese conseguido el efecto, se repetirá la instilación. Una vez la pupila dilatada, la instilación se repetirá solamente las veces que sea necesaria para conservar la midriasis, sin precisión de atenerse a horas fijas. Este colirio está a una concentración de 1 por 200. Si se desea preparar al 1 por 100 hasta duplicar la dosis de sulfato de atropina, o sea recetar 50 miligramos para igual cantidad de agua. Si el tratamiento fuese largo o si resultase difícil pesar con exactitud la cantidad de sal recetada, se puede pedir doble cantidad, o sea 10 cc. de colirio, pero es inútil pasar de esta cantidad, pues rara vez se necesita más. Indicaciones: para conseguir la dilatación de la pupila, principalmente en la iritis.

Sucede en algunos casos que a pesar de instilaciones frecuentes del colirio al 1 por 100 no se dilata la pupila y esto muchas veces porque hay abundante lagrimeo, que arrastra el medicamento; entonces se echará mano de uno

La propiedad más importante de la atropina actuando sobre el ojo es la dilatación de la pupila, y por esta causa se emplea para evitar que en los procesos, tales como la iritis, en que el reborde pupilar, abandonado a sí mismo, se halla fatalmente condenado a contraer adherencias con la cara anterior del cristalino (sinequias posteriores) o la queratitis, en que las adherencias se establecen con la cara posterior de la córnea (sinequias anteriores). Si hay perforación de la córnea, debe, desde luego, instilarse atropina, la cual evita que se produzca hernia del iris. En cambio, no se está autorizado a emplear la atropina para dilatar la pupila con objeto de practicar el examen oftalmoscópico, pues generalmente no es preciso dilatar la pupila, y en los pocos casos en que sea imprescindible, se llenará perfectamente la indicación con una solución de cocaína, cuyo efecto es muy fugaz.

También se usa la atropina para calmar los dolores que produce el espasmo de los músculos acomodadores en las inflamaciones oculares, y, en otras ocasiones, para anular la acomodación y observar el estado de la refracción ocular en esta situación de reposo. Por último, se ha observado que en muchos casos de "pannus" tracomatoso, que era rebelde al tratamiento, ha dejado de serlo después de instilar atropina, con lo cual, a la par que se dilata la pupila, cede el blefaroespasma.

Hemos advertido ya que la midriasis tenía por consecuencia un aumento de la tensión intraocular, y este aumento es, en algunas ocasiones, una contraindicación terminante para el empleo del medicamento. La más importante de todas es el glaucoma, en cuya afección el globo ocular las más veces aparece ya de por sí hipertenso; unas gotas de una solución de atropina en este caso producen la aparición del acceso glaucomatoso o la agudización de éste si ya se hallaba en evolución. Esta es también la causa por la cual hemos aconsejado no usar jamás este midriático para la exploración del globo del ojo. Igualmente, es perjudicial el aumento de la

tensión intraocular en los casos de úlcera corneal profunda, por facilitar la perforación. Además, se han señalado a la atropina algunos inconvenientes, que únicamente se producen cuando se usa sin prudencia de soluciones muy concentradas o durante mucho tiempo. Tales inconvenientes son los de llegar a producirse conjuntivitis, inflamaciones del saco lagrimal y fenómenos de atropinismo agudo, debido a la absorción del principio activo.

En cuanto a la acción de la belladona sobre la sensibilidad, únicamente se usa en aplicaciones locales, en inyección endo o hipodérmica contra las neuralgias superficiales o profundas, y en forma de pomada o supositorio en las hemorroides, fisura de ano y cánceres ulcerados, cuando sean accesibles. Al interior sólo se da la atropina como analgésico en los dolores intestinales acompañados de estreñimiento. En todos los demás casos debe recurrirse a los otros analgésicos.

La acción de la belladona sobre el sistema nervioso es mal conocida, y, por tanto, resulta imposible determinar el mecanismo por el cual ejerce su acción, por lo demás, indudable en la epilepsia. Hay, sin embargo, que hacer notar que, mientras aquellos epilépticos que poseen inteligencia despejada mejoran considerablemente, puesto que las crisis se van esparciendo más y más, aunque no llegan a desaparecer definitivamente, aquellos que se encuentran sumidos en un estado estuporoso, si bien obtienen algún beneficio porque se desvanece dicho estado, en cambio las crisis se repiten a intervalos cada vez más cortos, y en los casos de epilepsia larvada, se da lugar a que aparezcan.

A dosis pequeñas, la belladona resulta útil en la incontinencia de orina nocturna y en las excitaciones genésicas; a dosis mayores, por el contrario, origina el priapismo. Cuando la incontinencia urinaria es diurna y nocturna, no tiene efecto alguno.

Como hipocrínico tiene la belladona una indicación im-

Tintura de belladona	10 gr.
Tintura de valeriana	aa 5 —
Tintura de digital	

M. Para tomar de X a C gotas diarias progresivamente y vigilando los efectos.

Indicaciones: coqueluche y tos rebelde de carácter espasmódico cuando hay debilidad cardíaca.

Píldoras:

Extracto de belladona	1 centig.
Extracto blando de quina	10 —

H. s. a. una píldora. Háganse 30 iguales. Para tomar una o dos después de cada comida.

Indicación: vómitos de los tuberculosos.

Extracto de belladona	1 a 2 milig.
Bromuro de quinina	aa 5 centig.
Extracto de genciana	

H. s. a. una píldora. Háganse 40 iguales. Para tomar cuatro o cinco al día durante diez días.

Indicaciones: eczema agudo de brotes intensos.

Extracto de belladona	20 centig.
Bromuro de quinina	2 gr.
Alcanfor	4 —
Excipiente	C. s.

Para 40 píldoras. Para tomar dos a cuatro al día.

Indicación: dolores lumbares y dismenorrea, principalmente por anteversión.

Extracto de belladona	5 milig.
Extracto de datura <i>stramonium</i>	aa 1 centig.
Extracto de beleño	

H. s. a. una píldora. Háganse 15 iguales, para tomar cuatro al día.

Indicación: zona con intensos dolores neurálgicos.

TERTULIA MEDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

AMENIDADES

23-V-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.

DESAULT y LUIS XVII

Por la CONDESA DE PANGE

(Adaptación de J. H. S.)

Continuación.

Las fricciones que le mandaron se las dió Lasne. El niño se sometió a las mismas de muy buen grado. Durante dos días rehusó el tomar la posición ordenada, bien por su estado de laxitud o por temor a morir envenenado, y de nada valieron los ruegos y súplicas de sus carceleros para que se decidiese a tomarla. Incluso uno de los días, Gomin se bebió delante de él un vaso de la misma, pero él no se decidió a tomársela. Al segundo día, Lasne le dijo estas palabras: «El Señor sabe que yo no deseo otra cosa que su salud, y cómo me entristece que rehuse lo que puede contribuir al mejoramiento de la misma. Yo le suplico que la tome y no me proporcione una pena aún mayor.» Y como al terminar estas palabras Lasne se llevase el vaso a los labios para tomar un trago de la misma, el niño le quitó de las manos la cuchara que le presentaba y le dijo: «Has jurado que la bebería, pues voy a beberla.»

Y a partir de este mismo momento el niño se dobló a todo lo que

BARACHOL

Cura Eczemas, Erupciones y Enfermedades Rebeldes de la Piel.

le ordenó. Lasne trató de llevarle a la terraza de la Torre, único lugar donde podía tomar un poco de aire. Allí le tuvo un buen rato, que pasó entretenido en ver a los pájaros gorgorjeantes venir a beber a los canales del viejo edificio.

El 29 de mayo de 1795, Desault llegó a El Temple a las nueve de la mañana, como tenía por costumbre. El estado del enfermo seguía siendo el mismo. Desault le contempla un largo rato, y tras éste, se marcha lentamente, seguido de Gomin. Un

comisario de servicio, Brenithard, al cual el cirujano ya conoce hace mucho tiempo, le dice, cuando éste comienza a bajar la escalera: «Es un caso perdido, ¿no es verdad?»

—Así lo temo—responde Desault, con voz sombría y fuerte, para que lo oiga Gomin, y añade estas palabras siniestras:—y hay, indudable-



mente, en el mundo gentes que la esperan.

Últimas palabras que el cirujano pronunció sobre este tema, al que ya nunca más volvería.

En el mismo día—noche del 29 al 30 de mayo de 1795—, Desault caía gravemente enfermo. Corvisart y sus discípulos acudieron a su llamada y diagnosticaron los síntomas de una fiebre maligna, cuyos rápidos progresos hicieron presagiar bien pronto el éxito letal.

Javier Bichat en su *Elogio a Desault*, del que sabemos que era discípulo y amigo, que, a más, firmó el acta de defunción en calidad de testigo, y Fournier de Pesay, también discípulo del mismo, nos han dado los detalles siguientes sobre sus últimos momentos:

«Murió el 1.º de junio—XIII de Prairial, 1795—; los trastornos del XIII de Prairial habían afectado profundamente su alma. El temor de que las proscripciones volviesen le afectó, y enseguida se le vió llevar una vida lánguida. En vano para distraerse buscó el rodearse de amigos y entregarse a una vida más brujuleante. Pero, ¿qué podía la amistad contra el mal cuyo germen llevaba en sí? Todos los síntomas de la fiebre maligna se declararon en la noche del 29 al 30 de mayo. Sus rápidos progresos pronto hicieron temer a todos cuál iba a ser el término de la misma. Todos sus alumnos acudie-

ron a su lado, tan pronto tuvieron noticias de su enfermedad, para prodigarle sus cuidados.

¡Cuidados inútiles! Desde el primer día de su enfermedad cayó en un delirio, del que no volvió a salir en los tres días que precedieron a su muerte.

El pueblo se creyó que había muerto envenenado. Tuvo este rumor como motivo la rapidez de su muerte y la fecha de la misma, ya que fué tan sólo unos días antes de la del hijo de Luis XVI, al que había visitado enfermo en la prisión de El Temple.

Se dijo mucho si habría sido envenenado, pero ciertos detalles—nos dice Javier Bichat—sobre la autopsia de Desault y sobre su enfermedad desmienten los citados rumores. Estos detalles los debo a la amabilidad del ciudadano Corvisart, profesor de Medicina clínica en la Escuela de Sanidad, en quien Desault encontró en sus últimos momentos los tiernos cuidados de la amistad y los mejores socorros de la ciencia. Los ciudadanos Lepreux y Laurens le ayudaron en estos tristes deberes.

Bichat expone a continuación el proceso verbal de la autopsia. Por último, después de haber descrito las diversas fases y síntomas de la enfermedad, Corvisart declara que era

ION-CALCINA

PALLARES

A base de Cloruro de Calcio
Frasco e inyectables

esta esencialmente maligna y nerviosa, y que tenía su principal asiento en el cerebro: «Así, en efecto, desde el primer día de la misma se vió la pesadez de cabeza, alteración del rostro, mirada fija, trastorno de las ideas; al segundo día de enfermedad, delirio y movimientos de índole convulsiva; la violencia fué haciéndose cada día mayor, y no le abandonaban todos estos síntomas más que breves intervalos, a los cuales seguía un exacerbamiento de los mismos. La muerte los puso fin al

FIMONAL



VIAS RESPIRATORIAS

cuarto día de los mismos, siendo las nueve de la noche.»

Una gran muchedumbre asistió a sus funerales. Y uno de sus amigos escribía bajo su busto los versos siguientes:

*Puertas del Templo de la Memoria,
abrios: lo ha merecido.
Vivió bastante, para su gloria;
para nosotros, poco ha vivido.*

Los rumores del envenenamiento que corrieron a la muerte de De-

CALCINHEMOL ALCUBERRO

Poderoso antianémico
ALCALA, 88. — MADRID

sault volvieron otra vez de nuevo a la calle, cuando, a los seis días de su muerte, tuvo lugar la muerte repentina de Chopard, cirujano eminente y autor de varias obras de su especialidad y de un tratado publicado en colaboración con Desault el año 1798. Chopard, auxiliar suyo en Hôtel-Dieu, era cirujano jefe del Hospicio de la Caridad. Se aseguraba que era depositario de los escritos y cartas confidenciales de su amigo, pero a su muerte nada se encontró.

Pero, como bien recuerda Bichat, el dolor más profundo se produjo cuando casi al mismo tiempo se conoció la muerte del prisionero real. No deja de tener interés cómo supo éste la pérdida de su buen amigo:

«El XVIII de Prairial, el niño se entristeció notablemente de no ver llegar a Desault a la hora de costumbre. El comisario de día, el Sr. Benoist, dió su opinión de que sería conveniente enviar a casa de Desault para saber por qué no iba hacia ya tres días a ver a su enfermo.»

Gomin y Lasne no se atrivieron a ello: tal era el terror reinante. Al día siguiente, 2 de junio, el comisario Bidault, que relevaba a Benoist, le oyó a éste pronunciar el nombre de Desault, y le dijo al niño y a los guardianes:

—No le esperéis más: ha muerto ayer.

Ya es sabido que el 8 de junio —XX Prairial de 1795—, el joven príncipe expiraba a su vez a las tres de la tarde. Se avisó a la Convención. La noche del 20 al 21 corría. El pobre huérfano se quedó tan solo, ya

CARABANA: el mejor purgante

muerto, en la celda, como lo había estado en la misma, el último año de su vida, en el que no tuvo ni una oración, ni una cruz sobre sus tristes restos, ni las lágrimas de su hermana, a la cual se la ocultó de un modo absoluto su muerte.

(De «Hippocrate».)

CLEMENCEAU

SUS ASCENDIENTES.—SU TESIS

Por F. JAYLE

(Adaptación de J. H. S.)

I

Clemenceau no pertenece ni a la minoría distinguida de científicos ni a la gran falange de los prácticos; pero por la gran rama genealógica de sus ascendientes paternos, por sus títulos hospitalarios y universitarios, por una práctica corta, pero real, por su formación intelectual, por las relaciones que no cesó de cultivar con gran número de maestros de la Medicina, este gran político presenta una figura médica muy poco conocida y que tiene necesidad de ser fijada para el conocimiento de todos antes de que puedan perderse los documentos que lo permiten.

II

Por documentos fidedignos sabemos hoy que el primer Clemenceau conocido fué uno llamado de nombre de pila Juan; era impresor-librero, y había nacido en Mareuil, en la Vendée, protegido de monseñor de Sad-

CAFE SIN HAG

NERVIOSOS
CARDIACOS
REUMATICOS



cierras, obispo de Luchón y castellano de Mareuil; se había casado con Isabel de Voynéau el 12 de enero del año 1498, y se sabe, por cartas de Luis XII, cómo se hallaba eximido, desde el 5 de febrero de 1503, de todas las cargas políticas. Es de notar que este hombre, dirigido por su obispo, es impresor en la época de los incunables y es hombre de gran voluntad.

Juan Clemenceau tuvo dos hijos: Francisco y Jacobo. Francisco, a su vez, tuvo uno de quien parten las dos ramas de los Clemenceau de la Serrie y los Clemenceau de Colombier; es de esta última rama de la cual descienden los Clemenceau de hoy día.

El primer Clemenceau médico que se conoce ejerce en Nantes, y el rey Luis XIII, en 1623, le concede armas: en campo de gules, llave de plata y gules con monedas doradas.

La línea interrumpida de los Clemenceau médicos comienza en 1749, para durar hasta 1929, o sea casi dos siglos. Así, corriendo el año 1749 y el 29 de mayo, nace Pedro-Pablo Clemenceau, hijo de Pedro Benjamín Clemenceau (8 de marzo de 1709, 16

de enero de 1782), licenciado y abogado del Parlamento, y de Carlota Bouquet, hija de Pablo y de Ana de Chapeau. Fué médico y también hombre político, puesto que el 11 de septiembre de 1791 es miembro de la Administración Departamental de Fontenay-le-Comte; el 1792 alcalde del Ayuntamiento de Mouchamps, médico de las Armadas del Oeste; después subprefecto de Montaigu, bajo el Consulado, y por último, miembro de el Cuerpo legislativo

Fábrica especializada en Productos Dietéticos y de Régimen Vegetariano

CASA SANTIVERI, S. A.

Call, 22. — BARCELONA

de 1806 a 1810. Muere el año 1825, a los setenta y cinco años de edad. Pedro-Pablo Clemenceau se había casado en 1776 con Carlota Maillot, hija de Carlos, señor de Aubraie, parroquia de La Réorthe; dejó cuatro hijas: una se casó con un médico de Mouchamps, el Dr. Bouin, y un hijo: Pablo Julio Benjamín.

Pablo Julio Benjamín Clemenceau nació el 22 de junio de 1777 en Mouchamps (Vendée); médico como su padre, leyó su tesis doctoral el 9 de Fructidor del año 12; lo hizo en francés; en aquella época, un número muy reducido de candidatos lo hacía en latín. Su presidente fué Percy y los profesores Richard, Pinel, Sabatier, Sue y Thillaye, sus examinadores. Intituló a la tesis «Proposiciones generales sobre las propiedades y el uso del agua.» El autor comprende que el tema es extenso, pero que, obligado por las circunstancias, ha tenido que abreviar, «ya que me encontraba obligado a terminar mis estudios con el año». En efecto, la tesis se reduce a la enunciación de proposiciones, con algunos aforismos de Hipócrates, en 12 páginas.

De su casamiento en 1801 con la señorita de Joubert, Pablo Julio Benjamín tiene dos hijos: Pablo Benjamín, que nace en el castillo de Aubriac el 18 de abril de 1810, y Pablo.

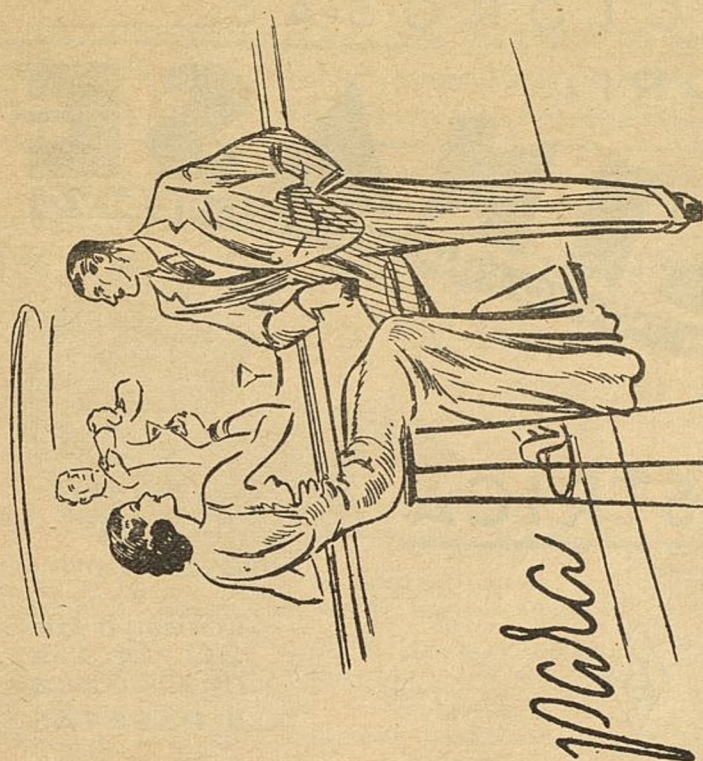
Pablo Benjamín realiza la carrera de Medicina, y da lectura a su tesis el 27 de marzo de 1835 bajo el título de «Consideraciones sobre la bronquitis y la neumonía». Forman un todo estas consideraciones de 20 pági-

OPTOBALSAN

(Optoquina y balsámicos)
● INYECTABLE ●

nas. Nos hallamos al comienzo de la auscultación, y se encuentran señaladas en la misma el soplo tubario, la respiración que Laënnec ha denominado pueril; el estertor que Laënnec ha llamado «estertor crepitante» y

(Continúa en la página XVIII.)



para

VESTIR BIEN

NO ES PRECISO GASTAR MUCHO SINO SABERLO GASTAR

El mejor traje a la medida, género inglés, 275 ptas.

El mejor traje a la medida, género nacional, 150 ptas.

El mejor traje a la medida para todo uso, 90 ptas.

ELEGANCIA
CALIDAD
ECONOMIA

Tres cualidades que hallará usted muy cumplidas en la

SASTRERIA **NOVALES** BARQUILLO, 28

CALCIOTERAPIA INTENSIVA

MÉTODO TERAPÉUTICO PROGRESIVO

SU DOSIFICACIÓN SE ADAPTA A TODAS LAS NECESIDADES TERAPÉUTICAS



SANOCAL
INTRAVENOSO
Cajas seriadas de 10 ampollas

TIOSULFATO DE CALCIO DE FABRICACIÓN NACIONAL

FORMA DE VENTA:
(Cada caja contiene)

1	ampolla de Sanocal de 0,05 grs.
2	» » 0,10 »
3	» » 0,25 »
4	» » 0,50 »

Que permiten inyectar las siguientes dosis:
Primera inyección, de 0,05; segunda de 0,10; tercera, de 0,25; cuarta, de 0,35 (una de 0,25 y una de 0,10); quinta de 0,50; sexta, de 0,75 (una de 0,50 y una de 0,25); y séptima, de 1,00 gramo (dos de 0,50).



GASTRITIS DOLOROSAS
HYPERCLORHIDRIA
ULCERAS

KAOLINASE

KAOLIN PURIFICADO EN POLVO FINO MUY ADHESIVO

CURACIÓN GÁSTRICA



LABORATORIO
— TÍO —
Torrente de las Flores, 73
BARCELONA

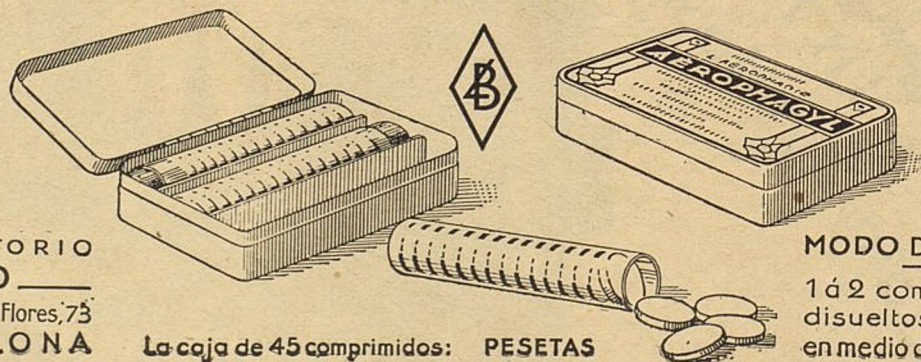


La caja de
20 dosis
de 10 gramos
6 PESETAS

TRATAMIENTO DE LA **AEROFAGIA** Y SUS CONSECUENCIAS:

INSOMNIOS
TRASTORNOS CARDÍACOS
TRASTORNOS NERVIOSOS
TRASTORNOS PULMONARES

AÉROPHAGYL



LABORATORIO
— TÍO —
Torrente de las Flores, 73
BARCELONA

La caja de 45 comprimidos: PESETAS

MODO DE EMPLEO
1 ó 2 comprimidos
disueltos en el agua
en medio de las comidas

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 SUNER 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 Sifiliografía. |
| 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 Fimatology 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 VILLAVARDE
Psiquiatra del Hospital del Buen Suceso. Neuropsiquiatra 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 1 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. }

EL SIGLO MEDICO

Tomo 97

Sábado 23 de Mayo de 1936

Núm. 4302

PROGRAMA CIENTIFICO

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 (VIII), por el Prof. Gregorio Marañón.—Inconvenientes de ciertas disposiciones sanitarias en regiones autónomas, por el Dr. M. Maestre Ibáñez.—La vacunación anti-rábica, llevada al domicilio del mordido, por el Dr. P. Remlinger.—Tratamiento del hidrocele y otras afecciones quirúrgicas por el clorhidrolactato doble de quinina y urea, por el Dr. Ramón García Garrido.—Tres lecciones en la Facultad de Medicina de Madrid: Terapéutica endobronquial. Lavado pulmonar. Broncografía (continuación), por el doctor S. García Vicente.—BIBLIOGRAFÍA.—PERIÓDICOS MÉDICOS.

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

PROBLEMAS CLÍNICOS DE LOS CASOS FÁCILES

VIII

La arteritis pulmonar y su interpretación.

Por el Prof. GREGORIO MARAÑÓN

I

El enfermo de que vamos a hablar hoy es un hallazgo habitual en los hospitales; enfermo, en cambio, muy raro en la clínica privada; y luego diremos la importancia patogénica de este dato. Se trata del consabido trabajador, hombre duro y descuidado, poco atento a su persona, incluso a sus enfermedades, tosedor crónico, que soporta, sin dejar de trabajar, expuesto a todas las crudezas del medio, las fases crónicas y las agudas de su broncopatía o neumopatía, y que al cabo de los años se fatiga, se vuelve intensamente cianótico y, no pudiendo seguir su faena, ingresa en el Hospital con insuficiencia cardíaca difícilmente reductible, de la que, al cabo de más o menos tiempo, y con remisiones más o menos incompletas, acaba por morir. En los clínicos clásicos, en Trousseau, en Potain, en algunos de nuestros médicos de Hospital del siglo pasado, como Espina y Huertas, hay descripciones excelentes de este tipo desgraciado de enfermo. Se diagnosticaba entonces de insuficiencia del corazón derecho como episodio final de una enfermedad crónica del aparato respiratorio, generalmente con insuficiencia funcional de la válvula tricúspide. Cuando yo era estudiante no había servicio hospitalario en el que no figurasen siempre varios diagnósticos de esta insuficiencia tricúspide. Este diagnóstico, ya discutido por clínicos antiguos, como Skoda, fué violentamente combatido por los patriarcas de las grandes escuelas modernas, principalmente por Mackenzie y Vaquez. Ahora es excepcional encontrar enfermos diagnosticados de tal insuficiencia tricúspide. Se habla únicamente del síndrome de la insuficiencia del corazón derecho, y, en algunos casos, de con-

ceptos patológicos nuevos, difícilmente delineables en clínica, como el de la adiestolia. Finalmente, el problema se ha complicado aún con el hallazgo del síndrome de la arteritis pulmonar, cuya casuística se recluta en este tipo de pacientes.

II

Las lesiones de la arteria pulmonar habían sido vistas, desde luego, por los anatomopatólogos desde tiempos antiguos; pero no tenían trascendencia alguna en la clínica corriente. Algún patólogo, como Dittrich, en 1850, hablaba ya de los síntomas de las lesiones de la arteria pulmonar, y otros varios después de él. Pero la importancia del síndrome de la arteritis de la arteria pulmonar y sus ramas se debe a los estudios de la escuela sudamericana: Ayerza, Elizalde, Arrillaga, Escudero y otros. Los estudios de estos autores han tenido gran repercusión en la Medicina francesa y en la española; nosotros mismos nos hemos ocupado en este Instituto con gran frecuencia de la enfermedad; y en 1931 Roda y Morros publicaron, con motivo de un caso clínicamente perfecto, seguido de autopsia, un resumen de todo lo que aquí se ha discutido sobre la arteritis pulmonar. En la medicina inglesa, y sobre todo en la alemana, se ha dado mucho menos importancia a la enfermedad.

Con motivo del presente caso vamos a resumir de nuevo nuestros puntos de vista, añadiendo algunos más, fruto de nuestras últimas observaciones y meditaciones.

III

El enfermo número 46-8 se llama Francisco V. Tiene cuarenta y ocho años. Su madre murió car-

Un auxiliar valioso
de la Cirugía menor
es el

Percainal
(Pomada de Percaína al 1%)

Calma el dolor y reduce la
inflamación en:

Quemaduras,
Fisuras,
Escaras por decúbito,
Excoriaciones del pezón,
Úlceras de la pierna,
Ulceraciones por tumores
inoperables, etc.

Calma el picor en:

Eczemas,
Herpes zona,
Dermatitis,
Intertrigo,
Prurito anal y vulvar, etc.

Ciba Sociedad Anónima de Productos Químicos
Barcelona, Aragón, 285 Madrid, Marqués de Cubas, 5

ASOCIACION DE ESPASMOLITICOS

Espermopaver

COMPRIMIDOS AMPOLLAS INYECTABLES

PAPAVERINA
ATROPINA
DIMETILAMIDO-FENAZONA
ACIDO FENILETIL-BARBITURICO
TEOBROMINA

EFFECTO ESPASMOLITICO REFORZADO



POR ACTUAR
SOBRE LOS CENTROS NERVIOSOS
SOBRE LAS VIAS NERVIOSAS
SOBRE LA MUSCULATURA LISA DE LOS TEJIDOS

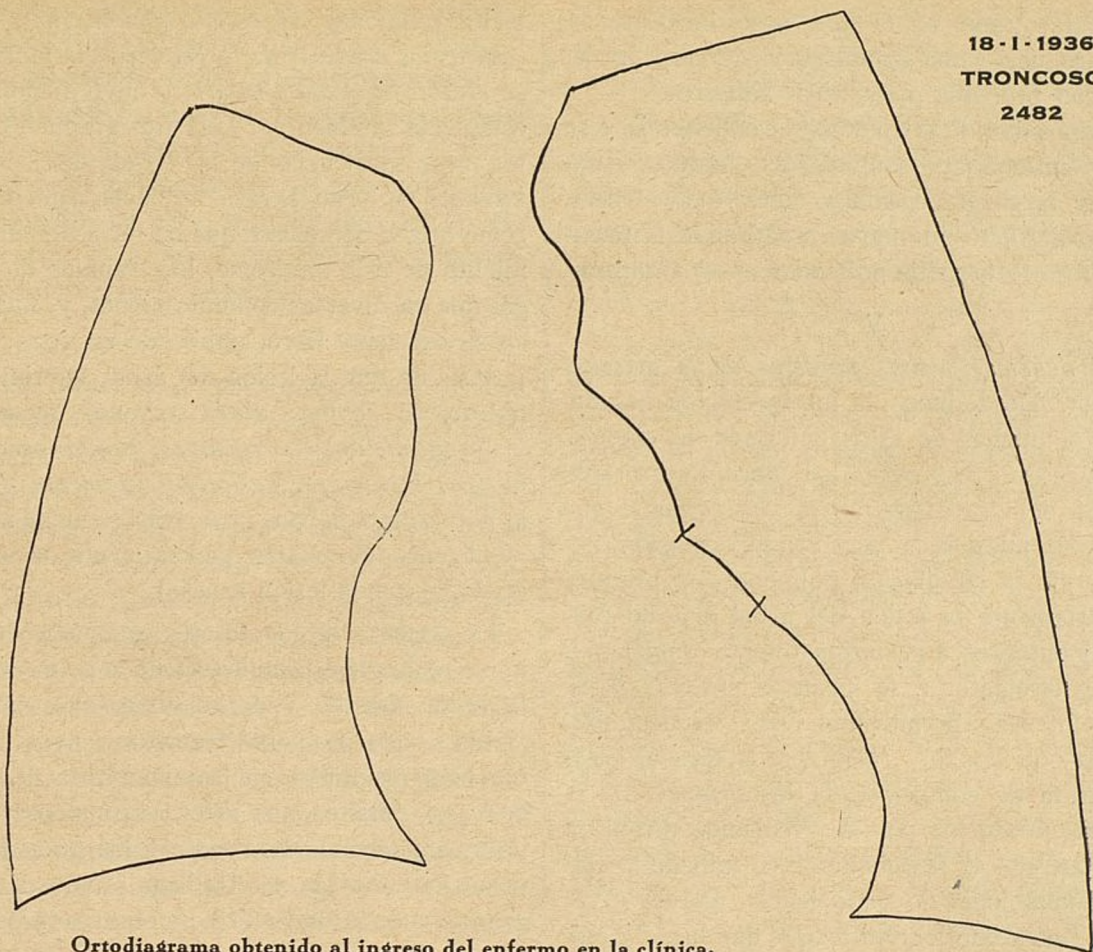
DOSIS PEQUEÑAS Y EFICACIA MAXIMA

INDICADO EN: COLICOS HEPATICOS Y RENALES, ESTREÑIMIENTO ESPASMODICO, TENESMO VESICAL E INTESTINAL, ANGINA DE PECHO, HIPERTENSION, ARTERIAL, JAQUECA, EPILEPSIA, DISMENORREA.



LABORATORIOS JUSTE • MADRID •

FRANCISCO NAVACERRADA, 3-HOTEL
APARTADO DE CORREOS 9030



Ortodiagrama obtenido al ingreso del enfermo en la clínica.

díaca. El es casado, y su mujer ha tenido un aborto y tres hijos, que murieron en la primera infancia, no sabe de qué. *Es nuestro paciente el tipo de esos hombres descuidados, que a duras penas recuerdan los incidentes de su vida propia y familiar, incluso los más trascendentes y dolorosos.* Recuerda, sin embargo, que ha sufrido dos pulmonías, una de ellas, hace dos años. Ha sido siempre catarroso y tosedor. Padece también paludismo y un chancro sifilítico, tratado muy incompletamente. Es decididamente alcohólico. En suma, su etiología compendia todas las que pueden asignarse a su enfermedad actual.

Desde hace ya muchos años trabajaba con dificultad, a causa de la disnea, creciente. Desde hace dos, se fatigaba incluso en la cama. Aumentó la tos. Aparecieron ligeros edemas en los tobillos, y orina escasa; cefalea, mareos y somnolencia. Empezó a ponerse muy cianótico. Sufrió varias hemoptisis. Y, al fin, hubo de abandonar su trabajo, ingresando en nuestro Instituto en enero del presente año.

Su tipo morfológico es normal, con tórax enfisematoso. Dedos en palillo de tambor, iniciales. Al ingresar, presentaba intensa cianosis, casi negruzca, de cara, principalmente en labios, nariz, orejas y lengua, así como en las manos. Gran disnea, in-

cluso en reposo. Edema considerable en los tobillos. Roncus y sibilancias en ambos pulmones. Enfisema considerable. Expectoración abundante, mucopurulenta, y casi siempre muy teñida de sangre. El tamaño del corazón a la exploración clínica y radioscópica presentaba considerable extensión a la derecha. En el ortodiagrama se aprecia claramente el aumento del arco pulmonar. Retracción sistólica de la punta. Tonos apagados, sin soplos. Galope derecho. Hígado grande, con reflejo hepatoyugular. Ingurgitación considerable de las venas del cuello. Tensión arterial, 95-65. El electrocardiograma demuestra un voltaje bajo, predominio auricular y onda T invertida en II y III.

Las reacciones serológicas de la sífilis eran intensamente positivas. La orina concentrada, sin sustancias anormales ni signos de irritación renal en el sedimento. En los esputos no había bacilos de Koch. En la sangre se apreciaba una moderada policitemia, de 6.600.000 hematíes, con 85 de hemoglobina. Fórmula leucocitaria, normal.

IV

El diagnóstico era evidente: se trataba de un enfisematoso y bronquítico crónico, sifilítico y palú-

dico, mal tratado, en el que, posteriormente, se había producido una insuficiencia de corazón derecho, con probable pericarditis adhesiva.

La intensidad de la cianosis, la policitemia y su cortejo sintomático—somnolencia, mareos, cefalalgia—y la silueta cardíaca, sobre todo el neto, aumento del acto pulmonar, aseguraban la participación de la arteritis pulmonar en el síndrome.

V

¿Qué debemos pensar nosotros de la arteritis pulmonar? Desde luego, la interpretación que dió Ayerza a muchos de estos enfermos de cianosis crónica, es exacta, y exacto su concepto, un tanto empírico, del "cardíaco negro". Es evidente que en un cierto número de casos con hipertensión permanente de la circulación pulmonar, se produce secundariamente la lesión del árbol arterial pulmonar, y entonces, a la sintomatología crónica pulmonar y circulatoria, se añade el síntoma de la cianosis intensa y permanente, con su secuela obligada—la policitemia—, mediante la cual el organismo trata de compensar la insuficiencia de la hematosi producida por la circulación difícil en el árbol arterial. A la policitemia acompaña la clásica sintomatología de somnolencia, mareos y cefalalgia. Las lesiones crónicas que dan lugar a este aumento de la tensión del árbol pulmonar son: la bronquitis crónica con enfisema y, a veces, con bronquiectasia; las diversas fibrosis pulmonares—principalmente la tuberculosa, la sifilítica y las debidas a infecciones banales pleuropulmonares repetidas; y ciertas lesiones crónicas del corazón, principalmente la estrechez mitral. Hasta aquí la explicación era perfecta, y el problema se reducía a diagnosticar en un cierto número de casos de bronconeumopatías crónicas o cardiopatías crónicas esta alteración *secundaria* de las arterias pulmonares, diagnóstico un tanto delicado, que se hacía fundándose en la intensidad y persistencia de la cianosis con su policitemia y la sintomatología policitémica. Decimos que el diagnóstico era un tanto delicado, porque muchos de estos enfermos de hipertensión crónica de la circulación pulmonar, sin necesidad de presentar lesión alguna de las arterias pulmonares, eran también cianóticos y un tanto policitémicos. *Pero estas cianosis y su correspondiente policitemia desaparecían en cuanto se restablecía el equilibrio circulatorio; en tanto que, si la lesión de la arteria pulmonar existía, la cianosis y el síndrome policitémico persistían aun cuando la circulación pulmonar se hubiera equilibrado.*

Era, pues, para Ayerza, el síndrome de la ar-

teritis pulmonar, *un estado secundario a los desequilibrios crónicos de la pequeña circulación, que se establecía gradualmente*, y cuyo diagnóstico se establecía también por tránsitos graduales. Sin citar otras incidencias de las largas discusiones entabladas en torno de este problema, comentaremos, como origen del debate que ha retrasado el conocimiento de este síndrome, los trabajos de Arrillaga, que en diversas comunicaciones, y, finalmente, en su excelente libro, publicado en 1925, sostuvo la tesis de que la lesión del árbol arterial funcional *no era, como se venía creyendo, secundaria a las bronconeumonías crónicas, sino un proceso primitivo, infeccioso, casi constantemente sifilítico*, al que acompañaban, unas veces y otras no, lesiones broncopulmonares, generalmente de la misma etiología que la lesión arterial.

La mayoría de los autores están hoy de acuerdo en rechazar esta hipótesis de la primitividad de la lesión arterial y de su obligatoria naturaleza sifilítica. Los patólogos franceses, cuyas ideas están bien resumidas en la monografía de Dumas, de 1933, admiten una arteritis pulmonar primitiva y otra secundaria. Pero consideran como casos primitivos, no los de Arrillaga, sino tan sólo un grupo especial de enfermos, observados por Roger, en Bengala, con características étnicas muy definidas, ajenas por completo a nuestra casuística occidental. Esta casuística es exclusivamente de casos secundarios en los que, por lo tanto, la lesión de la arteria pulmonar se produciría como consecuencia de largos años de un estado de hipertensión de la circulación menor por las causas broncopulmonares o circulatorias antes enumeradas.

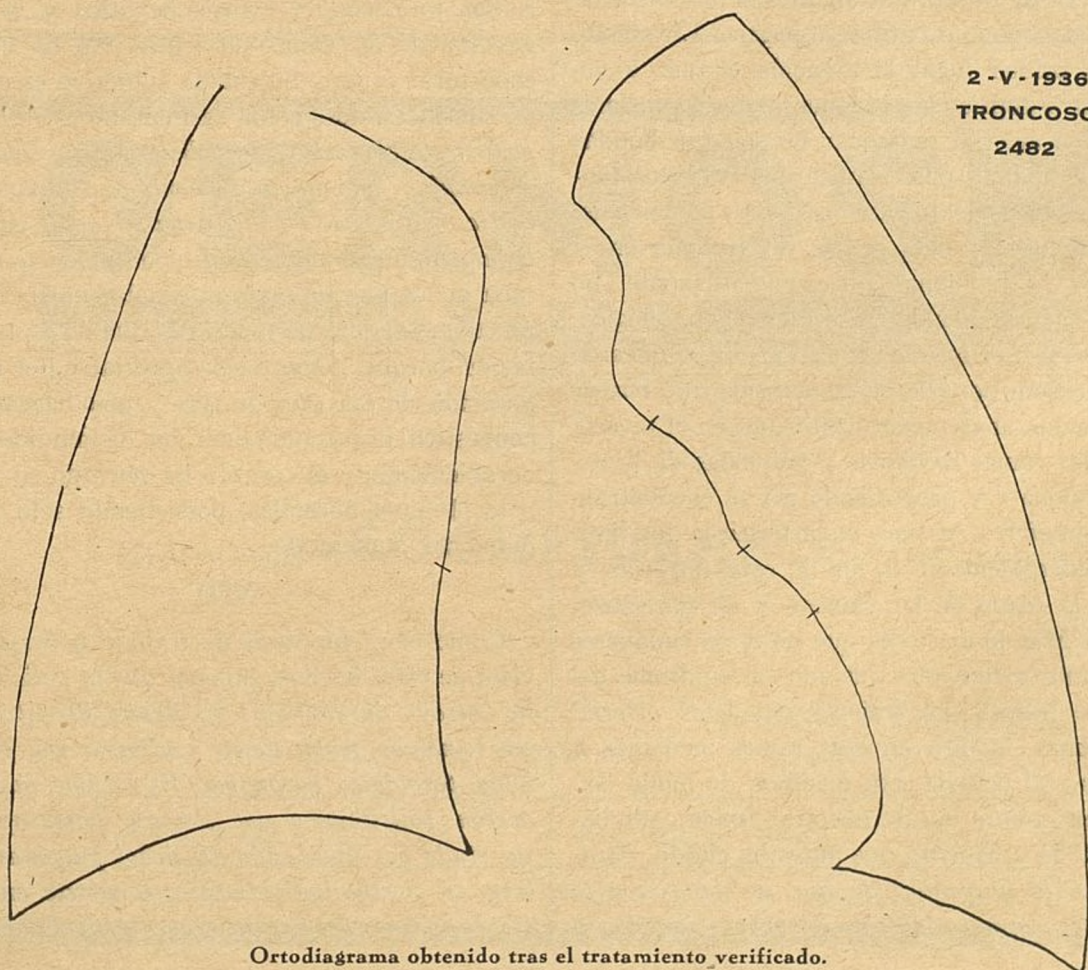
Nosotros tenemos esta misma idea, pues toda nuestra casuística es decisivamente demostrativa en el sentido de que *el paciente, antes de presentar el cuadro clínico que permita la sola sospecha de la arteritis pulmonar había sufrido años y años lesiones torácicas exactamente iguales a las de otros muchísimos enfermos que jamás presentan el síndrome arterítico pulmonar*. Tenemos, pues, la impresión clara de que este síndrome arterítico pulmonar sobreviene o no en enfermos crónicos del aparato respiratorio o circulatorio, *pero jamás aparece en sujetos previamente sanos de dichas vísceras*. Realmente, las mismas historias que publica Arrillaga en su minuciosa monografía son poco favorables a su tesis, pues cuando se consiguan con detalle los antecedentes de los enfermos—lo cual, por cierto, no siempre ocurre—, es indudable la predecesión de la sintomatología banal

respiratoria o circulatoria respecto de la sintomatología arterítica pulmonar. El hallazgo del treponema en las paredes de las arterias pulmonares no es un argumento decisivo en pro de la tesis de Arriaga, pues en un sífilítico puede hallarse el treponema en varios parénquimas, sin que esto indique que cualquiera de ellos, o aquel de ellos en que se encuentra, si se busca, haya sido el primitivamente afectado por la infección.

VI

Si consideramos la lesión de la arteria pulmonar como secundaria, ¿por qué mecanismo se produce esta lesión?—Es sabido que para unos autores el árbol pulmonar se alteraría mecánicamente por la simple persistencia de la hipertensión, mientras que para otros, la lesión sería infecciosa, principalmente sífilítica. Azevedo González presume que la infección responsable pueda ser en algunos casos la palúdica. A nuestro juicio, cualquiera de estos dos mecanismos no excluye al otro. Del mismo modo que una lesión del árbol aórtico puede ser debida a causas mecánicas, como la hipertensión, o bien a causas infecciosas, como la sífilis—y el mismo paludismo: constantemente insistimos aquí sobre la posible frecuencia de las aortitis palúdicas—; o bien a los dos tipos de etiolo-

gía; del mismo modo, es fácil presumir que la arteritis pulmonar pueda originarse por los motivos mecánicos o por los infecciosos, o por ambos a la vez. El caso que hoy comentamos es muy demostrativo de esta etiología múltiple: es sífilítico y palúdico y, además, bronquítico crónico y enfisematoso; y, sobre ello, alcohólico: etiología que también citan varios autores en las arteritis pulmonares. Y aún habría que añadir la razón etiológica, quizá más importante, según la experiencia nuestra: *lo que pudiéramos llamar el "maltrato" que el enfermo ha dado a su circulación pulmonar.* Hemos, en efecto, indicado ya la importancia que para nosotros tiene el que, casi sin excepción, se trata en estos enfermos—tanto en los nuestros como en los publicados por otros autores—de sujetos de la clase trabajadora, duros, inatentos a su persona, jamás sometidos a los menores cuidados higiénicos, paseadores de sus toses, de sus fatigas y de sus fiebres. En estas condiciones se comprende que la situación anormal del tronco arterial pulmonar en todo enfermo crónico del aparato respiratorio o circulatorio, se agrave considerablemente; y ello nos explica también el que, como al principio decíamos, sea la arteritis pulmonar enfermedad casi exclusiva de la clientela hospitala-



2-V-1936
TRONCOSO
2482

Ortodiagrama obtenido tras el tratamiento verificado.

ria, e incluso, dentro de ésta, de la de más humilde condición.

VII

En resumen: *la enfermedad arterítica pulmonar o arteriosclerosis de la pulmonar sería la suma de estos tres factores: a)* una lesión crónica del parénquima broncopulmonar o del corazón, principalmente una estrechez mitral; *b)*, como consecuencia de la hipertensión crónica de la circulación pulmonar consecutiva a dichas lesiones, se produciría el síndrome de la insuficiencia derecha del corazón; *c)*, en un cierto número de casos, por las razones mecánicas, infecciosas, tóxicas o higiénicas anotadas, se produciría la lesión del arco arterial pulmonar con cianosis intensa y crónica, hematosi insuficiente y policitemia compensadora. La sintomatología correspondería a la superposición de estos mismos tres elementos: *a)*, síntomas de la lesión broncopulmonar o circulatoria; *b)*, síntomas de la insuficiencia de la circulación derecha; *c)*, síntomas de la arteritis pulmonar, a saber: cianosis y policitemia, con el complejo sintomático policitémico tantas veces citado: mareos, somnolencia, cefalalgia, etc.

Sin embargo, *esta explicación no satisface completamente a nuestro espíritu*, por lo menos cuando tratamos de interpretar algunos de los casos de arteritis pulmonar o cardíacos negros. En efecto, llama en primer lugar la atención el que, a veces, en la autopsia, las lesiones que encontramos en el árbol arterial pulmonar no son tan hondas como esperábamos para explicarnos la cianosis intensísima del paciente. En ocasiones, la única lesión se reduce a unas placas de ateroma en el tronco de la pulmonar que, evidentemente, no pueden tener la menor trascendencia patológica. Los autores, y el mismo Arrillaga muy ahincadamente, insisten por ello en la necesidad de buscar la explicación anatomopatológica, no en el tronco, sino en las ramas medianas y pequeñas de la arteria pulmonar; y procediendo así se encuentran, a veces, en efecto, lesiones endarteríticas que limitan considerablemente la luz de estas arterias, y nos dan la razón de las cianosis y de sus consecuencias. Mas lo cierto es que en otros cadáveres de enfermos netamente ajustados al síndrome del "cardíaco negro", las lesiones del árbol arterial son mínimas, incluso en esas ramas medianas y pequeñas: tal ocurría, por ejemplo, de modo clarísimo, en el enfermo de nuestra clínica, estudiado por Roda y Morros, que antes he citado. *Estos casos dan la impresión de que la cianosis y la policitemia son notoriamente desproporcionados al*

hallazgo anatomopatológico. Y esta impresión se acentúa aún más cuando estudiamos el curso clínico de la mayoría de estos enfermos. Nos sorprende en ellos, en efecto, el que la cianosis y la policitemia siguen una marcha inexorablemente progresiva, aun cuando temporalmente se modifiquen favorablemente por el tratamiento los fenómenos pulmonares y circulatorios que originaron la enfermedad. En muchos casos la lesión arterítica obedece a causas netamente curables, como la sífilis; pero así como las aortitis sífilíticas tratadas enérgicamente mejoran, y prácticamente pueden llegar a curarse, las arteritis sífilíticas de la pulmonar, aun cuando obedezcan, sin duda, al tratamiento antisifilítico, no van seguidas de la mejoría clínica de aquellos síntomas que se suponen ligados a la lesión: cianosis y policitemia. Pero es más: *hay enfermos en los que se consigue una mejoría clínica considerable y, sin embargo, la cianosis persiste, y también la policitemia, y quizá empeora.* El caso nuestro es absolutamente típico en este sentido, y aquí radica su principal interés. Con el reposo, con los tónicos cardíacos, con la enérgica medicación antisifilítica, ha mejorado de un modo que en esta enfermedad se puede considerar como excepcional. La disnea ha desaparecido por completo, así como los edemas, los ruidos torácicos, el éxtasis hepático y la ingurgitación de las venas cervicales. No ha vuelto a expectorar sangre. Su estado subjetivo es excelente, considerándose como casi curado. *No obstante, persiste la cianosis, y la policitemia no sólo no ha disminuído, sino que ha aumentado a 6.920.000 hematíes con 100 de hemoglobina y 0,99 de valor globular.* Algún objetante sutil podría decir que estaba mejor porque tenía más policitemia, fenómeno compensador; pero claro es que no es así. Está mejor, porque, como puede apreciarse por la comparación de las radiografías y ortodiagramas, la congestión broncopulmonar ha disminuído considerablemente, y el corazón ha retraído su tamaño a los límites normales, persistiendo sólo el arco pulmonar aumentado.

VIII

Como mera hipótesis de trabajo podríamos, en vista de estos hechos, suponer *que la policitemia y su cortejo sintomático, en alguno de estos casos por lo menos, puede llegar a adquirir una personalidad patológica autónoma. Es posible que la reacción policitémica del sistema hematopoyético suscitada por una lesión del árbol pulmonar, quizá leve, en ciertos individuos se convierta en un vicio funcional permanente que evolucione por su*

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 ((brohdo) ½ miligr.
Codeína..... miligr. centigr.
Digitalina amorfa... miligr.
Emetina..... miligr.
Espaceína (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 (valeto. 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

GERMOSE

GOTAS

TOS ESPASMÓDICA - **COQUELUCHE** - TOS EMETIZANTE

NO TÓXICO

SABOR AGRADABLE

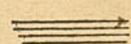
SOLUCIÓN DE FLUOROFORMO ESTABILIZADO EN EXTRACTOS VEGETALES

LABORATORIOS LEBEAULT : 5, Rue Bourg l'Abbé - PARIS (IIIº)

GIMENEZ-SALINAS & C.º - MADRID: Av. E. Dato, 10 - BARCELONA: Sagüés, 2 y 4 - LISBOA: Rua da Palma, 240-246

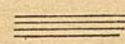


IODAMELIS



IODOTANINO

COMPLEJO



MODIFICADOR TOTAL DE LA CIRCULACION
MODIFICADOR DE LA NUTRICION

DOSIS . 20 a 40 gotas en las dos comidas

LABORATORIOS J. LOGEAS
AGENTE GENERAL : E. BOIZOT — LUIS CABRERA 47 — MADRID

cuenta. Se entrevé un paralelismo entre estos hechos y lo que ocurre, por ejemplo, en la aquilia gástrica y la anemia. Una aquilia puede suscitar la reacción hematopoyética del tipo de la anemia hipercrómica, y esta reacción, en un grupo de individuos, puede adquirir personalidad patológica que supere a la de la lesión inicial, evolucionando por su cuenta.

La predisposición constitucional del sistema hematopoyético explicaría estas modalidades de su reacción tanto en el caso de la anemia hipercrómica como en el de la policitemia.

En otras palabras, a los tres elementos patogénicos antes citados—lesión crónica del parénquima pulmonar o de la circulación; insuficiencia del corazón derecho, arteritis pulmonar—habría que añadir este cuarto elemento—policitemia—, que ya no sería secundario, sino, en cierto sentido, autóctono. Esto nos explicaría la persistencia del síndrome policitémico, a pesar de la mejoría de los otros tres elementos patogénicos de la enfermedad. Y esto nos explicaría también la enorme dificultad que, a veces, se presenta en la clínica para diferenciar el síndrome de la arteritis pulmonar con su policitemia secundaria (*policitemia rubra secundaria*), de la policitemia primitiva o enfermedad de Vaquez (*policitemia rubra primaria*). El mismo Arrillaga insiste en las enormes dificultades que hay, a veces, para esta distinción; y critica, muy justamente, la serie de casos de policitemia primitiva publicados por Thomas, entre los que, sin duda, hay varios enfermos que son, sencillamente, "cardíacos negros". Y es que, posiblemente, esa diferenciación es más difícil de lo que parece, pues, por lo menos, en un grupo de casos de arteritis pulmonar, la policitemia ya no es estrictamente secundaria, como acabamos de apuntar. Sería del mayor interés en adelante examinar cuidadosamente el sistema hematopoyético en las autopsias de los "cardíacos negros". Anotemos que en muchos de los protocolos publicados se citan hallazgos de bazos de gran tamaño, macroscópicamente alterados, aunque sin dar a este hallazgo ninguna significación.

IX

El caso que hoy hemos comentado nos ha sugerido consideraciones principalmente patogénicas, un tanto al margen del sentido práctico que deseo presida a estas lecciones. Pero, a veces, el interés de lo teórico es tan grande, que anula a lo práctico, sobre todo si se presume que de la aclaración de los conceptos pueden surgir mañana importantes consecuencias para el tratamiento.

Inconvenientes de ciertas disposiciones sanitarias en regiones autónomas

El empleo de productos químicos en panificación y de anilinas en ciertos alimentos

POR EL

Dr. M. MAESTRE IBÁÑEZ

Jefe del Laboratorio de la Maternidad de Madrid.

En 1931, varias agrupaciones de fabricantes de harinas hubieron de dirigirse al Ministerio de Agricultura en súplica para que no se permitiese la mezcla de sales y productos químicos en las harinas, utilizados por algunos fabricantes para aumentar el grado de expansión de la misma al elaborar el pan, es decir, para simular una panificación normal, con grave perjuicio para la salud de los consumidores y daño de los harineros y panaderos ante la competencia ilícita que supone el dar apariencia de una harina panificable excelente a otra de calidad inferior. El 28 de julio del mismo año, la Dirección general de Sanidad envió al gobernador de Zaragoza una resolución, a instancia de algunas agrupaciones harineras de la provincia, donde se expresaba que "la harina de trigo no consiente la adición de ninguna sustancia extraña, con arreglo a las disposiciones legales", y, en virtud de todo ello, con fecha 29 de diciembre del mismo año, por aquel Ministerio era dada una disposición en la que se estimaban atendibles las peticiones hechas y se prohibía "con carácter general el uso de productos químicos, sales y similares en la elaboración de harinas", ratificando así el R. D. de 17 de septiembre de 1920, en el que, al tratar de la harina de trigo, se hace constar taxativamente que "no puede admitirse adición de producto alguno que, desvirtuando su calificación, sirva para aumentar su grado de expansión, con perjuicio notorio para la salud de los consumidores y quebranto económico del harinero que cumple con lo previsto".

¿Qué razones, desde el punto de vista higiénico, se oponen al empleo de un producto químico en esos casos? Como es sabido, el pan no es simplemente una pasta cocida de harina y agua, sino que el proceso de la panificación es la resultante de una serie de fenómenos biofísicoquímicos producidos por la multiplicación de levadura y otros gérmenes, como son, principalmente, el bacilo acético, butírico y diversas variedades de láctico, favorecida por las excelentes condiciones de la masa, que actúa como verdadero medio de cultivo, y que dan lugar a productos que comunican al pan su olor y sabor agradables al paladar, y por lo mismo excitan la secreción salival y gástrica, lo que supone una mayor cantidad de diastasas, que, sumadas a las naturales de la harina y depositadas en determinadas regiones del grano del cereal, pasan a ella por efecto de la molturación, aumentan la digestibilidad del pan, y, en consecuencia, su asimilación, a la vez que ponen en condiciones de ser más fácilmente digeridos los dos componentes esenciales: gluten y almidón.

En los métodos antiguos de panificación se empleaba, y emplean todavía a veces, harinas que contienen una mayor parte del grano, y, por lo mismo, son ricas en azúcares, diastasas, grasas y cuantos elementos entran a formar parte de las capas subyacentes de la cubierta de aquél, y de aquí que una buena panificación se obtenga sólo con añadir "creciente", o sea una porción de masa

de la hornada del día anterior, conservada a cierta temperatura, con el fin de favorecer la multiplicación de las células o fermentos correspondientes. Pero, dada la moderna fabricación de harinas, muchas veces el poder diastásico está notablemente disminuido, por no entrar a formar parte de ellas las capas exteriores del grano, y

**Sal Adicional
para
Panificación
Marca "CINTA ROJA"**
(REGISTRADA)

DOSIS PARA 100 KILOS DE HARINA

SAL ADICIONAL "CINTA ROJA"
aumenta la consistencia de la masa, mejora la porosidad de la miga, vigoriza la actuación de la levadura y mejora la calidad de harinas pobres en gluten

EMPLEO: Añadir esta sal
a la levadura disuelta

*Debidamente autorizado su uso en la
fabricación del pan por la Dirección
de Sanidad*

de aquí que la fermentación panádica no puede confiarse a la levadura antigua y sean necesarias levaduras seleccionadas que la industria especial ofrece, pero que, como aquéllas, son levaduras biológicas, en un todo semejantes e incluso a como desenvuelven el proceso de panificación, sin más diferencia que activándole mucho más, ya que se trata de verdaderas masas de células de levadura activa y pura en absoluto. Son, pues, aquéllas y éstas el medio de obtener una panificación racional, y, en consecuencia, un pan que reúna todas las condiciones higiénicas debidas.

Pero en sustitución de ellas, o para facilitar su acción en harinas averiadas, de inferior calidad o poco panificables, hace algún tiempo aparecieron en el comercio las llamadas levaduras químicas, que no son otra cosa que productos que, al descomponerse por el calor, desprenden cierta cantidad de gases, oxígeno y carbónico, generalmente, que hinchan la masa y dan al pan un aspecto semejante a como si hubiese fermentado, pero que, como no ha experimentado aquella serie de transformaciones, carece de sus propiedades especiales, y, por tanto, su digestibilidad es más difícil. Los productos químicos que las integran son principalmente perborato sódico, percarbonato sódico y persulfato amónico, aislados o mezclas de unos y otros, ofreciendo la particularidad de ser necesarias sólo cantidades mínimas, pues con 2 a 10 gramos por 100 kilogramos de harina se obtiene el resultado debido; y nos referimos a aquéllos y no a la levadura química especial, de procedencia inglesa o norteamericana, muy empleada en repostería y pastelería, pero no en panadería, compuesta de bicarbonato sódico y bitartrato potásico.

Realmente, como se ve por la naturaleza de todos ellos, así como la de los productos que se forman, es este un caso más de entre tantos que, si bien es cierto no son nocivos para la salud, ello no autoriza su empleo,

ya que desnaturalizan las harinas y el pan, haciendo que no reúnan las condiciones higiénicas debidas, tanto en el sentido que queda expuesto como en el de que, como está demostrado, estas levaduras químicas destruyen las vitaminas, de un valor tan importante en la alimentación.

No obstante, bien está hacer constar que no carecen en absoluto de peligros para la salud, y en apoyo de ello recuérdense las intoxicaciones habidas en San Francisco de California, debidas a una equivocación al mezclar uno de sus componentes, y de las que la Prensa diaria dió cuenta hace poco, precisamente cuando se ocupaba de las ocasionadas por el plomo en harinas de la provincia de Murcia.

Pues bien: estas levaduras o "productos químicos, sales o similares", son a las que hace referencia la disposición oficial antes mencionada, prohibiéndolas en absoluto, aunque la realidad es que en el comercio circulan libremente, y su empleo no es tan raro como pudiera creerse, sobre todo en ciertos pueblos, donde la inspección sanitaria deja de ser lo eficaz que es en las grandes poblaciones. Pero lo particular del caso es que de las muestras de levadura química que nos han sido facilitadas, una lleva en el sobre la indicación de que "está autorizado su empleo por el inspector de Sanidad", y en ésta como en todas, además de las instrucciones para utilizarlas, la dirección del fabricante, precisamente de localidades de una misma región.

Es decir, que se da el caso con ello de que la autoridad sanitaria de una región, al autorizar de ese modo el empleo de levaduras o productos químicos para panificación, revoca en absoluto una disposición dictada con carácter general para España, "con el fin de evitar un grave perjuicio de la salud de los consumidores y daño de los harineros y panaderos ante una competencia ilícita, apoyándose en disposiciones legales que, a su vez, se inspiraron en realidades contrastadas por la necesidad y depurada investigación técnica realizada", conforme taxativamente se hace constar en la referida Orden del 29 de diciembre de 1931.

Y algo semejante sucede también con la falta de vigilancia en general, y en determinadas regiones muy

MUESTRA GRATIS

SAL ADICIONAL "CINTA ROJA"
permite trabajar con masas más blandas, acorta el tiempo de su fermentación y rinde un pan de mayor volumen

SAL ADICIONAL "CINTA ROJA"
es un producto de la
FABRICA DE LEVADURA PRENSADA, S. A.
VILADECANS (BARCELONA)

particularmente, para impedir la propaganda y venta de productos empleados para adulterar un alimento, conforme está dispuesto que se haga. Y para que se vea hasta qué extremo se tiene abandonada esta cuestión, e impúnemente se hace la propaganda de productos adulterantes, basta citar el siguiente caso:

Como es sabido, la industria pimentonera en las provincias de Murcia y Cáceres principalmente, alcanza una extraordinaria importancia, hasta el extremo de que la cantidad de pimentón elaborado en el año 1933, última estadística oficial que se tiene, alcanzó la cifra de 171.014 quintales métricos, cuyo valor asciende a pesetas 23.043.059, y es importantísima también la industria de embutidos, en los que, como componente, entra el pimentón, que, a su propiedad de condimento, característico de ciertos embutidos elaborados en grandes cantidades en Baleares, La Rioja y Salamanca principalmente, une la de ser un excelente conservador natural, por la cantidad de capsicina que contiene.

La legislación española protege a una y otra industria en su doble aspecto higiénico, y como tal riqueza nacional, figurando entre las disposiciones dictadas, y como esenciales, el R. D. de 26 de diciembre de 1922, en el que taxativamente, y con relación al pimentón, se hace constar que "no se permitirá la adición de materias colorantes de ningún género"; y en el mismo R. D., al referirse a "Carne y sus derivados", se dice que "queda prohibida la aplicación de materias colorantes", disposición que fué ratificada por una Circular dirigida por la Dirección general de Sanidad a los gobernadores civiles, con fecha 7 de julio de 1931, en la que se les encarece que estimulen el celo de los Ayuntamientos y autoridades sanitarias para el cumplimiento de aquélla, y persigan el empleo de colorantes en los embutidos y las infracciones que se cometan.

No está de más, ya que de este asunto tratamos, y para aportar datos a favor de cómo se quiere desnaturalizar un producto que, como el pimentón, constituye, según decimos, una riqueza de ciertas regiones españolas, que recordemos una R. O. del 25 de noviembre de 1927, en la que, conforme a lo propuesto por el Consejo de la Economía Nacional, se desestimó una instancia solicitando se autorizase el empleo de "Cayene-oil" (?) (aceite de vaselina) para la mezcla con el pimentón y en sustitución del aceite de olivas.

Pues bien: se da el caso de que, no obstante las disposiciones oficiales mencionadas y la prohibición de venta de productos adulterantes de alimentos, se ofrezcan a los exportadores de pimentón y fabricantes de embutidos anilinas con las que colorearlos, haciéndose tan descaradamente la propaganda de ellas, que circulan libremente prospectos y ofertas por carta, todas de la misma región, por cierto, en cuyos membretes consta el nombre de la entidad comercial y su correspondiente dirección postal y telefónica: es decir, por ningún concepto anónima. De aquéllos y éstas poseemos algunos ejemplares, que en cierta ocasión nos mandó uno de dichos exportadores, en los que se ofrecen las anilinas, con los nombres de "Rojo pimentón", "Amarillo B" y "Rojo de sangre", acompañando una muestra de ellas. Una de las cartas dice así: "Tenga la bondad de ensayarlas, en la seguridad de que, tanto por su pureza como por la concentración, han de interesarle, ya que desde largos años venimos administrando las citadas calidades, y no dudamos de que un ensayo le inducirá a usted igualmente a favorecerlos." En otra, donde se dan instrucciones detalladas para el empleo de estas anilinas, al referirse a cada una hace constar: "Para colorear embutidos tipo Rioja". "Se emplea para coloración de embutidos tipo sobreasada de Mallorca."

Creemos son muy suficientes los datos expuestos, en

uno y otro sentido, para juzgar la importancia tan extraordinaria que pueden tener las disposiciones sanitarias que se dicten en una región autónoma, si no guardan relación íntima con las generales para España, o si se dejan incumplidas éstas en regiones determinadas, pues se dará entonces el caso de que queden sin efecto, por lo difícil, o tal vez imposible, que resulta el procurar se cumplan, máxime en estos casos citados y ante la libre venta en toda la Península de productos lanzados al mercado por una región, unas veces con anuencia de sus autoridades sanitarias, y otras con abandono absoluto de la inspección consiguiente, que es lo que viene sucediendo, no obstante las repetidas veces que el Gremio de Pimentoneros de Murcia y el de Fabricantes de Productos de la Carne se han dirigido al Ministerio de Agricultura denunciando los hechos, debidamente documentados; resultando todo ello funesto, tanto en el aspecto higiénico como en otro no menos importante, cual es la defensa de la riqueza de una región determinada que, en suma, es de toda España.

Divulgaciones científicas de actualidad

La vacunación antirrábica, llevada al domicilio del mordido

POR EL

Dr. P. REMLINGER

(Adaptación de J. H. S.)

I

El Prof. Remlinger vuelve en el último número de *La Presse Médicale*—25 de marzo—, llegado a nuestras manos en el momento de escribir estas líneas, a tratar un tema como éste, lleno de interés, y del cual se ocupó en el curso pasado por dos veces: una, en la Academia de Medicina, y otra, en las columnas de la misma *Presse Médicale*, donde hoy vuelve con su tema a decirnos las siguientes e interesantes palabras, que, por creer de novedad e interés para nuestros lectores, no dudamos en traerlas a estas columnas.

II

Corriendo el año 1935, creímos un deber llamar la atención cómo hace ya más de diez años, un gran número de países, tales como Italia, Portugal, Japón, U. R. S. S., Polonia, Palestina, Inglaterra, Grecia, Estados Unidos, Chile y otros, la vacuna antirrábica obtenida por el ácido fénico, al actuar sobre el virus fijo, se mandaba por correo a los médicos de los Hospitales y de los Dispensarios, que la inyectaban con igual sencillez que el suero antidiftérico o antitetánico; sin embargo, en Francia y las colonias francesas, donde el virus continúa siendo atenuado por la desecación, los mordidos deben, como en los primeros tiempos del método pasteuriano, seguir yendo a tratarse a los Institutos especializados, con la pérdida económica y de tiempo consiguientes. Hemos de pedir perdón por haber tardado en dar a conocer este método; pero ha sido deseo nuestro el estudiar el mismo a conciencia, ya que, si bien muchos médicos se han dirigido a Tánger para conocer la técnica de esta vacuna y su medio de empleo, a otras les ha parecido una gran temeridad llena de peligros, y nosotros, al transcurrir el tiempo, la hemos dejado libre de ambos extremos y en condiciones de que, como en otros países, se

adopte también en Francia este método, del que se ha dicho "que es una de esas blasfemias del día, que son la verdad del mañana".

III

Antes de pasar una línea más adelante debemos añadir a la lista de los países donde la descentralización de la vacuna antirrábica se ha realizado, a Yugoslavia y Turquía. "Desde 1927—escribe Hempt—, hemos procedido en Yugoslavia a una descentralización completa de la vacuna antirrábica. Hemos enviado a más de 100 Dispensarios y Hospitales la vacuna antirrábica eterizada, fenolizada, que se había preparado en Novi-Sad. Igualmente se envió a numerosos médicos de la ciudad y del campo, y todos los resultados fueron en extremo satisfactorios." Es así como pudieron ser suprimidos todos los viejos Institutos antirrábicos, lo cual supuso una gran economía en dinero y en personal."

Turquía, que tiene hoy cinco Institutos antirrábicos—y sobre este punto recomienda Remlinger a los lectores muy interesados por el tema la monografía de Zekai Muammer Tuncmann, intitulada *Kuduz ve Kuduzum cogalma sebepleri Istanbul 1935*—en Estambul: Sivas, Diarbekir, Smyrna y Koniah, cuenta con 13 estaciones, que reciben la vacuna de los citados Institutos. Son éstas Adrianople, Tchanakkale, Ankara, Kirlar-eli, Samsoun, Trebizonda, Van, Adana, Antalya, Mugla, Bursa, Dalikesir y Kastamouni.

En Portugal son dos los Institutos que desde Lisboa y Coimbra, bajo la dirección de los Dres. Luis Figueira (sucesor del malogrado Pereira de Silva) y Marqués dos Santos, envían la vacuna fenicada a todos los Dispensarios diseminados por todo el país.

El Prof. Haidar Dalavandoff, quien, en el año 1925, parece ser fué el primero que introdujo dicho método en Rusia, ha tenido la amabilidad de escribirnos diciéndonos que comenzó por crear en las grandes ciudades de la Rusia Meridional "Estaciones Pasteur periféricas", encomendadas a médicos, encargados a un mismo tiempo de un servicio hospitalario o de laboratorio, o a sencillos médicos rurales. Progresivamente fué enviando su vacuna fénica a pueblos cada vez más chicos y elevando así el número de las estaciones periféricas a las cuales consideraba como una etapa transitoria, estimando que algo más adelante este método sería para el médico tan fácil de uso como el de las vacunaciones contra la viruela y la difteria, así, en el año 1934, presentaba una estadística de nueve años, en los cuales 18,517 casos han sido tratados, con una mortalidad global de 0,03 (seis fallecimientos), y una mortalidad reducida de cero.

Los establecimientos franceses de la India, según vemos en el trabajo del Dr. Le Detu, acerca de las enfermedades transmisibles en las colonias, publicado en los *Annales de Médecine et Pharmacie Coloniales*, número 3, 1935, enviaban hasta aquí a sus mordidos al Instituto Pasteur, de Coonoor. En la actualidad, este Instituto envía, tras un telegrama a él dirigido, la vacuna pedida al mismo. Así ha sido como 13 curas, comprendiendo cada una 14 inyecciones de cinco centímetros cúbicos de vacuna fénica, se han realizado en Pondichery sin ningún fracaso.

En el Camerún, un servicio antirrábico ha sido organizado y confiado al Instituto de Higiene de Doula, que se asegura el envío mensual de la vacuna por medio del Instituto Pasteur, de Brazzaville.

IV

La vacunación antirrábica por el método pasteuriano clásico, así como la practicada por el método de Hogyes utilizan, como todos saben, un bacilo vivo. La vacunación descentralizada, llamada a utilizar la vacuna varias semanas e incluso meses—seis—después de su preparación, está por fuerza hecha con un bacilo muerto. Y ha sido por esta razón por lo cual a esta vacuna se la ha acusado de atentar contra la memoria del genial Pasteur. Pero a esta acusación he aquí cómo contesta Pasteur en su carta a Duclaux sobre la rabia, la cual puede leerse en los *Annales* de su inmortal Instituto—vol. I, núm. 1, año 1887—. En la misma dice así: "El interés que ofrece la vacunación por medulas no virulentas no es necesario señalarlo. Sería a la vez un hecho científico de primer orden y un progreso inapreciable del método de profilaxis de la rabia." Por tanto, ¿cómo iba a ser atentatorio a su memoria el ir contra un método que su genio había presentado y calificado de antemano "de progreso inapreciable"?

Una crítica tan poco fundada como la anterior ha sido la que ha dicho que la descentralización marcaría el fin de los Institutos Pasteur. Hay que considerar en esto que hoy día, en los trabajos que se llevan a cabo en éstos representa una mínima parte sin importancia alguna el tratamiento a los mordidos, y de otra, que si bien las inyecciones no se realizarían en ellos, las vacunas, al igual que las de otras enfermedades, se continuarían empleando en los mismos.

"Las vacunas muertas se ha objetado que son ineficaces." Pero contra esto se halla la opinión de la Primera Conferencia Internacional de la Rabia, que en el año 1927 dijo: "Las vacunas muertas o atenuadas, bien por el fenol o por el éter, provocan una inmunidad satisfactoria."

Y, en apoyo de su tesis, el autor nos cita numerosos trabajos de autores extranjeros, y nos dice cómo no ha habido en París en el año 1933 mortalidad con el método de las medulas desecadas, pero cómo tampoco ha existido en Coonoor con el de Semple; y es bien sabido que en la India las mordeduras de chacal y de hiena hacen los peligros de la rabia cinco o seis veces mayores que en París. "En Odessa—escribe Pavalen-doff—, el método pasteuriano clásico se ha empleado sólo desde 1886 a 1925; de dicho año a 1929 se han utilizado las vacunas de Pasteur y de Fermi, y desde aquél hasta el 1934 las de Fermi y Philipps; desde éste sólo se usa la del primero de estos dos, y las estadísticas prueban una gran mejoría en los resultados desde el empleo de la vacuna fénica. Así, la mortalidad ha llegado a cero en el año 1934.

V

En apoyo de sus tesis, el autor nos va citando casos de verdadero interés, algunos afectando a tropas coloniales y poniendo en evidencia, no sólo la salvación de vidas con este método, sino también el gran ahorro que para muchos ejércitos, propietarios de fincas con grandes núcleos obreros, etc., supone este método; y así, por ejemplo, en cuanto a la cuestión económica, ¿cómo va a parangonarse un método cuyo único gasto lo constituyen los 40 ó 50 francos de la compra de las ampollas de vacuna, con los cientos de ellos que suponen el viaje y la estancia a la población adonde se halle situado el Instituto? Y en cuanto a la salvación de vidas, ¿cómo

no comprender que a veces el mordido tiene que atravesar kilómetros y kilómetros, que le hacen llegar al Instituto sin vida o en un estado tal que la vacuna no sirve ya para nada? En cambio, mediante estas inyecciones, que duran hasta seis meses, los médicos de los poblados más apartados las podrán tener, por tanto, en su botiquín y aplicarlas a las pocas horas, cuando más, de la mordedura, ya que la técnica de aplicación de las mismas es tan sencilla como las del suero antidiftérico o antitetánico.

Francia, por razones de pura índole fisiológica, continúa fiel a los viejos métodos de vacunación antirrábica; pero, en verdad, no existe ninguna razón de peso para que, tanto en materia de rabia como de difteria, persistan estos métodos sin ser modificados; y es seguro que si el método de la vacunación descentralizada se ensayase, sería adoptado por todos los Institutos de Francia a los pocos meses.

Tratamiento del hidrocele y otras afecciones quirúrgicas por el clorhidrolactato doble de quinina y urea

POR EL

Dr. RAMON GARCIA GARRIDO

Primum non nocere.

De los tratamientos que se han propuesto para el hidrocele en sus diversas formas, unos pecan de no estar al alcance de cualquier práctico no especialista, y otros, más sencillos, asequibles al médico general, no son recomendables, por no estar exentos de peligro.

Entre los primeros, tenemos: la excisión de la túnica vaginal, según técnicas clásicas, como la de Bergman, no recomendable, por la gran hemorragia que acarrea, y las de Klapp y de Winkelman, muy elegantes y sencillas, ejecutadas por manos de especialista, pero casi imposibles de realizar por un médico general, falto casi siempre de medios instrumentales y auxiliares para su ejecución.

Los métodos basados en la punción de la colección líquida, seguidos de inyección en la cavidad vaginal de una sustancia irritante—tintura de yodo, éter yodofórmico, fenol, etc., etc.—son, por su sencillez aparente, susceptibles de ser ejecutados por cualquier profesional. Ahora bien, tienen graves inconvenientes, que son:

1.º Su facultad de provocar una reacción dolorosa fortísima, siendo imposible la anestesia local, ni aun con la solución al 2 por 100 de antipirina inyectada de antemano.

2.º Evacuada la colección líquida e inyectada la solución esclerosante, corremos el riesgo de que a un ligero movimiento del enfermo o del trocar, se salga éste de la cavidad vaginal, y ante la dificultad o imposibilidad de puncionar nuevamente para extraer el líquido cáustico, pues la bolsa está poco tensa ahora, nos vemos en la necesidad de incindir la para no dejar allí abandonada una sustancia capaz de provocar una grave necrosis o una intoxicación general.

3.º Que la inyección de estas sustancias es un método ciego, según feliz expresión del ilustre cirujano Dr. Bastos, ya que desconocemos la susceptibilidad individual de cada enfermo, y no sabemos hasta qué punto puede llegar la inflamación que deseamos moderada y jamás nociva.

Los inconvenientes de unos y otros procedimientos parecen

ser suprimidos con el uso de una sustancia modernamente preconizada: el clorhidrolactato doble de quinina y urea en solución acuosa glicerinada, a una concentración del 25 al 30 por 100.

Indiquemos a continuación nuestra técnica de aplicación, que en nada difiere de la empleada por otros autores:

Primeramente puncionamos el hidrocele como de costumbre, evacuándolo lo más completamente posible y midiendo la cantidad de líquido extraído. Sin retirar el trocar, inyectamos inmediatamente la solución, dejándola abandonada en la vaginal, a dosis variables, dependientes de la cantidad de líquido extraído.

Si el volumen de éste era hasta de 80 centímetros cúbicos, inyectamos tres centímetros cúbicos de la solución, y pasando de 80 centímetros cúbicos inyectamos seis centímetros cúbicos de cada inyección.

Practicada ésta, no hay más que retirar el trocar de un solo golpe y tocar la herida de la punción con un poco de colodion.

En un 50 por 100 de los casos no es preciso una nueva inyección, pero, si pasados quince días, no apreciamos que la colección ha disminuído o lo hace lentamente, podemos repetirla, ajustándonos en su dosificación al volumen nuevamente extraído, según queda dicho anteriormente, como si se tratase de un caso nuevo.

Si pasado otro período de quince días aún no vemos progresar al enfermo, puede repetirse la inyección en la misma forma hasta cinco o más inyecciones si precisan, aunque en la mayoría de los casos no hace falta pasar de las tres, ya que la curación es rápida generalmente.

Después de cada sesión, el volumen del hidrocele aumenta casi al primitivo, para disminuir rápidamente a los cuatro o cinco días.

Obtenida la curación, quedan las cubiertas testiculares durante algunos días algo tumefactas y aumentadas de volumen con relación al lado sano, y si practicamos un ligero masaje notamos el clásico "ruido de cuero nuevo" propio de la esclerosis de la túnica vaginal.

Las inyecciones son completamente indoloras, y el enfermo puede volver a sus ocupaciones inmediatamente, sin tenerlas que abandonar en ningún momento.

Cotraindicaciones.—Nada más que una: el déficit funcional del riñón para la eliminación de materiales azoados. Por ello, nosotros acostumbramos a hacer previamente las pruebas de dilución y concentración urinarias en los casos dudosos de que exista alguna tara en este sentido.

Expongamos como demostrativos algunos de los casos por nosotros tratados:

J. F.; obrero agrícola; sesenta años: hidrocele vaginal izquierdo desde hace diez años; volumen extraído, 750 centímetros cúbicos; primera inyección, de seis centímetros cúbicos, en 15 de enero de 1936; ligera mejoría; segunda inyección, el 29 de enero de 1936; tercera, el 14 de febrero de 1936. Curación, en 28 de febrero de 1936.

R. M.; diez años: hidrocele de la vaginal derecho desde hace un año; volumen extraído, 30 centímetros cúbicos; una sola inyección de tres centímetros cúbicos en 1 de marzo de 1936. Curación, a los doce días.

L. M.; veintitrés años: hidrocele derecho desde cuatro años; volumen extraído, 100 centímetros cúbicos; primera inyección, de seis centímetros cúbicos, el 28 de

enero de 1936; segunda inyección, de tres centímetros cúbicos, en 10 de febrero de 1936. Curación el 20 de febrero de 1936.

Contamos con seis casos más sin ningún fracaso.

Cuando más, a la sexta inyección hemos obtenido siempre la curación.

TRATAMIENTO DE LOS QUISTES SINOVIALES ARTICULARES

Esta frecuentísima afección es también tributaria de tratarse fácilmente por procedimiento idéntico.

Conocidos los peligros que puede acarrear su intervención operatoria radical por disección del tumor, es digna de ensayar esta materia para su tratamiento.

La extirpación—operación sencilla en extremo—hay que practicarla con asepsia tan rigurosa que la más leve infección acabaría, si no con el miembro del enfermo, sí con su funcionalismo perfecto, al terminar en anquilosis.

Esta es la causa por la que el médico general termina enviando sus casos al especialista.

Claro es que hay otros procedimientos clásicos menos peligrosos y más fáciles de ejecución, como son:

Aplastamiento.—Siempre que el tumor descansa sobre un plano duro, como es la muñeca, es fácil de aplastar con los dedos, comprimiéndolo fuertemente, procedimiento que, a más de ser de resultados muy dudosos e inconstantes, es dolorosísimo, necesitando al menos anestesia general con cloroformo.

Inyecciones irritantes.—Se emplea sobre todo la tintura de yodo, y repetimos cómo opina el Dr. Bastos sobre el uso de estas sustancias en el hidrocele: es un método ciego.

El yodo puede penetrar en la bolsa sinovial y determinar violentas inflamaciones articulares.

Inyección de clorhidrolactato doble de quinina y urea. Debe ser el procedimiento de elección. No tiene los inconvenientes de las intervenciones expuestas antes, y está al alcance de cualquier práctico.

Técnica.—Desinfección del campo operatorio, como es costumbre.

Con una aguja gruesa de las empleadas para inyecciones de aceites, y enmangada en una jeringa de tres centímetros cúbicos, puncionamos el quiste y, al mismo tiempo que tiramos del émbolo de la jeringa, un ayu-

dante comprime lateralmente la tumoración para facilitar la aspiración del líquido quístico muy viscoso.

Retiramos la jeringa sin sacar la aguja, y después de expulsar el líquido extraído la llenamos con medio centímetro cúbico, cuando más, de la solución al 30 por 100 de clorhidrolactato doble de quinina y urea, inyectándola seguidamente.

L. Blavier, de Lieja (*Bruxelles Méd.*, 2-6-35), cita 14 casos de curación de 18 tratados. Los demás casos, hasta 23, no volvieron a la clínica y no fueron vistos.

Nosotros hemos intervenido por este procedimiento cuatro casos, con éxito sin discusión. La curación tuvo lugar de quince días a dos meses después de la inyección.

Después de la inyección persiste algunos días un ligero dolor a la presión en el sitio que ocupaba el quiste, dolor que no es espontáneo y desaparece rápidamente.

L. Blavier cita en la revista indicada casos de curación de otras afecciones sobre las que nosotros no tenemos experiencia, y son:

De 7 varicoceles	6 curaciones.
De 3 quistes del cordón	3 " —
De 1 quiste del canal de Nück	1 " —
De 2 quistes espermáticos	2 " —
De 5 higromas de codo y rodilla	5 " —
De 1 quiste ovárico	1 " —
De 1 aneurisma	1 " —

Deseamos sea este un punto de partida para una nueva orientación en el tratamiento de estas varias afecciones.

Es una práctica que merece ensayarse aún más, y este es el motivo que nos mueve a esta comunicación.

De ahora en adelante, los compañeros tienen la palabra.

5 mayo 1936.

BIBLIOGRAFIA

Presse Médicale, 2 mayo 1934.

Bruxelles Médical, 2 junio 1935.

FORGUE: "Patología externa", 4.^a ed., pág. 809, tomo II.

MAISONNET: "Cirugía elemental", 1.^a ed., pág. 318.

SCHMIEDEN: "Curso op. quir.", 2.^a ed., pág. 494.

EL SIGLO MÉDICO, núms. 4.204, pág. 13, y 4.260, página 171.

BASTOS ANSART: "Explicaciones".

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

Terapéutica endobronquial - Lavado pulmonar - Broncografía

POR EL

DR. S. GARCIA VICENTE

TERCERA HISTORIA CLÍNICA

PROCESO BRONQUIECTÁSICO SUPURADO DE BASE PULMONAR DERECHA

E. B., natural de Santander, tenía, al comenzar el tratamiento, dieciocho años, vivía en la calle de Diego de León, número 55, Madrid, y actualmente en la Colonia Albéniz, hotel, Chamartín de la Rosa. Sin antecedentes hereditarios; sus padres viven, y es

la última de 10 hermanos, de los que murieron tres. Hasta que empezó su enfermedad actual, disfrutó de una salud excelente en un ambiente de bienestar, vida cómoda e higiénica, residiendo en su niñez habitualmente en un hotel de los alrededores de Santander. Hace seis años empieza a tener molestias respiratorias insidiosas (tos, expectoración), parecidas a catarrros que no acaban de desaparecer, sino que van poco a poco aquellas molestias en aumento, añadiéndose

fiebre, enflaquecimiento, etc. Análisis de esputos negativo en cuanto a bacilos de Koch. Tratamiento: tónicos, balsámicos y cura sanatorial, que se hace primeramente en las montañas de León, y posteriormente en el Guadarrama. Con ese tratamiento se consigue mejorar el estado general y aumentar el peso, pero los síntomas respiratorios persisten y aumentan progresivamente, sobre todo en la cantidad de expectoración, *que lenta, pero tenazmente, va aumentando*, a pesar de la actuación favorable que en el estado general ejerce la rigurosa vida higiénica que hace (reposo, sobrealimentación, aire libre, estancia constante en el campo). Sin embargo de estos cuidados, cada tres o cuatro meses, y sin causa aparente, el estado general empeora bruscamente, con fiebre alta, exacerbación de los síntomas respiratorios, disnea y aumento de la expectoración, *que en aquellas ocasiones se hace fétida*; estas crisis, que se repiten dos o tres veces al año, duran de quince a veinte días, quedando después de ellas muy desmejorada, siéndole cada vez más difícil recuperar energías y peso, y dejando como secuela más y más expectoración, que va adquiriendo aspecto purulento, con *tendencia cada vez mayor a la fetidez*. Así un año y otro, en calvario de climas, sanatorios y tratamientos diversos a base de balsámicos, antisépticos, tónicos, vacunas, autoterapia, calificantes, alcohol en inyecciones, punciones pulmonares, etc., hasta que, a los seis años de la implantación del proceso, y durante una crisis de gravedad extraordinaria, somos llamados a tratar a la enferma el 18 de noviembre de 1931.

Es una muchacha de dieciocho años, en la que, a pesar de su estado de gravedad, se adivinan rasgos de gran belleza, que hacen aún más desolador el aspecto de la enferma. Esta no se puede levantar de la cama, en la que permanece sentada y sostenida por varias almohadas, con una escupidera entre las manos para recoger la expectoración que continuamente expulsa, tan fétida, que, a pesar de estar abierto de par en par el balcón de la habitación, es extraordinariamente desagradable la permanencia. No está demacrada, pero los tegumentos son pálidos, y las mucosas, azuladas; los dedos, en forma de maza en sus extremidades, y con uñas azulencas. *El aparato digestivo* funciona bien, lo que aprovechan sus familiares para nutrirlo lo más abundante y selectamente que pueden; el *aparato circulatorio* y el *urinario* no ofrecen anormalidad (análisis de orina, normal); la fiebre es continua, remitente, con máximas por encima de 39°. En el *aparato respiratorio* apreciamos una zona extensa de matidez, en toda la base del pulmón derecho, con multitud de signos estetoscópicos de todas clases, predominando los estertores húmedos. La expectoración es de aspecto francamente purulento, muy

fétida (aunque menos que en el caso de absceso pulmonar cuya historia clínica hemos descrito anteriormente) y expulsa de 350 a 400 cc. diarios de moco-pus. Analizado por el Dr. Mayoral, acusa gérmenes abundantes de la flora pulmonar saprofita, estafilococos, diplococos, gran cantidad de glóbulos de pus, etcétera. No hay bacilos ácidosresistentes, no hay fibras elásticas, ni tapones bronquiales, ni vestigios de tejido pulmonar.

Planteamiento diagnóstico de la lesión.—Ante esta enferma, lo primero que creímos que convenía hacer era establecer un buen diagnóstico del proceso, ya que las características de insidiosidad y tenacidad de su patocronia le daban características que había que determinar claramente para una eficiente realización terapéutica, y la primera fase de nuestra actuación se redujo a ponerla en condiciones de hacer una buena exploración radiográfica del aparato respiratorio, con medios de contraste. Para ello empezamos a realizar inyecciones endobronquiales ligeramente antisépticas, sin otro fin que acostumar a la enferma a las maniobras de penetración endobronquial:

FECHA	TECNICA	DOSIS
20-II-31.	Inyec. endob. con sonda.....	Solución estovaína al 5 %, XL gotas; bronq.º polib.º, 10 cc.

Así durante una semana.

Día 27 de noviembre.—Inyección de 20 cc. de lipiodol en el árbol bronquial derecho, sin contratiempo alguno, que demostró (véase el esquema radiográfico de la figura 12) alrededor de una decena de cavidades en la base del pulmón derecho, de un tamaño que oscilaba entre el de una ciruela y el de una uva, redondeadas, con comunicación a bronquios por gollito estrecho (como el tubo de goma se implanta en las bolas del conocido aparato de Richardson); rodeando estas lesiones cavitarias, existía una zona inflamatoria pulmonar, fuertemente acusada, que ocupaba toda la base y hasta cerca de la mitad del pulmón correspondiente. Con esta exploración, se aclaraba el concepto etiológico de la lesión y su posible patogenia; en efecto: la implantación insidiosa (seis años de padecimientos de iniciación leve y larvada) *en crescendo* ininterrumpido, la ausencia de fibras elásticas y restos de parénquima pulmonar en los exudados, y, por último, la imagen multicavitaria de la lesión, indicaban claramente la implantación de un *proceso bronquiectásico* como causa de todos los trastornos. La *patocronia* del proceso podía explicarse pensando primeramente en que la implantación de las dilataciones bronquiales (lesiones cuya génesis no pretendemos explicar, por ser además un asunto su-

jeto a diversidad de hipótesis) coincidió seguramente con la iniciación de las molestias respiratorias, las cuales acaecían en repetición progresiva, porque estas bronquiectasias estaban situadas en zonas bajas pulmonares, *muy por debajo* de la zona de implantación del "reflejo tusígeno" (véase lo manifestado en párrafos anteriores sobre la marcha de las supuraciones pulmonares según su situación, con respecto a la zona de implantación del "reflejo tusígeno"); de modo que los exudados que en ellas se produjesen no serían expulsados fácilmente al exterior, y de ahí su *retención y embalsamamiento*; esta detención de exudados bronquiales, aun suponiendo a éstos en la primera fase de su retención, de absoluta normalidad en sus componentes, era circunstancia favorable para que los microorganismos patógenos se desarrollasen y aun los saprofitos adquiriesen virulencia en aquel líquido anormalmente detenido. Esta infección de los exudados fué seguida paulatinamente de una *propagación infectiva a las paredes bronquiectásicas y vecindades anatómicas, bronquiales y pulmonares*; de ahí los trastornos de la enferma, progresivamente aumentados a través de los años. Las crisis de *agravación de los síntomas* (exacerbación febril, dolores de costado, mal estado general, etc.), que periódicamente acusaba la enferma, y en uno de los cuales la vimos por primera vez, creemos que pueden explicarse por la configuración anatómica de las lesiones bronquiectásicas de *forma redondeada y gollete estrecho de salida* ("saculares" de Sayé); esta angostura en el desagüe de las dilataciones bronquiales hacía, probablemente, que un quebranto cualquiera en el ritmo del vivir precario de la enferma, por insignificante que aquél fuese, determinase una reacción inflamatoria o simplemente congestiva bronquial, que, aun de poca importancia, pudiese *estrechar* aquel desagüe y dificultar y aun llegar a impedir la habitual salida a regiones expulsadoras (zona del "reflejo tusígeno") de las secreciones bronquiectásicas, produciéndose una *mayor retención* de éstas con todas las consecuencias desfavorables (aumento de infección de los exudados con agravación del proceso inflamatorio bronquial y perifocal de las lesiones), vicisitudes que se traducían en un episodio patológico de suma gravedad y lenta resolución. Triste secuela de aquél era seguramente una acentuación de malignidad en las características del proceso bronquiectásico, cuya cronicidad y marcha invasora resistía a toda actuación terapéutica, en desoladora impotencia de medios curativos eficaces.

Planteamiento terapéutico.—Varios factores había que considerar desde el punto de vista de la pauta curativa a seguir: primero, la existencia de unas *cavidades anatómicas anormales* (ampollas bronquiectásicas). Segundo, la *hiperproducción y septicidad de*

los exudados bronquiales. Tercero, *la inflamación de los tejidos perifocales* (propagación infectiva al tejido pulmonar circundante). El planteamiento curativo derivado del primero de estos factores (ataque y supresión de las cavidades anormales) era imposible de resolver sin solucionar los otros, y con esta orientación, el complejo terapéutico endobronquial se implantó pensando que una actuación enérgica y sostenida, orientada en el sentido de *disminuir la septicidad e hipersecreción de los exudados*, había de traer como consecuencia la remisión de los otros síntomas (inflamación perifocal) y la posible colocación del órgano pulmonar en condiciones de docilidad mecánica a una actuación colapsante. También pensábamos, quizá con exagerado optimismo, que la antisepsia y drenaje de las cavidades bronquiales podría traer el achicamiento de su capacidad, en cumplimiento de la ley biológica, de reducción de las cavidades anatómicas que no son necesarias, ayudado todo aquello por el *vis medicatrix* espléndido, que hacía suponer la florida juventud de la enferma.

La actuación endobronquial se dispuso en dos aspectos: uno, de *actuación medicamentosa* propiamente dicha, *antiséptica y astringente*, a base de bronquiotópico polibalsámico (aceite con gomenol, mirtol, eucaliptol, alcanfor, etc.), al que se iban añadiendo en dosis progresivas yodoformo (I a XX gotas por dosis), yodo tópico (solución yodoglicerina, I a V gotas), tanino y alumbre (I a V gotas, con cuidado de no incorporarlos a ninguno otro medicamento ni mezclarlos entre sí), acónito (I a XX gotas por dosis), como sedante, cuando había exacerbaciones de tos. Vacunas (de "stock" y autógenas, Mayoral; a la dosis de un tercio de centímetro cúbico hasta dos centímetros cúbicos por dosis y en días espaciados).

Otra orientación terapéutica, a la que concedimos extraordinaria importancia, fué la *realización sistemática* del lavado pulmonar (I), con la mayor fre-

(I) Nos permitimos insistir sobre la acepción de *gran lavado bronquial* con que algunos autores extranjeros denominan a esta maniobra, y, en el caso del enfermo que estamos describiendo, en que el líquido lavador circulaba por cavidades bronquiales, puede aceptarse la idoneidad nominal de aquella calificación; pero, por ejemplo, en la 2.^a Historia clínica anteriormente descrita (absceso pulmonar), en que la cavidad supurante estaba fraguada en pleno parénquima pulmonar, porciones necrosadas del cual salían al exterior con el lavado, la denominación con que nosotros bautizamos la maniobra descrita, de aprovechamiento del fenómeno de "evacuación traqueal", está perfectamente justificada. Por eso creemos que el amplio concepto genérico que tiene la denominación

cuencia posible, para conseguir una *evacuación* de exudados lo más repetida posible y, sobre todo, una *actuación térmica* bactericida y estimulante sobre las superficies cavitarias, bronquiales infectadas, y así, poco a poco, llegamos a poder implantar la realización del lavado pulmonar *todos los días alternos* durante una primera fase de tratamiento, que duró ocho meses.

Estos lavados pulmonares se realizaron con líquidos diversos, primeramente con solución salina fisiológica, con la que conseguimos el entrenamiento térmico al tope de tolerancia pulmonar, o sea a la *temperatura de 50°*, en unas 10 sesiones de lavado. Más tarde, queriendo sacar de la realización de esta maniobra todo el mayor partido posible, usamos el quimiosuero Abad (solución de urotropina), soluciones muy débiles de permanganato potásico (al 1 por 10.000), tripaflavina (al 1 por 10.000) y, últimamente, solución acuosa de bicarbonato de sosa al 2 por 100; esta última orientación (quizá un poco empírica), se basa en la acidez marcada de los exudados bronquiales patológicos. Sinceramente hemos de afirmar que la calidad del líquido lavador ha *influido muy poco* en la acción terapéutica del mismo; creemos que la principal característica química del líquido a emplear en el lavado pulmonar es su *tolerancia* por la mucosa bronquial, y en este sentido están en primer lugar la solución salina fisiológica y las soluciones acuosas alcalinas con bicarbonato sódico. Creemos oportuno afirmar una vez más que en la actuación terapéutica del lavado pulmonar, las consecuencias fundamentales que hay que esperar y cotizar son, el *arrastré y drenaje de exudados y la acción local térmica* (estimulante defensiva y bactericida).

"lavado pulmonar" puede estar en consonancia con la totalidad de sus posibilidades, y aunque en algunos casos pudiera no ser de un rigorismo gramatical exacto, tampoco el calificativo de "lavado bronquial" sería de inapelable exactitud, puesto que para ser absolutamente exactos, tendríamos que añadir a la palabra "lavado" los apelativos "bucal, faringo, laringo, tráqueo bronquial", ya que éstos son los territorios anatómicos por los que pasa la corriente del líquido lavador; en la palabra "pulmonar" pueden abarcarse, con limpia licencia de antonomasia gramatical, la mayoría de las particularidades anatómicas que existen en el aparato respiratorio intratorácico.

También sería de desear que a la preocupación por la rigurosidad gramatical en el apelativo a estas maniobras, acompañase la cortesía acostumbrada en las normas publicitarias científicas internacionales, de citar el nombre del autor, aunque éste sea detalle, como es natural, de poca importancia.

Para ilustración de lo anterior, nos permitimos a continuación algunos detalles de las fases que han constituido el largo tratamiento:

PRIMERA FASE.—Ocho meses (desde noviembre de 1931 a junio de 1932).

Diciembre, enero y febrero: *Lavados pulmonares* con temperatura desde 38 hasta 50°, en días alternos, con descansos de cuatro a cinco días cada tres lavados.

Inyecciones endobronquiales.—Con sonda y pinza introductora. Casi diarias. Todo lavado pulmonar iba seguido de inyección endobronquial; en ellas se emplearon el *yodoformo* a dosis de I a XV gotas en el 75 por 100 del total del número de inyecciones endobronquiales realizadas. *Yodo asimilable* a la dosis de V a XXV gotas y empleado en el 15 por 100 del total de inyecciones. De *yodo tópico*, a la dosis de I a III gotas, en el 5 por 100 del número total; el *acónito* se asoció a algunas de las medicaciones anteriores, cuando el síntoma tos fué excesivo, empleando las dosis de V a X gotas. Todos estos medicamentos, como es natural, incorporados al bronquiopático polibalsámico.

Mes de marzo: Suspensión de lavados pulmonares y aplicación de vacuna antibronquítica tópica polivalente (Mayoral) en días alternos, desde un cuarto de centímetro cúbico hasta dos centímetros cúbicos por dosis (incorporados al bronquiopático simple).

Meses de abril, mayo y junio: Lavados pulmonares y actuación endobronquial antiséptica de características parecidas a la de los tres primeros meses de tratamiento.

Julio, agosto y septiembre: Estancia en el campo, vida higiénica, drenaje postural dos veces al día; tónicos generales.

(Continuará.)

BIBLIOGRAFIA

EL RUIDO EN LOS MEDIOS URBANOS, por el Dr. Sabino Rodríguez Berceruelo.—Un folleto de 39 páginas.—Edición de *Gaceta Médica Española*, Madrid, 1936.—Sin precio.

Este culto médico rural, al cual nuestros lectores ya de sobra conocen, acaba de publicar en un sencillo folleto este trabajo, que fué laureado el pasado año por la Sociedad Española de Higiene.

En el mismo desarrolla tan interesante tema, desde el punto de vista del médico y del hombre; dedicó a los estudios sociales y legislativos con gran ponderación y sencillez.

Los dibujos y gráficos del mismo avaloran el trabajo, que fué muy justamente premiado por la veterana Sociedad Española de Higiene, como al comienzo de estas breves líneas hemos dicho.

ALIMENTACIÓN Y DIETÉTICA.—*Dr. Mario Schteingart.*—Docente libre de Patología médica de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, jefe de laboratorio en la Facultad.—Aniceto López, editor.—Buenos Aires, 1935.

La alimentación racional y la dietética apropiada constituyen los temas de este libro. Ello supone el conocimiento amplio del metabolismo normal de las sustancias alimenticias, unido al de las perturbaciones metabólicas que se realizan en los distintos procesos patológicos.

Ambos factores merecen consideración por parte del autor, en forma concisa y al alcance de los médicos no especializados, tanto en el individuo sano y en el enfermo como en el transcurso de las diferentes edades y condiciones fisiológicas.

Dividido en tres partes, estudia, en la primera: "Generalidades sobre el metabolismo"; "Calorimetría directa e indirecta y los factores que modifican el metabolismo basal en el hombre sano y sus modificaciones por las secreciones internas"; "Alimentos fundamentales, con especial atención a las vitaminas"; "Estudio de los alimentos más usuales", y "El régimen alimenticio en las distintas edades del hombre". En la segunda parte se ocupa extensamente de la alimentación en la Argentina. En la tercera parte detalla las siguientes cuestiones de dietética: "Régimen crudo"; "Dietética en las enfermedades de estómago e intestino, de las enfermedades de hígado y biliares, en las enfermedades del metabolismo, del aparato circulatorio, del riñón, en las infecciosas agudas, del sistema nervioso". Termina con un extenso capítulo sobre "Cocina dietética".—M. A. C.

ANALES DE LA ACADEMIA MÉDICOQUIRÚRGICA ESPAÑOLA. Tomo XXII. Curso 1934 a 1935. Ediciones de la Academia Médicoquirúrgica. Esparteros, 9, Madrid,

Tan sólo como acuse de recibo mencionamos esta publicación, que un día memorable para nuestra ciencia fundara el maestro de la otorrinolaringología española, Prof. Antonio García Tapia, ya que todas las interesantes y valiosas comunicaciones que la forman han visto la luz de estas páginas.

Tan sólo, tras de esto, felicitar a la Academia Médicoquirúrgica Española por la gran labor que lleva a cabo en sus sesiones científicas.

La edición, cuidada por los Dres. Aceña y Jiménez, no desmerece de las anteriores.—H.

PERIODICOS MEDICOS

J. A. CALANDRA y J. F. MORANO BRANDI.—*Cardiopatías congénitas.*

Estudio monográfico de las malformaciones congénitas en su embriología, etiopatogenia, sintomatología y diagnóstico, con historia clínica de un caso de enfermedad de Roger en un niño de siete años, manifestando la madre que a los catorce meses aprecia en su hijo cianosis al correr y jugar; a los tres años, después de una afección pulmonar, aprecia deformidad de los dedos, comenzando a sentir cefaleas, palpitaciones y vértigos.

Este caso clínico está ilustrado con varias radiogra-

fías y el estudio electrocardiográfico, que confirman el diagnóstico de enfermedad de Roger.

Por tratarse de un enfermo con lesiones tuberculosas pulmonares y existir datos de posible sífilis, ha sido tratado en ambos sentidos, con sumo cuidado en cuanto a dosis y régimen dietético, especialmente en cuanto a posibles trastornos de mecánica circulatoria.—(*La Semana Médica.*—Buenos Aires, 30 enero 1936, año XLII, número 5, pág. 321.)—M. A. C.

DANIELOPOLU y RADULESCO.—*Tratamiento preventivo del mareo por el método de la atropina.*

Después de realizar un completo estudio fisiológico y clínico de éste, los autores tratan en la última parte de su trabajo de la práctica de este tratamiento. La práctica del mismo, dicen, variará según se trate de una travesía de varias horas o de unos cuantos días, dicen ante todo.

En el primer caso es suficiente administrar un miligramo y medio de sulfato de atropina una hora antes de subir a bordo. Dicen cómo personas muy sensibles al mareo han tenido bastante con esta dosis, y cómo son raros los casos en que hay necesidad de administrar, después de una hora de permanecer embarcado, otra dosis igual a la primera.

Para las travesías largas el tratamiento preventivo consiste en una preparación del sujeto durante cuatro o cinco días antes de la travesía. El primer día se le dará un miligramo y medio, y se aumentará la dosis todos los días, hasta llegar a cuatro el último. Se administrará en dosis de un cuarto de miligramo a las ocho, las doce, las cuatro y las ocho de la noche. La hipofotonía que el medicamento produce hace menos susceptible al sujeto al mareo, y es más fácil mantenerle en este estado repitiendo las dosis en el barco. En éste se continuará con la dosis de tres a cuatro miligramos por día, si bien se puede aumentar la dosis si el mareo aparece y no se ven signos de intolerancia. Al terminar el viaje, se debe suprimir el medicamento con lentitud. Dice cómo debe observarse al sujeto los signos de intolerancia y cómo a los muy nerviosos hay que añadir al medicamento el luminal; a los que presenten insuficiencia miocárdica se les añadirá a aquélla 15 gotas de digitalina diarias tres días seguidos.—(*Bulletin de l'Académie de Médecine de Roumanie*, tomo I, núm. 10, página 81; 21 enero 1936.)—J. H. S.

P. KOURÍ y J. G. BASNUEVO.—*Un caso autóctono de coccidiosis humanas, tratado por el violeta de genciana.*

Adulto con varios exámenes coprológicos positivos de coccidiosis, comprobados en tres exámenes sucesivos.

Empleamos para su tratamiento cápsulas de cinco centigramos de violeta de genciana en dosis de tres diarias, una en cada comida, ordenando traer heces cada tres días. Después de ingerir nueve cápsulas, el examen coprológico fué negativo, igual que después de ingerir 18 cápsulas (90 centigramos de violeta de genciana), siendo también negativo cinco días después de haber suspendido la medicación.

Tenemos la impresión de que el enfermo ha curado de su coccidiosis, pero continuamos la observación.—(*Revista de Parasitología Clínica y Laboratorio.*—Habana, enero-febrero 1936, vol. II, núm. 1, pág. 97.)—M. A. C.

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.—Fratrindad, mutuo auxilio.—Seguros, previsión y socorros.

SUMARIO.—SECCIÓN PROFESIONAL: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—ACADEMIAS Y SOCIEDADES.—El Dr. Astigarra y el Seguro Social de Enfermedad, por J. H. S.—Pulso... y otras cosas, por Angel F. Domínguez.—Temas sociales: Intelectuales en peligro, por el Dr. Lozano Borroy.—Remitido: Republicanos y camaleones, por G. Vicent Trasmontán.—Diputación Provincial de Palencia.—Ciclo de conferencias organizado por la Asociación de Opticos.—SECCIÓN OFICIAL.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Tertulia.

BOLETIN DE LA SEMANA

SUCINTAMENTE

Por la Prensa política y diaria tendrán ya conocimiento nuestros lectores de quién ha sido designado por el Gobierno de la nación nuevo subsecretario de Sanidad y Beneficencia.

Se trata de D. José Tomás y Piera, persona de quien nos hablan elogiosamente respecto a sus condiciones personales, de carácter, y a su voluntad de cumplir debidamente en el cargo para que ha sido destinado.

Por desgracia, nada más podemos añadir a estas noticias, pues desconocemos su actitud y su programa frente a los problemas médicos españoles.

Por fortuna, tenemos entendido que el director general de Sanidad permanecerá en su puesto sin sufrir una de esas transformaciones tan dañosas a nuestros intereses durante estos últimos cinco años. Es de esperar que, dada la personalidad eminentemente política del ministro del ramo, Sr. Lluhi, los asuntos sanitarios descansarán casi por completo en la gestión del Sr. Tomás y Piera, y la del actual director de Sanidad.

Nos complacerá mucho poder llenar estas columnas de elogios y aplausos para su gestión, ya que siempre las tenemos dispuestas para la crítica más justa y, acaso, pecadoramente benévola, aunque no nos quieran reconocer este DEFECTO muchos de nuestros amigos en la Prensa y en la clase médica.

DECIO CARLÁN.

ACADEMIAS Y SOCIEDADES

ACADEMIA MEDICO QUIRURGICA

Presidencia. Dr. V. M. Noguera

(Sesión del 18 de mayo de 1936.)

ABSCESO DE PULMÓN TRATADO CON INYECCIONES DE BENZOATO DE SOSA, POR VÍA INTRAVENOSA, por el Dr. Francisco González Suárez.

Comienza diciendo cuánto se habla en estos últimos tiempos del absceso de pulmón, y, asimismo, de su terapéutica, la cual constituye una lista interminable de remedios, por lo cual, no creyéndola terminada, trae hoy a la misma éste nuevo. Sistematizando los mismos, nos hallamos con que éstos son quirúrgicos, eléctricos—onda corta—y médicos—lavado, inyecciones de alcohol y emetina.

Es, a su juicio, en los abscesos de una gran importan-

cia la etiología, y asimismo tiene profundo interés la duración del mismo, la virulencia de los gérmenes; las defensas del enfermo también lo son, y, acaso, el factor más importante sea el sitio y extensión que ocupa el absceso. Por último, las enfermedades concomitantes.

Se trata en el caso presente de un hombre de cincuenta y dos años, con constitución normal, y que en su anamnesis refiere dos pulmonías. Un día, hallándose entregado a su trabajo, sintió un dolor agudo, y tuvo un acceso febril, de 38°; tuvo, dos días después, una ligera febrícula, y, al cabo de éstos volvió a subir la fiebre intensamente. Muestra dos radios del comienzo de la enfermedad, con total veladura del parénquima pulmonar, y como por punciones repetidas nada se vió en la cavidad pleurítica. Al mes de este proceso, sin haber tenido tos, tras una inyección balsámica, comenzó una expectoración purulenta, inapetencia, pulso rápido, 100, polinucleosis. El primer día expectoró 250 gr.; el segundo más, y tras éste, y al comenzar las inyecciones, comenzó a bajar de forma rápida, llegando a desaparecer totalmente. Dice que, según el autor de este método, que es un polaco—el Dr. Korn—y que lo da a conocer en un artículo publicado en *La Presse Médical*, del 21 de diciembre del pasado año. El mismo debe emplearse hasta saturación, por ser un desecante y un antiexudativo.

Con la cautela que siempre impone en la clínica un medicamento nuevo, el Dr. González Suárez dice que, para conocimiento de todos, quiere añadir este caso a los dos ya citados por el Dr. Korn.

Dr. Martín Calderín.—Dice que en la sistematización de los tratamientos del absceso debe entrar la broncoscopia, que es muy útil en casos de abscesos de pulmón y quistes hidatídicos.

APROPÓSITO DE LA ALIMENTACIÓN QUE HACEN LOS ENFERMOS TUBERCULOSOS ASISTIDOS EN EL DISPENSARIO ANTITUBERCULOSO DEL DISTRITO DE BUENAVISTA, por el Dr. Angel Rodríguez Oller.

Comienza por decir el valor que en un gran número de países se da a los estudios de la alimentación, tanto desde el punto de vista científico como de la medicina social, y cita los trabajos de Osborne, como primeros de este tipo, y luego los de Sermann y sus colaboradores. Dice las ventajas de los regímenes estandarizados en algunos países, y lee párrafos de unas estadísticas del doctor Giral acerca del gasto alimenticio, según las clases sociales, en nuestro país.

En los organismos enfermos el tipo de la alimentación de los mismos tiene aún máxima importancia, si éstos son tuberculosos. Dice cómo hace dos años viene observando esto en los enfermos que acuden al Dispensario citado; en estos trabajos ha sido auxiliado por el doctor Pedro de la Viesca; para los mismos se valió de una ficha apropiada a estos estudios y cuyo modelo ha sido

creado por el Prof. Teófilo Hernando. A continuación pone de relieve el cuadro por ellos obtenido de consumo de grasas, hidratos de carbono y proteínas por familias. Dice la necesidad de aumento de grasas y proteínas que es precisa en estos enfermos; y expone la dieta ideal de Bacmeister para los mismos.

Dr. Carlos Díaz Fernández.—Dice cómo se hace aún de un modo inverosímil por gran cantidad de médicos la alimentación de los tuberculosos, bien sean éstos pudientes o no; y dice cuánta es la importancia de corregirlo.

QUISTE HIDATÍDICORRETROVESICAL, por los Dres. Emilio y Alfonso de la Peña y Pineda.

La hidatidosis humana es una afección que se observa con cierta frecuencia, especialmente en países como Islandia—donde la sexta parte de la población se halla afectada—, Silesia, Austria y República Argentina. En nuestro país es también bastante frecuente. La localización del embrión exacanto en la cavidad pelviana es, sin embargo, rara. En las grandes estadísticas de la misma no suele mencionarse la localización pélvica. Sólo en la de Jendy, basada en 2.729 casos, se encontraron 105 con localización en la pelvis, lo que corresponde a un 3,8 por 100.

La literatura contiene algunos casos, no muy numerosos, de quiste hidatídico retrovesical, determinando obstrucción urinaria e intestinal. En España los casos de hidatidosis retrovesical son muy escasos. Juan Mascaró, en su magnífica *Tesis Doctoral*, 19-34, recoge cuatro casos inéditos de Trías (J. y A.); otro, también inédito, de Gil Vernet y uno de Compañ, de quistes pelvianos, de los cuales sólo dos eran retrovesicales. Covisa (L.) publicó en 1930 tres casos; Torriente y Silio, en 1934, uno; el Prof. Leonardo Peña, otro, perforado en vejiga, y recto; Vital Aza y Pascual, respectivamente, han observado uno cada uno.

Existen diversas opiniones respecto a las vías que el embrión exacanto sigue para llegar a la cavidad pelviana. Muchos autores opinan que la hidatidosis pelviana y retrovesical es siempre secundaria a la ruptura de un quiste visceral—hígado—en la cavidad peritoneal; sin embargo, no cabe duda de que en muchos casos de localización retrovesical sólo puede tener lugar por vía sanguínea; también se admite la penetración desde el recto.

La sintomatología es variada: dolores vagos en el periné, dificultad para la evacuación de orina o heces, etc. El diagnóstico, si bien en general, no es difícil, sobre todo si se practican las reacciones de Weimberg y Casonni, ofrece, no obstante, dificultades en algunos casos, en los que puede confundirse con otros procesos de la próstata—absceso sobre todo—. Las complicaciones consisten en ruptura del quiste en la vejiga, el recto, la vagina y el peritoneo.

El tratamiento consiste en la abertura del quiste, seguida de marsupialización. Se siguen las vías transperitoneal, transvesical, vaginal, rectal y perineal, siendo esta última la preferida por la mayoría de los autores.

El caso objeto de esta comunicación se presentó a nosotros por retención de orina y heces que databa de cuarenta y ocho horas. El examen cistoscópico se hizo con dificultad, debido a que la masa del quiste, haciendo proyección en vejiga, obstaculizaba la introducción del cistoscopio. Una punción transrectal de la masa tumoral dió

salida a líquido de "cristal de roca", en vista de lo cual practicamos una perineotomía, seguida de marsupialización. A los cuatro meses se practicó una radiografía de la fístula perineal, que poco tiempo después acabó de cicatrizar, encontrándose el enfermo en perfecto estado de salud, lo que le permitió contraer matrimonio.

El caso expuesto parece ser un ejemplo de hidatidosis primitiva retrovesical, ya que, además de no existir otras localizaciones en pulmón, hígado, etc., las reacciones Weimberg y Casonni se hicieron negativas a los quince días de la intervención.—J. H. S.

HOSPITAL PROVINCIAL DE MADRID

CONFERENCIA

"La voz y las glándulas de secreción interna".

En el ciclo de conferencias organizado por el Seminario de Otorrinolaringología del Dr. Hinojar, y que se celebran en el Instituto de Patología Médica, correspondió disertar, el pasado jueves, acerca del tema "La voz y las glándulas de secreción interna" al Prof. Marañón. La autoridad del disertante en los problemas de endocrinología nos excusa de todo elogio y justifica el extraordinario interés despertado entre los especialistas y la clase médica en general en escuchar al ilustre maestro.

La limitación del espacio nos veda la transcripción íntegra de su maravillosa pieza oratoria, que bien lo merece, por lo que vamos a exponer los conceptos fundamentales.

Divide el Dr. Marañón su conferencia en los tres enunciados siguientes: 1.º La voz y la constitución; 2.º La voz y las secreciones internas. 3.º Modificaciones de la voz en los trastornos endocrinos. Y, seguidamente, pasa al estudio de dichos puntos.

Al señalar la importancia extraordinaria que modernamente se concede al estudio de la constitución, remarca el escaso valor que en la literatura contemporánea se asigna a la voz. Olvido éste, falto de fundamento, si tenemos en cuenta que la personalidad humana no depende sólo de los factores somáticos, sino también de los factores funcionales, y, entre éstos, el que más, es la voz. Si tratamos de buscar la causa del papel escaso que en la ciencia de la constitución desempeña el estudio de la voz, lo hallaremos en el hecho de que en la conversación ordinaria no resalta bastante la modalidad de la voz normal: esto se lograría por el canto.

La relación entre la constitución y la voz es tan íntima—dice el Dr. Marañón—, que el examen iconográfico de los cantantes nos permite establecer la modalidad de su voz. Y esto nos lleva a la conclusión de que "cada constitución tiene una voz". A este propósito, nos recuerda el libro de Lacapere, autor que, no obstante confesar que no tenía ninguna vocación musical, decía que "la voz es la expresión de la personalidad", por la que se podía deducir el temperamento de las personas.

Seguidamente se ocupa del estudio de los tipos constitucionales y del carácter evolutivo de los mismos—según sus concepciones, expuestas en diversas obras y hoy día universalmente aceptadas—, lo que nos explicará, como después señalaremos, el carácter también transitorio de la voz con la edad.

El fundamento biológico de esta conexión íntima en-

tre la constitución y la modalidad de la voz radica en que la constitución está regida primordialmente por las glándulas de secreción interna—advirtiendo la importancia de los factores genotípicos—y a éstas se debe también el modelamiento de la voz. Luego la voz y la constitución han de marchar paralelamente.

De esto último se infiere que en la constitución hipoplásica la voz es infantil, o de tenor, en el hombre, y en la mujer, también infantil a soprano ligera. En el tipo constitucional asténico—constitución femenina pura—la voz será de tenor a barítono en el hombre, y en la mujer, de soprano ligera a dramática. Mientras que en la constitución pícnica—viril—la voz de barítono y bajo será característica del hombre, y en la mujer, la de soprano dramática a contralto. Al lado de estas constituciones normales existen varias anormales—displasias—, siendo también tres las displasias más importantes, por su mayor frecuencia; éstas son: la constitución eunucoide, la hiperpituitaria y la acondroplásica, que las caracterizarán las voces de tenor, bajo y contralto, y también bajo y contralto, respectivamente.

La segunda parte de esta conferencia queda implícitamente contenida en la primera, ya que los elementos endocrinos forman la arquitectura de la constitución y, por lo tanto, matizan el timbre de la voz.

Clasifica las glándulas de secreción interna, por su matiz sexual, en glándulas feminizantes, o femeninas, y glándulas masculinas. Pertenecen al primer grupo la gonada femenina y el tiroides, y al segundo, la gonada masculina, la hipófisis y las suprarrenales. Por lo que nos será fácil concluir que, cuando exista un predominio de las glándulas feminoides, la voz tendrá este carácter, y si la hiperfunción recae en el grupo de las glándulas masculinas, el timbre de la voz tendrá caracteres viriles.

En efecto, el examen glandular endocrino de las distintas constituciones nos permite afirmar: 1.º, que la constitución hipoplásica tiene un predominio glandular feminoide; 2.º, que la constitución asténica tiene también un acento glandular femenino, y 3.º, que en la constitución pícnica actúa predominantemente el grupo glandular masculinizante. Y de las tres constituciones anormales descritas, también, correspondiendo al timbre de su voz, la displasia hiperpituitaria y la acondroplásica tendrán un carácter endocrino marcadamente viril, y la displasia eunucoide, al contrario, un predominio de las glándulas feminizantes.

¿Cómo actúan las glándulas de secreción interna, y, por ende, la constitución, en el matizamiento de la voz? Por las modificaciones que imprimen sobre el esqueleto laríngeo, sobre el desarrollo de la laringe misma y sobre las cavidades supralaríngeas.

De cuanto llevamos expuesto, deducir las modificaciones de la voz en los distintos trastornos de las glándulas de secreción interna es tarea fácil. Cita a este propósito los cambios operados en la voz de los sujetos hiperpituitarios, en los hiper e hipotiroideos, en los hipercórticosuprarrenales, etc., que, por otra parte, nos permiten el diagnóstico de su aberración endocrina con sólo oírles hablar.

Insiste de nuevo en que la voz está en íntima relación de dependencia con el estado de la función ovárica, lo que trae en consecuencia el carácter eminentemen-

te sexual de la voz. En la edad infantil se hace imposible diferenciar la voz de los dos sexos—al igual que acontece con los rasgos morfológicos—; es al llegar a la pubertad cuando se hace patente esta distinción, que consiste en la virilización de la voz del niño, ya que en la mujer apenas se opera cambio alguno, por ser la voz infantil femenina.

Los mismos hechos, al revés, acontecen en la declinación de la vida, en la época crítica: en el climaterio. Entonces, la voz en el hombre no sufre mutación alguna; mientras que en un grupo de mujeres se opera una transformación viriloide de su voz—al igual que sucede con su morfología corporal y otros procesos funcionales—. En el fenómeno de la castración, lleva aparejada la feminización de la voz en el hombre, y no sufre apenas cambio en la mujer. Estos hechos hallan su explicación satisfactoria en las ideas del Dr. Marañón sobre la evolución de la sexualidad y los estados intersexuales.

Corolario de cuanto llevamos dicho es el fenómeno de la "atracción sexual de la voz", que explica el sabio maestro en la última parte de su disertación. Es verdad que, por lo que respecta a las especies animales, el carácter agradable, bonito, de la voz lo encarna el macho—cita el ejemplo de lo que acontece con el gallo y la gallina—; pero, afirma, en contra del criterio sustentado por Habeloch Kellis y otros naturalistas, que en el hombre este carácter de atracción sexual lo encarna la hembra. A este propósito cita algunas observaciones de Lacapere expuestas en su libro. Tales como la de una artista que, cada vez que cantaba, habían dos o tres suicidios entre sus admiradores "desahuciados"; el de otra artista que, no obstante ser fea, tenía grandes éxitos amorosos, debido exclusivamente—como en el caso anterior—a su timbre de voz; y el de una mujer que, habiendo entrado ladrones en su casa, a robarle, pronunciando ella dos o tres palabras bastó para que, ejerciendo sobre los amantes de lo ajeno tal atracción sexual, desistieran de su propósito.

Se dice que muchos cantantes "mueren"—artísticamente, claro está—en una noche de orgía, lo que no creo mucho, pues sin negar valor al acto sexual, no creo sea suficiente para explicar esto. En la ópera "El dúo de la africana" se vierte la siguiente expresión, de mucha enjundia: "El matrimonio apaga la voz."

Cita otra observación del P. Feijóo, que habiendo oído cantar a una señorita, soltera ella, algunos días después, al oírla de nuevo, "diagnosticó" que se había casado, por las modificaciones que se habían operado en su voz. Las cantantes que tienen voz de contralto, no obstante ser corpulentas, viriles, poseen gran capacidad amatoria. Ejemplo de esto es la "Carmen" de la ópera.

Recita un hermoso poema, de Teófilo Gautier, que encierra algunos rasgos esenciales de la voz:

*¡Cuánto me gustas, timbre extraño,
hombre y mujer a la vez, doble son;
contralto, mezcla bizarra,
hermafrodita de la voz!*

*Voz que, cuando nos acaricia
y despierta el corazón, dormido,
nos da mezclados los suspiros de la amante
y el acento viril del amigo.*

Hace un resumen, diciendo: "Las voces agudas tienen

en el hombre un sentido intersexual, y las voces graves en la mujer, un sentido viril."

Un aplauso cerrado rubricó la conferencia, una de las mejores del Prof. Marañón.—Dr. FRANCISCO DOME-NECH.

* * *

SEMINARIO DE ESTUDIOS DE NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA

Hospital provincial de Madrid. Servicio de los doctores Huertas y Villaverde.

(Sesión del día 30 de abril de 1936.)

LA TABES JUVENIL, por el Dr. García Mora.

Presenta un caso, estudiado con todo género de detalles, de tabes juvenil. Hace un estudio completo de cada uno de los síntomas, e insiste sobre la mayor o menor frecuencia de cada uno de ellos en estas formas de la tabes.

Luego se extiende en consideraciones sobre la patogénica hipotonía, debe hacerse, además del tratamiento seguidos deben ser tenidos en cuenta para cada una de las formas de la enfermedad, y que en unos casos pueden dar más de sí que en otros.

Dr. Villaverde.—En la tabes juvenil la sintomatología puede ser variada. En el caso como el historiado por el Dr. García Mora es de la opinión que, por existir una gran hipotonía, deb e hacerse, además del tratamiento específico, otro a base de la estricnina. En muchos casos de tabes con hipotonía, la estricnina a altas dosis hace que aquella mejore, y, por ende, las alteraciones de la marcha, que, en gran parte, son debidas a aquello.

LAS LESIONES DE LA TABES Y SU IMPORTANCIA EN LA GÉNESIS DE LOS SÍNTOMAS, por el Dr. Villaverde.

Las lesiones de la tabes, en líneas generales, son conocidas de antiguo. Sin embargo, hasta estos últimos tiempos no han sido estudiadas al detalle, y no se había hecho caso de algunas particularidades de ella, cuyo conocimiento es de importancia definitiva.

Que los cordones posteriores de la medula presentaban una coloración especial, se vió hace mucho tiempo. Por eso se habló de una esclerosis de los cordones posteriores, lo cual ha sido, durante mucho tiempo, sinónimo de tabes dorsal.

La aplicación del método de Pal para ver lo que en los cordones posteriores pasaba, permitió afinar un poquito más. Prontamente se vió que en los paquetes de fibras situados inmediatamente detrás de la comisura gris no existían degeneraciones. Esta es la región llamada "cornucomisural", y en ella entran los axones de células cordonales situadas en la sustancia gris. Estas fibras son endógenas, y, por ello, no degeneran, hallándose indemnes en los casos de tabes incluso muy adelantados.

Las fibras que en los cordones posteriores se hallan degeneradas son las "exógenas", aquellas que se preceden de las raíces espinales.

Sobre esta particularidad se ha insistido en estos últimos tiempos. Los síntomas endógenos de los cordones posteriores, que antaño se creyó que degeneraban, y para explicar lo cual se recurrió a su menor o mayor resistencia a base de los estudios de mielinización de Flechsig y sus discípulos, se muestran indemnes, y es sólo el istema de fibras exógenas el alterado.

Cuando el proceso se halla iniciado, se ven las degeneraciones—puestas de manifiesto por el método de Pal—en la medula lumbar y en lo que se conoce con el nombre de "cinta externa", de Pierret. Es ésta la segunda etapa de las raíces en el seno de los cordones posteriores cuando se han separado de la región en que van pegadas a la cabeza del cuerno posterior y caminan hacia la línea media en su marcha ascendente. A dicho nivel, todas las fibras de una misma raíz van muy pegadas, y por eso la degeneración de ellas se ve con el máximo de facilidad. Y más arriba, cuando se hallan situadas más próximas a la línea media, van más separadas, y por ello la degeneración de las fibras no se ve bien en los comienzos del proceso cuando sólo algunas han degenerado.

Cuando la enfermedad ha avanzado, las raíces sacras, en su trayectoria medular, degeneran también. En estos casos se ve que lo que formaría la cinta de Pierret de la región sacra contiene fibras degeneradas, y que más arriba, al nivel de la medula lumbar, estas fibras se hallan por dentro del campo de degeneración tomado por las raíces lumbares más o menos degeneradas en su trayecto intramedular.

En la medula dorsal hay un campo degenerado próximo o en las inmediaciones de la línea media, y constituido por la degeneración de las raíces sacras y lumbares, que en su trayecto ascendente debieran ocupar esa región si no hubiera degenerado. Por fuera de este campo hay otro en forma de vírgula, cuya punta está dirigida hacia delante, aunque sin llegar jamás a la región "cornucomisural", y este segundo campo sería el correspondiente a la cita de Pierret de las materias dorsales.

En la región cervical hay un campo degenerado a ambos lados de la línea media, en el cual marchan en condiciones normales las materias sacras y lumbares. Este correspondería al cordón de Goll propiamente dicho. Por fuera de él hay otro campo ocupado por algunas fibras degeneradas, ordinariamente no tan numerosas, y que correspondería a las materias de la extremidad superior.

Al nivel de la cinta externa de Pierret, cada raíz da numerosas colaterales. Unas van de delante atrás, formando las colaterales sensitivomotoras, de Ramón y Cajal y Golgi, y van a terminar en torno a las grandes neuronas motrices del cuerno anterior de la medula. Estas colaterales se hallan recubiertas de un forro de mielina, y por ello, al degenerar, en la tabes no son ya visibles con el método de Pal. Estas colaterales son las encargadas de establecer arcos reflejos. Por ello, su desaparición al nivel de las metameries segunda, tercera y cuarta lumbares trae como consecuencia la desaparición del reflejo rotulano. Otras colaterales van a terminar en torno a las células de la columna de Clarke, las que dan origen a los axones del haz cerebeloso directo. Este detalle es de importancia suma, ya que explica cómo no llegarán al cerebelo estímulos procedentes de la periferia, y que son necesarios para el normal funcionamiento de múltiples reflejos propioceptivos.

El origen de las degeneraciones de las fibras exógenas de los cordones posteriores ha sido buscado por unos autores por lesiones situadas fuera de la medula. Por otros, en cambio, sería la lesión de las fibras radiculares en el sitio preciso de su entrada en la medula la

causa del proceso. En ambos casos, las degeneraciones que se ven en los cordones posteriores son secundarias a las lesiones citadas.

Al nivel de su entrada en la medula, las fibras de las raíces posteriores experimentan una modificación en su estructura: las fibras en cuestión pierden su carácter periférico, para adoptar el central. Además, a este nivel se estrecha. Por eso se ha creído que ese sería un sitio de menor resistencia, en el que la causa de la enfermedad obraría produciendo el efecto máximo. Las experiencias de Spielmeyer sobre algunas espirosis experimentales parecen dar la razón a esta teoría. Los principales defensores de que la lesión inicial radica en este sitio han sido Redlich y Obsteiner.

Para otros (Negeotte y Richter), la lesión origen de la tabes y culpable de las degeneraciones observadas en el seno del cordón posterior radicaría en lo que se ha llamado el "nervio radicular".

Los autores franceses han estudiado las particularidades anatómicas del nervio radicular con verdadero lujo de detalles. Este sitio constituiría un lugar de predilección para todas las infecciones.

Las raíces medulares anterior y posterior salen de la duramadre por dos orificios yuxtapuestos. Pero a través de este orificio y hasta las proximidades del ganglio van acompañadas por vainas meníngeas, cuya disposición juega un papel de primer orden en la repartición de las lesiones. Esta región, entre la salida del saco dural y ganglio, constituye el "nervio radicular". A este nivel, las raíces van acompañadas de una cubierta fibrosa, continuación de la duramadre, y que se continuará con el neurilema de la raíz. En el interior de esta vaina, las raíces van acompañadas de una prolongación de la aracnoides, que también se extiende durante cierto trecho. Esta vaina es más corta para la raíz anterior que para la posterior. En ésta llega a alcanzar el polo superior del ganglio. Esta particularidad ha sido tenida en cuenta para comprenderse cómo el proceso se localiza de una manera casi exclusiva en las raíces posteriores, permaneciendo las anteriores casi indemnes. En la región lumbar es donde las raíces tienen más desarrollado este fondo de saco aracnoideo, mientras que en otras regiones es menor. También con esto se ha tratado de explicar por qué el proceso se halla en los comienzos localizado la mayoría de los casos a las metamerias lumbares.

Las lesiones observadas en la región del nervio radicular han sido estudiadas y aclaradas en estos últimos tiempos merced a las investigaciones de Richter. Para este autor, las alteraciones histológicas observadas a este nivel consisten en un tejido sífilítico de granulación que se origina en los espacios linfáticos de las cubiertas conjuntivas del nervio y avanza a lo largo de estos espacios, produciendo la destrucción de las fibras. A este nivel se han encontrado espiros. En este tejido de granulación entran a formar parte los "fibrobastos", que, en su ulterior evolución, conducen a un tejido escleroso.

En la atrofia del nervio óptico hay antes un proceso exudativo, y el sitio donde comienza es en el trayecto intracerebral de los nervios ópticos o en el quiasma. Siempre el proceso empieza en la periferia del nervio y avanza hacia el centro del mismo. La exudación consis-

te en una infiltración con células redondas y plasmáticas que se ven en las cubiertas del nervio y en los septos del mismo. Las fibras nerviosas desaparecen después. La glía prolifera, ya en los comienzos de la enfermedad, acaban formándose numerosísimas fibras de glía que se retraen.

Las alteraciones en los nervios—sobre todo en el tercer par, causa de la ptosis y de las parálisis de los músculos de los ojos—, consisten en una neuritis intersticial de tipo metasifilítico, en la que hay proliferación de los elementos conjuntivos del nervio e infiltración abundante en torno a sus vasos, con células redondas, pero, sobre todo, con células plasmáticas.

El Dr. Astigarraga y el Seguro Social de Enfermedad

El pasado sábado tuvo lugar en el Colegio de Médicos, con asistencia de un gran número de éstos, que se distribuyeron por todos los salones, en los que se había hecho una magnífica instalación de altavoces, la segunda conferencia de este interesante cursillo. Corrió la misma a cargo del Dr. Francisco Astigarraga, presidente de la Asociación de Médicos de Sociedades, quien disertó acerca de "Instituciones que debe administrar el Seguro de Enfermedad, su organización y designación de personal médico del mismo".

Con el conferenciante tomó asiento en el estrado presidencial la Junta Directiva del Colegio de Médicos, cuyo presidente, Dr. Velasco Pajares, presentó al mismo en muy breves palabras. Acto seguido éste dió comienzo a su conferencia con las siguientes palabras:

"Quiero ante todo agradecer al presidente del Colegio de Médicos el honor que me ha hecho al invitarme a esta tribuna, y quiero decirles también cómo fueron enormes mis dudas ante la elección de un tema concreto ante un punto que lo es tan amplio, razón esta por la cual escogí el tema que hoy os traigo, en el cual he encerrado todo mi modesto saber sobre el asunto. Dos cosas quiero decir antes de entrar de lleno en esta charla—no conferencia, que voy a dirigiros—, y son: primera, que cuando haga en el curso de la misma ataques contra ciertas formas de seguro, no quiero en modo alguno atacar a Instituciones y personas, que, por otra parte, tienen todos mis respetos, y segunda, que las afirmaciones que en la misma haga las hace Francisco Astigarraga, no el presidente de la Asociación de Médicos de Sociedades, ya que mis errores no pueden en modo alguno ser los de una colectividad que ningún acuerdo ha tomado sobre el problema que vamos a tratar de aclarar. En nuestro país, el Seguro Social de Enfermedad no es una novedad, ya que, como viejas reminiscencias del mismo, tenemos las cofradías, y, como más nuevas, las igualas, las cuales son muy dignas de alabanza por parte de todos; después, y con los ritmos nuevos que han hecho nacer un especialismo en la Medicina, vemos nacer las Sociedades y Mutualidades de hoy, que todos tan bien conocéis."

Expone el hecho de que hoy los médicos, más que temor ante el Seguro, tienen un estado de expectación intranquila, ya que no saben cómo va a llevarse a cabo la implantación del mismo. Dicha expectación, a su juicio, no se halla sólo en los médicos que forman parte de las Sociedades y Mutualidades de hoy, sino también de otros

muchos que no pertenecen a las mismas, y en prueba de esto tenemos los trabajos presentados por distinguidos compañeros al Congreso Pro-Médico de Zaragoza y al Municipal, de Granada.

Lo que es de temer en la implantación del Seguro es que el Instituto Nacional de Previsión u otro organismo semejante pueda absorber totalmente la administración del mismo, sin que el asegurado pueda libremente escoger la Caja de Seguro que más le plazca."

Estima cómo el ingreso en las Cajas de Seguro debe ser bastante amplio, y así cree debe ineludiblemente incluirse en las mismas a todo ciudadano español con un límite de sueldo de 5.000 pesetas, sin lastimar así el Convenio de Ginebra, acerca del cual hace unas breves consideraciones; nadie carecería de la asistencia médica necesaria a que tiene derecho.

Vuelve a insistir en el derecho del asegurado a escoger su Caja de Seguro, y dice repite estas palabras aun a riesgo de pecado de pesadez, porque en el proyecto del Seguro parece se pide el absoluto monopolio para el Instituto Nacional de Previsión, lo cual, a su juicio, es matar las Mutualidades, dando nacimiento a un poderoso edificio burocrático de escaso valor.

Se refiere a un trabajo del Dr. Delage al Congreso del Seguro de Enfermedad, celebrado en Barcelona el año 1922, en el cual decía cuán mal le parecía a él la monopolización por un solo organismo. Si el de Vejez da resultados, con el Instituto de Previsión se debía, según el Dr. Delage, a que este Seguro difiere mucho del de enfermedad.

Dice que en las Mutualidades se sabe siempre si el cliente se halla contento o no; en un tipo de seguro monopolizante, esto es imposible de saberse, por lo cual vuelve a su principio anterior. A más, el seguro monopolizado haría muchas veces que el cliente, descontento, buscara un médico privado, lo cual, a más de ser un peso económico difícil de llevar, haría del Seguro una carga fiscal.

Dice cómo casi en todos los países se levanta un coro profuso de quejas contra el Seguro; tan sólo en dos—Dinamarca e Inglaterra—no existen éstas. Estos dos países no tienen Seguro monopolizado por el Estado. En el primero, lo centralizan Sociedades del tipo de nuestras Mutualidades, y en la Gran Bretaña son Sociedades mercantiles vigiladas las que lo dirigen.

En nuestro país, otro factor que va en contra de la monopolización oficial es el despego por las iniciativas de este tipo y el cariño por las de índole particular, y a este respecto nos dice cómo conocen todos los asistentes a mutualistas que dan su salud y sus horas de ocio a las Sociedades a que pertenecen, para elevarlas y darlas mayor grandeza que a las del amigo o el compañero.

Con relación al trabajo de D. Severino Aznar, "El Seguro Social de Enfermedad", dice que el autor afirma que en casi todos los países de Europa lo controla el Estado. Esto será verdad, pero en los únicos países donde no hay protestas es donde no lo monopoliza el mismo.

Si bien el Estado no debe llevar la administración del Seguro, tampoco, a su juicio, deben realizarla los médicos, a los cuales, hacerlo les perjudicaría grandemente.

El aspecto sanitario del Seguro será de muy fácil realización, según el conferenciante. Ahora, el económico va a ser de una muy difícil realización, en gran parte por la falta de estadísticas en cuanto al tiempo de duración de enfermedades; asimismo contribuiría a esto el paro: "Pensad la dificultad que hoy cuesta dar un alta a un hombre que sabe va a recobrar su sueldo; el día de mañana, con el Seguro, que se lo garantiza, dará lugar a infinidad de peligros para el médico y para los suyos." (*Muy bien.*)

Cree que son las entidades con carácter autonómico, dirigidas por sus asegurados y sin fines de lucro, las que deben dirigir el Seguro Social de Enfermedad. Exalta con frases cálidas de emoción el trabajo de don Severino Aznar, referente a las Mutualidades. Dice cómo lo creado por las mismas, a más de su dilatada experiencia, sería para el Seguro un gran ahorro de pasos en falso e incluso de errores.

A más, a gran número de estas Sociedades estaría muy mal el suprimirlas, ya que a muchos asociados se les quitaría un médico con el que están contentos, y a un buen número de médicos se les privaría, después de muchos años de trabajo, de un ingreso que, a veces, es el único sustento de su hogar. Por ello, no hay otro remedio sino que las mismas se transformen, tras un lapso de tiempo, y que las mismas funden un Consejo de administración que las dirija.

Desecha en breves palabras el método inglés de rama autónoma, por no creerlo de valor, y marca los tres grupos en cuanto a la formación y desenvolvimiento de las Mutualidades:

Grupo primero.—Lugares donde existen Mutualidades: debe irse a la transformación de las mismas en Cajas de Seguros.

Grupo segundo.—Lugares donde no existen: las diversas entidades mercantiles deben ir a la creación de las mismas.

Grupo tercero.—Lugares donde nadie quiera crearlas: el Estado las debe fundar. Ahora bien, deberán de dejar de funcionar cuando cualesquiera entidad quiera crear una.

En los Consejos de administración de las mismas, estima el Dr. Astigarraga que debe haber, a más de la representación genuina de los asegurados que la rijan, una del Cuerpo facultativo para los asuntos de índole sanitaria y otra del Gobierno, para impedir los actos contra la moral y la ley.

En cuanto a la designación de médicos, estima debe crearse un Escalafón en el mismo. A su juicio, entrarían los médicos que hoy pertenecen a las Mutualidades, los médicos rurales y aquellos otros que un año antes de la implantación del Seguro tuvieran un número—que ya se marcaría—de igualados, los cuales, con su médico, ingresarían en una de las Cajas del Seguro. En el caso de que, tras el ingreso de todos éstos, quedasen plazas vacantes, se convocaría para ingreso en el mismo un concurso u oposición con un programa científico y otro de Medicina social. Los contratos se harían por los organismos de trabajo hoy existentes, y no serían inferiores a los que existen en la actualidad.

Estima, en contra de la opinión expuesta en la primera conferencia de este cursillo por el Dr. Bardají—del cual ya nos ocupamos en el número de hace quin-

Libros de Medicina para el práctico y el estudiante

Neumann.-El Tratamiento del Cáncer en la práctica diaria

Traducción del Dr. J. González-Campo de Cos.

Un volumen en 4.º mayor, de 320 páginas, encuadernado en tela.—Precio: 20 ptas.

El tratamiento interno del cáncer, al alcance del médico general. La obra más completa y moderna que se ha publicado sobre esta materia. *Acaba de aparecer.*

Loeper, Busquet, Forgue, Danielópulo, etc.-LOS TRATAMIENTOS DEL DOLOR

Con un apéndice por el Dr. J. González-Campo, de Madrid.

Traducción del Dr. J. González-Campo de Cos.

Un tomo en 4.º mayor, de 236 páginas, con 11 grabados, encuadernado en tela.—Precio: 15 ptas.

Díez Fernández.-La Tuberculosis Pulmonar en el Niño y en el Adulto

Un hermoso volumen en 4.º mayor, de XVI-575 páginas, con 290 grabados, en magnífico papel *couché* y encuadernado lujosamente en tela.—Precio: 40 ptas.

El mejor libro español sobre Tuberculosis.

Goglia.-GUIA Y FORMULARIO DE TERAPEUTICA

Traducción del Dr. Arteaga Pereira.

Un tomo de 11 X 26 cm., con 620 páginas y encuadernación flexible en piel.—Precio: 20 ptas.

Es una Terapéutica clínica, a la vez que un excelente Formulario. Contiene *setecientas fórmulas prácticas.*

Müller y A. Bittorf.-COMPENDIO PRACTICO DE MEDICINA

Con la colaboración de 22 eminentes Profesores alemanes.

Traducción de los Dres. J. González-Campo de Cos, F. González Deleito y A. Morana.

Dos volúmenes en 4.º, con más de 2.000 páginas, abundantes grabados y encuadernación en tela.—Precio: 80 ptas. A plazos: 90 ptas.

La Medicina, la Cirugía y las Especialidades, en dos tomos manejables.

Oyarzábal.-Tratamiento de las Enfermedades de la Piel y Sexuales

Un volumen de 320 páginas.—Precio: en rústica, 10 ptas.; en tela, 12 ptas.

Esta obra, eminentemente práctica, es un verdadero Formulario de la especialidad dermatovenereológica.

PIDA PROSPECTOS DETALLADOS

Venta en las principales librerías de España y América.

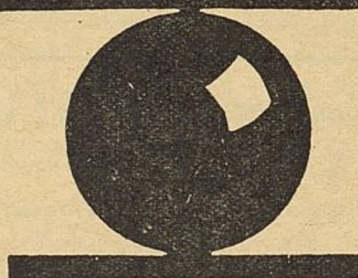
MANUEL MARIN y G. CAMPO, S. L., Editores. Mejía Lequerica, 4.-MADRID

MANUEL MARIN, Editor. Provenza, 273.-BARCELONA

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
Papaverina 1 cigr
Estr. Belladona 2 »
Valeriana 2 »

De 3-6 Pildoras
queratinizadas
al día



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

PETEÍNA *Schering* *Vacuna desintoxicada para el tratamiento específico de la* ***tos ferina***

**Curación por 4 inyecciones
aplicadas en una semana**

El tratamiento específico eficaz de la tos ferina es sólo po-
sible mediante el empleo de una vacuna altamente concen-
trada. Condición indispensable para ello es que se separen
del cuerpo bacilar las sustancias tóxicas (endotoxinas). Esta
vacuna se ha logrado por primera vez en la Peteína, que
contiene 50.000 millones de bacilos pertussis (Bordet-Gen-
gou), cantidad que no había sido nunca alcanzada, sin
que las inyecciones produzcan reacciones locales o generales.



ENVASE ORIGINAL:
Frasquito de 2½ c. c.
(50.000 millones de gérmenes
Bordet-Gengou) suficiente
para las 4 inyecciones que
comprenden una cura.

Productos Químicos Schering S. A. Apartado 479, Madrid — Apartado 1030, Barcelona.

ce días de esta revista—, que la plétora médica no se corregirá con la implantación del Seguro, así tampoco serán mayores los haberes que el médico cobre, ya que para ello se habría de verificar un amplio cambio en los jornales de la masa obrera y en los tantos por ciento que a las Cajas habrían de dejar. Estas reflexiones las hace para los que estiman que el Seguro resolverá la plétora, y sólo por eso quieren ir a él. Por lo que hay que implantarlo es por el bien que dará a las clases pobres. (*Aplausos.*)—J. H. S.

PULSO Y... OTRAS COSAS

Pego, 23.—Ha ingresado en la cárcel la vecina Dolores Sala, que ejercía el curanderismo y vendía a los vecinos incautos unas hojas impresas tituladas «Carta caída del cielo», en las que, entre otras patrañas..., etcétera, etc.

(Prensa de Madrid.)

¡Curanderismo en pleno siglo XIX, en este siglo de mecánica, en este siglo de progreso! ¡Curanderismo!

Es decir, que hay vecinos *incautos* que "pican". Es decir, que existen seres de tan rudimentaria y primitiva concepción de las enfermedades, que acuden al curandero, o, lo más frecuente, a la curandera. Es decir, que esos vecinos, esos habitantes, arrastrados por la más supina ignorancia, llegan hasta la curandera. No es nueva para nosotros la existencia de ese curanderismo, pero hoy vamos a desmenuzar la ignorancia que alimenta, sostiene y apoya ese absurdo curanderismo, para, de este desmenuzamiento, obtener las conclusiones propias del caso de la exposición de detalles que vayamos haciendo, todo ello relacionado con nuestro artículo titulado "El pulso con que se gana".

En el párrafo anterior hemos subrayado una de las palabras de la reseña de Prensa, cual es la palabra *incautos* con que bautiza y califica a los individuos que acuden torpe y erróneamente al curanderismo. Ahora vamos a subrayar otra palabra de la misma reseña: *patrañas*. Se refiere a las empleadas por los que atraen por procedimientos censurables en la consecución de exprimir los cuartejos al incauto.

En muchos de mis artículos yo he citado detalles, datos y sucesos que, sin darles ese calificativo de *patraña*, y sin nombrar *incautos* a las víctimas, se parecen en mucho a este dato hoy comentado, que lleva del reportero la etiqueta de esas palabras.

Y esos seres, que en su inmensa mayoría proceden del campo, del medio rural, que bajo el peso de los tupidos velos de la más absoluta ignorancia, arrastrando el lastre de ideas preconcebidas, tan rutinarias como ilógicas y antinaturales, van un día hacia el curanderismo, son del mismo grupo, de análoga significación a la de esas pobres gentes que en los pueblos, en el corazón del agro español factibilizan la presencia, esencia y persistencia del ganador a "pulso". Esos sujetos de rudimentarios conocimientos o analfabetos, carentes de discernimiento, son los que cimentan y forman esas plataformas en que se encarama, a veces el más audaz, a veces el menos escrupuloso.

A este propósito voy a referir una anécdota ha tiempo leída. Se trataba de un profesor de la Facultad de

Medicina de París y el más torpe de sus alumnos. Llegó a oídos del profesor la cuantiosa clientela con que iba contando el ex alumno, que había descollado por lo torpe. Curioso e intrigado, dirigió un buen día sus pasos a la clínica y consultorio del ex alumno. Este le recibió, le hizo pasar y, ya en plena charla, expresó su profesor el para él incomprensible problema de contar con más clientela que su propio profesor. Entonces el ex alumno, tomándole del brazo, le conduce hasta la ventana más próxima, desde la cual se divisaba una de las más populosas rúas de París, coincidiendo con una de esas horas de febril actividad de una gran urbe, pasando y pasando público en incesantes mareadas humanas. Ya ante la ventana, el ex alumno preguntó a su profesor: "De todas esas personas que ve usted pasar, ¿qué cree usted que predomina en ella, el sensato, el consciente, el espíritu selecto y cultivado, o el absurdo, el rutinario, el incongruente, el "Vicente" del ruido de la gente?" Contestó el profesor: "En efecto, desgraciadamente, abunda el abejorro." A lo cual replicó el ex alumno: "He ahí la razón de yo tener más consulta que usted; a usted van esos pocos selectos, a mí vienen todos los que no lo son, y que constituyen la inmensa cifra predominante."

Y recordando una vez más al insigne Prof. español D. Gregorio Marañón, citaremos su célebre frase, a propósito del sentido común, diciendo el ilustre Maestro: "Es el menos común de los sentidos."

Del grupo que forman esos seres más arriba señalados, procede eso que, al hablar de "pulso", se nombraba clientela. ¿Qué importancia podemos conceder a esa clientela, procedente de ese grupo? Veamos.

Si los juicios parten de analfabetos o, todo lo más, y los más, semianalfabetos, en el verdadero y estricto significado de las palabras *analfabeto* y *semianalfabeto*, o sea individuos que, o no saben leer ni escribir, o apenas saben mal borraratear su nombre, difícilmente estarán capacitados, no ya técnicamente, sino ni siquiera por cultura general, pueden juzgar, ni tan sólo calificar al profesional médico. Que el agro español, el medio rural se compone en una inmensa mayoría de estos individuos, creemos nadie que conozca el medio aldeano y rinda culto a la verdad lo discutirá. Luego ¿cómo cifrar en la clientela y el "pulso" reseñados una pretendida preferencia para el Seguro de Enfermedad?

Si esos mismos grupos que acuden al curanderismo son, como antes decimos, los mismos del "pulso", ¿no demuestra bien elocuentemente el valor moral, cultural e intelectual de los mismos, en este hoy de sueros, vacunas, bacteriología, etc., etc.; en una palabra, de la Medicina razonada, científica, de experimentación, que hoy se practica al acudir al sistema *semibrujista*?

Y el mismo, idéntico valor que pueda y deba darse al acto de llegar al curanderismo, debe darse al de contar con una clientela de *semianalfabetos*, conseguida Dios sabe a costa de cuántas actitudes censurables.

¿Demostración? Muy sencilla—si quisiera hacerse, y tan segura estuviera esa clientela—. Déjense en completa y absoluta *libertad* a esos clientes para que ellos, espontáneamente, vayan donde mejor les plazca. No iba a convenir, ¿verdad, señor del "pulso"? Cuando se ha visto y presenciado, como yo, el ir de casa en casa comprometiendo los igualados, llegando hasta lo inconcebible para conseguir el igualatorio; cuando se ha oído y

se sabe, como yo, los múltiples y cual más censurables medios empleados para la adquisición de una clientela aldeana; cuando se conocen, como yo, vecinos igualados a disgusto, contra su voluntad, con el que le comprometieron y para quien no tuvo la cara suficiente para desvergonzarse, conforme merecerían ciertas actitudes; cuando se harta uno de saber, como yo, de ofertas y procedimientos empleados en la acaparación del *ave* igualado, no se puede ni se debe hablar de preferencia, que, de insistir en ella, me obligaría a publicar una relación detallada de casos y cosas, que, por lo que tiene o debe tener de sonrojo y vergüenza para la clase, ni he publicado, ni deseo, ni pienso publicar, al menos que me obliguen, y la benevolencia de una revista profesional me conceda el derecho de defensa.

Basta de alharaquientos vacuos. No más confundir a las clases sanitarias, especialmente a los médicos titulares, con ingenuas alondras, susceptibles de caer en los falsos espejuelos que se pongan.

Sanitarios de todas clases; sanitarios de toda España, unidos hasta el fin. Unidos y estrechados en esa unión, con la confianza absoluta en nuestros organismos, en nuestras Asociaciones. Unidos y estrechados contra curanderismo y "pulso".

ANGEL F. DOMÍNGUEZ,
Médico titular.

Villanueva del Campo (Zamora), 5-936.

Temas sociales

Intelectuales en peligro

El Estado español, como el de toda nación civilizada, estudia y trata de resolver el problema del paro obrero, azote incesante, motivo de preocupación humana, desgraciadamente universal.

No hay agrupación política ni social, por pequeña que sea, que no haya tratado de hallar causas y soluciones, la inmensa mayoría de las veces, no por fraternal espíritu de humanidad, sino para atraer con tales reflejos a un cierto número de adeptos, directa y personalmente interesados, porque no hay amor al prójimo tan intenso como el amor a sí mismo, el egoísmo mejor dicho, sentimiento humano que comienza instintivamente desde que vemos la luz en este mundo, y que luego se va desarrollando y refinando, hasta adquirir potencia irresistible y hacerse antipático por su innoble proceder.

Ahora bien: el egoísmo, que es un sentimiento consecuencia del principio natural de conservación del individuo, ha de tener un límite racional para lograr la finalidad que ha de estar por naturaleza más arraigada: la de la conservación de la especie, a la que han de tender realmente todos los actos de los humanos.

Claro está que en la vida no se puede clasificar todo de un modo tan sencillo, ya que a la conservación del individuo—al egoísmo—se adhieren un sinnúmero de sibilismos que tienden al bienestar, a las comodidades, al lujo, en fin, que, sin ser necesario para la conservación personal, son, no obstante, deleitosos para ella, y el hombre se ha asimilado personalmente dichos sentimientos con tanta intensidad, que ha llegado a concederles un plano de verdadera necesidad y los cree imprescindibles,

sin que en realidad lo sean. La civilización tiene ese inconveniente entre un sinnúmero de ventajas.

Pero si bien el egoísmo de los Poderes públicos al tratar de resolver por su conveniencia el problema del paro obrero realiza y consigue en su haber un beneficio—y hágase el milagro, hágalo el diablo—, esa despreocupación hacia el paro intelectual, del que nadie o casi nadie habla sino incidentalmente, supone una demostración clara de que tan sólo les interesa resolver lo que *para sí* supone un problema, dejando, en cambio, abandonado todo aquello que supone un problema *para los demás*.

Realmente, el paro intelectual existe hasta extremos insospechados; pero los múltiples clamores sociales, sus estruendosas manifestaciones, sus espectaculares paradas, sus banderitas y sus himnos—la masa humana es infantil y amiga del detallito—, los partidos de extrema popularidad, Hitler y Stalin, en fin, dos hombres o tres en el mundo arrollan la actualidad, descentran la trascendencia neciamente y absorben para sí la preocupación mundial, que de un modo estúpido se suicida ahorcándose con una madejita de color.

El paro intelectual es un hecho... y, sin embargo...

Los intelectuales, educados en un ambiente gris, toleran mejor el horror de la tragedia. No están hechos para la lucha, y miran asustados, pero inactivos, el alud que va a aplastarles. ¿Puede esto continuar?

Bien palpable el hecho de que sólo se escucha al que vocifera, la intelectualidad española se sienta con aire de resignación a la puerta de su casa, esperando, sin duda, ver cumplido el proverbio árabe, cuya honda filosofía no es práctica en los tiempos que corremos.

Al Poder público, egoístamente no debe pasar desapercibido un tema como el que nos ocupa, porque, a la larga, el problema del paro intelectual ha de ser mucho más serio y de más envergadura que el manual.

El cerebro que discurre puede causar en la inactividad mucho más daño que la mano que realiza, de la que, en cierto modo, se puede prescindir.

Se inventan máquinas que reemplazan a las manos, pero está por idear el mecanismo que sustituya al cerebro.

A pesar de ello...

Nosotros, eternos luchadores, observamos, asombrados, esas fotografías de multitudes de puño en alto o brazo extenso. El saludo y la amenaza se han unido—los extremos se tocan—para oprimir nuestro corazón y demostrarnos la inutilidad de la razón, arrollada por la masa humana, que la pisotea inconscientemente. Pero día vendrá en que las cosas vuelvan por su cauce. Más tarde o más temprano, veremos lucir en nuestro horizonte la luz de la paz. ¿Y mientras tanto?

Procuremos defendernos de un modo digno.

La experiencia nos demuestra que es la unión la mayor fuerza de que disponemos los hombres. Unámonos, intelectuales, todos.

Recordamos ahora un fotograbado, publicado en la Prensa diaria en días pasados. Una gran masa de tenderos protesta, en Barcelona, manifestándose para procurar de los Poderes que prohíba los permisos para abrir nuevos establecimientos. Y esto unos profesionales, a los que, para serlo, no se les ha exigido otro título que el de su voluntad. ¿Qué duda cabe que serán atendidos?

Sin embargo, los médicos, los abogados, los ingenieros, siguen fluyendo incesantemente de Universidades y Es-

cuelas, y no hay defensa posible para ellos, que ven aumentar para sí las filas de los desocupados, a pesar de que les ampara el derecho de un título, logrado a fuerza de sacrificio intelectual, temporal y económico.

La diferencia es ésta: Los tenderos son en número suficiente en su manifestación para sembrar el pánico con sus amenazas. Los intelectuales no estamos unidos para dar una sensación de poder suficiente.

El Seguro de Enfermedad, un problema del que nos ocuparemos en estas mismas columnas, es un peligro inminente para la clase médica. Antes de que éste sea un hecho, es necesario una unión médica. Hemos lanzado ya nuestro clamor. Más adelante invitaremos a la unión en nuestra cruzada a todos los intelectuales en general. Mientras tanto, pedimos la adhesión por escrito a nuestra residencia: Palamós (Gerona), de todos los médicos españoles.

De este modo se enterarán de nuestros proyectos, para procurar redimir una clase que tiene un porvenir desastroso, con ser el presente bien sombrío.

DR. LOZANO BORROY.

(De Cruzada Proreivindicación Médica.)

Palamós, mayo 1936.

REMITIDO

El Dr. G. Vicén, como continuación a un artículo publicado anteriormente en EL SIGLO MEDICO, nos remite el escrito que figura a continuación, rogándonos lo insertemos completamente.

En cumplimiento de nuestro deber de imparcialidad y nuestro propósito de ser tribuna para todos nuestros compañeros, reproducimos el escrito del Dr. Vicén, respetando su integridad, y advirtiéndole su condición de remitido, por lo mismo que deseamos conservar la completa independencia del periódico para que en él se expongan cuantos casos se estimen oportunos, desde luego, con la responsabilidad en las afirmaciones de quienes sobre su firma las hacen.

REPUBLICANOS Y CAMALEONES

Envío: Al Excmo. Sr. D. Manuel Azaña, político perseguido por los reaccionarios disfrazados de republicanos, y hoy, como ayer, exponente el más alto de los valores inmanentes de justicia en la República.

Con un brillante, cuan alegre, periodista republicano—he mentado al Sr. Mori—admitimos la posibilidad de que en plena República de izquierdas se atropellara, además de a la ley, a un republicano muy izquierdista en beneficio de un derechista, que no ha sido, ni es, ni será, republicano; admitida la posibilidad, se hizo la demostración que hoy se hace pública.

Es molesto y penoso tener que hablar de uno mismo o de sus familiares; pero yo tengo que presentar como un a modo de árbol genealógico, en el que se ostenta orgullosa nuestra ejecutoria republicana. No pretendo pasar mi factura a la República por servicios prestados, no; ni me interesa tanto el aspecto personal cuanto el aspecto general, las motivaciones morales del asunto, que

no es tan trivial como para no interesar en y a la República.

Dejando en discreta penumbra a aquel mi abuelo paterno, tan buen polemizador como gran veterinario, fichado y perseguido por la Inquisición, dediquemos la emocionada atención en mi padre, D. Feliciano Vicén—cultísimo veterinario—, que no llegó a ver “su” República. Era en Huesca el jefe de los republicanos cuando el serlo significaba heroísmo; por republicano idealista, el gran Costa le distinguió con la excepción de una carta, digna de la antología, cuando el “león de Graus” ya periclitaba en su imposibilidad física. Mi difunto padre, si idealista, era un rebelde, un revolucionario, que el año 9 y el 17 fué preso, con grave riesgo de ser fusilado. Cuando Lerroux era Lerroux, mi padre, en Huesca, era su brazo derecho; instaurada la República, y con unos servicios prestados a ella que no todos pueden igualar, en vez de buscar el fácil botín, mi puritanismo me llevó a romper, con acritud, con quienes todos lo encenagaron y a vaticinarles—era al principio del 33—toda esa descomposición tan lúgubre como inmoral. Un hermano, en Huesca, cayó alevosa y gravemente herido en la lucha por la libertad contra los requetés. Es una tradición familiar de genuino republicanismo que, a través de las generaciones, se va acendrando y llenando de un contenido social, y así, si antes de la República yo militaba en el radical socialismo, recordaré que en un Congreso de Sanidad celebrado bajo la égida de la monarquía, en la defensa de una ponencia, propugné, como medida altamente sanitaria—de médico sociatra—la socialización de la tierra, le desgravación de impuestos sobre la tierra y el trabajo, el jornal mínimo, los seguros obligatorios, etcétera... ¡Esto, Sr. Pueyo, era el año 30! Yo fui perseguido y vigilado por no querer ser del Somatén ni de la Unión Patriótica, y por combatirlas. Yo he publicado—y en “El Liberal”—artículos republicanos y antifascistas, por uno de los cuales un brillante escritor judío me dedicó un libro. No es hacer ostentación el decir que yo aporté fondos—unos cientos de pesetas, que he perdido—para que unos periodistas fundaran “Crisol”; aportación para propaganda electoral y triunfo del Frente Popular; como he subvencionado para los presos de Asturias o viudas y huérfanos. Esas y otras cosas constituyen nuestra ejecutoria, nuestro árbol genealógico republicano. Desde su fundación, milito en Izquierda Republicana, y este título, yo, Sr. Pueyo, no lo llevo colgado como una etiqueta, sino como una emoción entrañable.

¿Y qué nos dice D. José M. Pueyo Ayneto de su árbol genealógico “republicano”? Pues, sencillamente, que ese árbol no ha dado, ni dará, más que “flores de lis”. ¡Ah! Pero los frutos de ese árbol sí que son amargos y dolorosos; por los frutos los conoceréis. Los frutos, para otro día; veamos hoy las “flores”. El Sr. Pueyo, cuando era empujado por ese subcomité señorial, que sin sentir las angustias del pueblo lo repelia, entonces era el señor Pueyo el organizador, el entusiasta presidente de la Unión Patriótica... ¡hasta el mismo día 14 de abril!, en que demostró la deslealtad de sus sentimientos. Ese día, sobre su disimulada corona se puso un gorro frigio; el 8 de diciembre del 33 el Sr. Pueyo arrió la banderita tricolor y la sustituyó por la escarapela roja—¡y qué motivos le llevaron a esa actitud, no sentida por él—. Mas cuando llevaban preso al Sr. Pueyo, su esposa—a quien

yo respeto en lo íntimo de su dolor—salió exclamando, en raptó de sinceridad: “¡Pero por qué lo llevan preso, si somos derechistas!”

Y el Sr. Pueyo recordará que una noche de noviembre del 34, cuando ninguna coacción moral ni material le obligaba a ello, y tras explicar la escena—verdaderamente, una escena—del abrazo y la reconciliación familiar, la rubricó, *ante dos médicos*, con esta frase, que no tiene desperdicio: “¡Pero cómo voy a pensar como esta “gente”, si todos mis amigos en la provincia son los conservadores!” Sí, sí, ya vemos que usted, Sr. Pueyo, es un gran republicano, que cambia de color, como los camaleones. Y cuando esa misma noche de los “conservadores”, dos médicos que no deseaban más que la tranquilidad y el bienestar de usted, Sr. Pueyo, y de Albalate de Cinca, le hacían una oferta tentadora en cuanto a posibilidades económicas, a un conservador como usted sólo se le ocurrió contestar, para no aceptarla: “Que ahora juegan las mías, y tengo el puño en alto y lo quiero descargar.” Y cuando en Albalate de Cinca han pasado cosas tan graves y tan serias, un médico tan conservador como usted no tiene derecho a hacer una repetición.

Para terminar, quiero decirles públicamente a los clientes de usted, Sr. Pueyo, que yo no he ido a Madrid a hablar mal de ellos, a ponerles en mal, ni a meterme con el pueblo, no, no; yo respeto que ellos sean anarquistas—para mí no es ninguna vergüenza el que sean anarquistas; es un concepto, una interpretación del hombre frente a la sociedad política; ahora bien, yo no soy anarquista—; confieso públicamente que, hasta ahora, todos me han respetado, porque yo les he guardado las máximas consideraciones, y yo, Sr. Pueyo, hice lo que usted no habría sido capaz de realizar antes del 14 de abril—ni después, por supuesto—, y es que yo, el año pasado, y siendo médico de los clientes que, *siendo republicanos*, fueron víctimas de la revolución, tuve la satisfacción de ir a la cárcel a confortar y saludar a un anarquista y después celebrar su libertad con un refrigerio. Y tampoco les puede molestar el decirles que para luchar contra la tiranía, contra el despotismo, yo sería un revolucionario de acción; no les embarcaría, Sr. Pueyo, quedándome yo en tierra. Ahora bien, con la misma autoridad puedo decir que alzarse contra la República de izquierdas fué un desatino, del que todavía a usted, Sr. Pueyo, no le han pasado cuentas ni refrescado la memoria, que la tiene de sumo olvidadiza. Y porque no deseo “meterme” con el pueblo, porque siento sus angustias y vivo su interés como si fuera mío, es por lo que yo, antes de ir a Madrid, a “su” Ayuntamiento, al actual, yo, que soy el arbitrario e ilegalmente perjudicado, les dije que lo que convenía al “pueblo”, no a mis clientes—que tan sólo son pueblo, aunque a usted le parezca otra cosa—, ni a ellos, sino al pueblo en común, era que revocaran el acuerdo, ilegal, de mi destitución, y yo les daba mi palabra de honor de dimitir; y que, desplazados usted y yo, se trajeran un médico: el médico de todos y para todos, que representara el bienestar y la tranquilidad de Albalate, por demás merecida. Y esto lo dije yo, que soy respetado por “sus” izquierdas y respetado y querido por esas “derechas” que, desde luego, son más republicanas, mucho más, que usted, Sr. Pueyo, que con mucho énfasis y prosopeya, con una picaresca política que ya le conocemos bien, se sabe poner a la cabecera de una mani-

festación—Alcalea—y esconderse como un gazapo cuando iba a haber tiros. El Ayuntamiento agradeció mis palabras y las dejó para consulta, y como usted no es capaz de comprender la lealtad de mi gesto, es incapaz de comprender la nobleza de mi proposición; ésta le sirvió a usted para instigar a sus clientes, para exacerbarlos, para sostener el fuego de su egoísmo particular y aderezando los dichos y desfigurándolos, a la medida de la conveniencia de usted, no de lo que en realidad conviene a sus clientes y al pueblo todo, y a mi oferta—que le di validez hasta mi marcha a Madrid—, se le dió por respuesta aquello de “hasta el último hombre y la última peseta”, con lo que se le vió la oreja de su conservadurismo canovista. Y, por todas estas razones, el Ayuntamiento no puede molestarse si digo—y lo ratifico—que en el asunto de la Titular está manejado por un monárquico-derechista, para perjudicar a uno que es más republicano y más izquierdista que entre todos juntos. Mas si yo respeto; si yo no me meto con sus clientes; si yo deseo su bienestar bastante más que usted, Sr. Pueyo, ¿con qué razón el Ayuntamiento se mete conmigo, me perjudica, me destituye arbitrariamente, sin expediente y violando las leyes? No, no les sorprenda que yo me defienda y que, como republicano, me interese, lo que más, el cumplimiento de la ley.

Vea usted, Sr. Pueyo, si en la Prensa puede desmentir estos hechos:

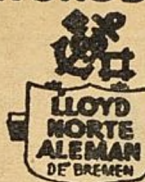
Primero.—Que D. José M. Pueyo Ayneto, en comunicación fechada en Zaragoza el 5 de enero de 1934, renunció, por motivos de salud, a la Titular de Albalate de Cinca.

Segundo.—Que la vacante producida por la dimisión del Sr. Pueyo fué provista, por oposición, en D. Manuel Ibáñez, quien la desempeñó sin protesta de nadie ni interposición de recurso alguno cerca de un año, y

Tercero.—Que, vacante nuevamente la plaza, por voluntaria dimisión del Sr. Ibáñez, fué sacada nuevamente a oposición, en la que tomaron parte, entre otros, don José M. Pueyo y el que suscribe; y habiendo obtenido el infrascrito mejor puntuación que el Sr. Pueyo en la calificación final de las oposiciones, fué nombrado para dicha plaza, sin protesta de nadie ni interposición de recurso alguno, y la he venido desempeñando desde el mes de mayo de 1935.

Y si el Ayuntamiento, manejado por usted en este asunto, lleva sus decisiones, ilegales, al absurdo de destituirme sin formación de expediente—cuando aun con éste tan sólo es atribución del señor ministro de Trabajo—y destituirme a mí para nombrar a usted, Sr. Pueyo, es pretender hacer el absurdo demasiado hiperbólico. Y como toda esta trama ilegal encuentra su eco en ciertos elementos—médicos—emboscados, en que la amistad con el Sr. Pueyo andan parejas con su republicanismo, y los cuales hallan en el comodín de la “inhibición” el buscado deseo del incumplimiento del deber, uno ya se tiene que preguntar, perdida la brújula, si se ha despistado de su querida República. Mas como, olvidando lo personal, son varios casos de médicos titulares, cuyos atropellos, injustos e ilegales, encuentran eco y fomento en Centros más o menos sanitarios y antirrepublicanos—por consentidores de la ilegalidad—, es por lo que, modesta, respetuosamente, a los altos Poderes públicos les dicen: “Señores, cúmplase la Ley. Si nos quieren destituir, que lo

NORDDEUTSCHER LLOYD BREMEN



**CRUCEROS MARÍTIMOS
DURANTE 1936**

3 CRUCEROS AL CABO NORTE
con el hermoso trasatlántico «STUTTGART»
1.º, del 26 de junio al 12 de julio;
2.º, del 13 al 19 de julio, y
3.º, del 1 al 17 de agosto.

Salidas de Bremen.

Para los viajes de ida y vuelta, magníficas ocasiones para utilizar desde y hasta Cherbourg los hermosos supertrasatlánticos
«BREMEN» y «EUROPA»

CRUCERO POR EL MAR BALTICO Y
GRAN CRUCERO POLAR HASTA SPITZBERGEN
con el vapor especial de turismo «GENERAL
VON STEUBEN»

1.º, del 27 de junio al 13 de julio, y
2.º, del 18 de julio al 12 de agosto.

Puerto de salida y regreso: Bremen.

2 CRUCEROS A ESCOCIA Y NORUEGA
con el supertrasatlántico «COLUMBOS»
1.º, del 20 al 27 de julio, y
2.º, del 28 de julio al 4 de agosto.

Puerto de salida y regreso: Bremen.

CRUCERO ALREDEDOR DE INGLATERRA
con el hermoso trasatlántico «STUTTGART»
del 19 al 30 de agosto.

CORTO CRUCERO VERANIEGO
con el supertrasatlántico «COLUMBOS»
de Gibraltar a Ceuta-Madeira y Lisboa,
del 12 al 16 de julio.

6 CRUCEROS DE VERANO Y OTOÑO
por todo el Mediterráneo, Islas Canarias y Madeira.
El programa detallado será publicado más adelante.

CADA SEMANA VIAJES COLECTIVOS
con los supertrasatlánticos
«BREMEN» y «EUROPA»
de 50.000 toneladas
a los Estados Unidos de América del Norte
con programa completo para la estancia y las excursiones por los EE. UU. de América del Norte.
PRECIOS ECONOMICOS

Pidanse precios e informes al

LLOYD NORTE ALEMAN
AGENCIA GENERAL

Carrera de San Jerónimo, 33, MADRID - Teléfono 13515

EL MEJOR LIBRO DEL ILUSTRE DOCTOR

Don MANUEL MARTIN SALAZAR

Ex Director general de Sanidad, Académico
de la Nacional de Medicina, etc.

ES SU OBRA SOBRE HIGIENE

INMUNIDAD

(Con un folleto del Dr. Maraño)

20 pesetas ejemplar, libre de gastos
Pedidos al Apartado 121 - Madrid

Alimento fisiológico completo VINO DE VIAL

Quina, carne,
lacto-tostato de cal



RIGUROSAMENTE DOSIFICA-
DO Y ASIMILABLE, REUNE
TODOS LOS PRINCIPIOS CA-
TIVOS DEL FOSFAIO DE CAL,
DE LA QUINA Y DE LA CARNE

Es el reconstituyente más
enérgico en los casos de
desnutrición y de dismi-
nución de los fosfatos
cálcicos

De venta en todas las
farmacias

Depósito general para España:

D. Antonio Serra Pamies, S.A.
Apartado 26, REUS (Tarragona)

Lipiodol Radiológico

Acete 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 Exportación:
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**

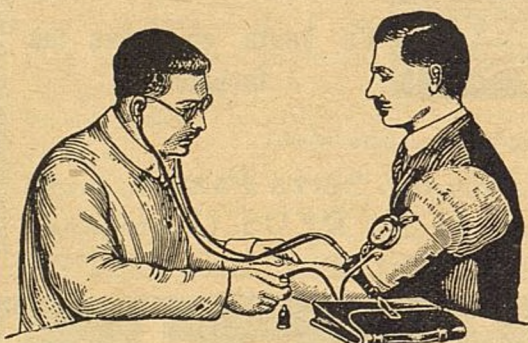
En España: Sr. Juan MARTIN, Calle de Alcalá, 9, Madrid
y Consejo de Ciento, 341, Barcelona.
Islas Canarias: B. APOLINARIO, Farmaceutico, Las Palmas.

SPASMOSÉDINE

Antiespasmódico - Sedante nervioso
El primer sedante y antiespasmódico estudiado especialmente para la
TERAPIA CARDIO-VASCULAR

Laboratorios DEGLAUDE
Medicamentos cardíacos especializados
15, Boulevard Pasteur.- P A R I S

Muestras y Literaturas
JOSE M.^a BALASCH CUYAS (Farmacéutico)
Avenida 14 de Abril, 440.- BARCELONA



VISITE NUESTRO ALMACEN
ANTES DE HACER SUS COMPRAS

“OSCILOFON”

Novísimo y elegante aparato de máxima garantía e irreproachable funcionamiento para medir la presión de la sangre por el método

OSCILATORIO, AUSCULTATORIO Y PALPATORIO

LA CASA EXCLUSIVAMENTE DE LOS MEDICOS
INSTRUMENTAL Y MOBILIARIO CLINICO

LA COOPERACION MEDICA ESPAÑOLA

Apartado 406 - MADRID - Mayor, 21, moderno



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

SARNA

★ (ROÑA) ★

cura rápida y cómoda con el **Sulfureto Caballero**
Destructor tan seguro del *Sarcoptes Scabiei*, que una sola fricción, sin baño previo, lo hace desaparecer por completo, siendo aplicable en todas las circunstancias y edades por su perfecta inocuidad.

J. CABALLERO ROIG
Farmacia-Laboratorio: Rocafort, 135, Barcelona

haga el Excmo. Ministro de Trabajo, como la ley previene; que nos incoen expediente, y, por lo menos, que nos escuchen." Es lo menos que se puede pedir. Es lo único que pedimos los Médicos Titulares. Y yo, de paso, que no se atropelle a los republicanos.

G. VICÉN TRASMONTÁN.

Albalate de Cinca, 9-5-36.

Diputación Provincial de Palencia

Convocatoria a plazas de médicos del Hospital Provincial

La Comisión gestora de esta Excm. Diputación provincial, en sesión de 9 del actual, acordó proceder a la provisión, en propiedad, mediante oposición-concurso, de dos plazas de médicos de los Servicios de Medicina general; una, de cirujano de los Servicios de Aparato digestivo y Urología, y otra, también de cirujano, de los Servicios de Ortopedia, Traumatología y Radiología, todos ellos con destino a las Clínicas del Hospital Provincial, y dotadas cada una con el haber anual de 2.000 pesetas, libres de impuesto de Utilidades.

Las solicitudes se dirigirán al Sr. Presidente de la Comisión gestora provincial, en el plazo de quince días hábiles, que empezarán a contarse desde el siguiente al de la publicación de este anuncio en el *Boletín Oficial* de la provincia, acompañadas de la cantidad de 75 pesetas como derecho de examen, y de la documentación siguiente:

- a) Partida de nacimiento, legalizada cuando proceda. La edad máxima admitida será de cincuenta años.
- b) Certificado que acredite la carencia de antecedentes penales.
- c) Certificado de buena conducta, expedido por la Alcaldía de residencia del solicitante.
- d) Certificado de aptitud física para el desempeño de la función técnica de que se trate.
- e) Título de Licenciado o Doctor en Medicina y Cirugía, o testimonio del mismo; y
- f) Justificantes de cuantos méritos, títulos o servicios especiales posean y juzguen convenientes alegar.

El Tribunal calificador estará formado según establece el artículo octavo del Reglamento de Empleados de la Diputación de Palencia, y se hará público en su día, así como el programa que el mismo redacte, con sujeción a los siguientes ejercicios:

1.º Consistirá en contestar, por escrito, en el tiempo máximo de dos horas, a un tema sacado a la suerte entre 10 distintos, para cada especialidad de las que se opositen. Este ejercicio será leído ante el Tribunal por su respectivo autor en el momento que aquél designe.

2.º Será oral, y consistirá en la exposición, durante una hora, como máximo, de dos temas, sacados también a la suerte, de un cuestionario distinto para cada especialidad.

3.º Exposición completa de un caso clínico. El Tribunal incluirá en una urna tres nombres de otros tantos enfermos, pasando el opositor a examinar al que le hubiere correspondido en suerte, delante del Tribunal y durante media hora. Los contrincantes podrán también reconocer al enfermo hasta por espacio de quince minutos.

Pasados treinta minutos de intervalo, el opositor actuante hará historia, escrita o verbal, de la enfermedad, expresando sus causas, diagnóstico y terapéutica. Los restantes opositores podrán hacer la crítica de este juicio por espacio de quince minutos.

4.º *Práctico*.—Consistente en ejercitar sobre un cadáver la operación quirúrgica que la suerte designe, después de explicar el opositor el método operatorio. Este ejercicio será obligatorio solamente para los aspirantes a plaza de cirujano.

Los ejercicios tendrán lugar en esta capital y en los Centros adecuados que designe el Tribunal, dando comienzo después de que transcurran quince días hábiles a partir de la fecha de publicación de los cuestionarios.

En igualdad de calificación de los opositores, se dará preferencia: primero, a los que hayan desempeñado o desempeñen actualmente, por un tiempo mínimo de dos años, cargos en propiedad, por oposición o por concurso de méritos, de Servicios de Medicina o Cirugía en Clínicas del Estado, Provincia o Municipio; segundo, a los que hayan desempeñado en propiedad plazas de médicos de Hospital; tercero, a los que ejerzan la profesión y estén colegiados actualmente en el lugar de las vacantes, y cuarto, a los que tengan el grado de Doctor.

Una vez terminadas las oposiciones y la apreciación de estos méritos, el Tribunal elevará propuesta limitada al número de plazas a la Comisión gestora de la excelentísima Diputación, la cual efectuará los nombramientos dentro del plazo de un mes, a contar de la fecha de la propuesta.

La efectividad de estas oposiciones se supedita a la pendiente aprobación ministerial de los créditos precisos para dotar estas plazas, y, en caso de no celebrarse, los aspirantes no tendrán derecho a reclamación alguna.

Palencia, 11 de mayo de 1936.—El presidente, *Antonio Casañé*.—Por A. de la C. G., el secretario, *José Micó*.

CONVOCATORIA PARA LAS PLAZAS DE PRACTICANTES DEL HOSPITAL PROVINCIAL

Creadas cuatro plazas de practicantes en Medicina y Cirugía, con destino al Hospital Provincial, dotadas cada una con el sueldo anual de 750 pesetas, libres del impuesto de Utilidades, se convoca, para su provisión en propiedad, oposición entre aquellos que acrediten poseer el título correspondiente, según acuerdo de la Comisión gestora, adoptado en sesión de 9 del actual.

Para tomar parte en la oposición se requiere:

- a) Ser español o naturalizado, de cualquiera de ambos sexos.
- b) Tener cursados los estudios de practicante y aprobados los ejercicios de reválida.
- c) No padecer defecto físico que impida el ejercicio del cargo.
- d) Carecer de antecedentes penales y observar buena conducta.

Las instancias para tomar parte en estas oposiciones serán dirigidas al Sr. Presidente de la Comisión gestora y entregadas en la Secretaría de la Diputación, en un plazo de quince días hábiles, a partir de este anuncio en el *Boletín Oficial*, e irán acompañadas de la partida de nacimiento, legalizada en su caso, título de practicante o testimonio del mismo, documento médico que acredite aptitud física para el cargo, certificación de an-

tedentes penales y de conducta. Podrán acompañar también cuantos documentos justificativos de méritos crean oportunos, y unirán a todo ello recibo que acredite que hicieron una consignación de 25 pesetas, que habrá de aplicarse a satisfacer las dietas y demás gastos del Tribunal.

Los ejercicios serán dos: uno, teórico, y otro, práctico.

El primero consistirá en contestar a cuatro temas del programa, que se dará a conocer oportunamente y que confeccionará el Tribunal que en su día se haga público, y estará compuesto conforme establece el artículo octavo del Reglamento de Empleados de la Diputación de Palencia. Consistirán los temas en Anatomía descriptiva y Topografía y Fisiología; Cirugía menor, técnicas clínicas auxiliares y Obstetricia. El desarrollo de éstos no excederá de cuarenta minutos.

El segundo, o sea el práctico, consistirá en la cura de una herida, real o supuesta, o en realizar una operación de cirugía menor, o en la colocación de un apósito o vendaje, o en una práctica de técnica auxiliar y preparación o enumeración del instrumental necesario para una operación quirúrgica. El tiempo máximo de actuación en este ejercicio será de quince minutos, que se empleará en la exposición teórica, y veinte para la práctica.

Los ejercicios tendrán lugar en esta capital y en los Centros adecuados que designe el Tribunal, dando comienzo después de que transcurran quince días hábiles, a partir de la fecha de publicación de los cuestionarios.

Una vez terminadas las oposiciones y la apreciación de méritos, el Tribunal elevará propuesta limitada al número de plazas a la Comisión gestora de la excelentísima Diputación, la cual efectuará los nombramientos dentro del plazo de un mes, a contar de la fecha de la propuesta.

La efectividad de estas oposiciones se supedita a la pendiente aprobación ministerial de los créditos precisos para dotar estas plazas, y, en caso de no celebrarse, los aspirantes no tendrán derecho a reclamación alguna.

Palencia, 11 de mayo de 1936.—El presidente, *Antonio Casañé*.—Por A. de la C. G., el secretario, *José Micó*.

Ciclo de conferencias organizado por la Asociación de Ópticos, y que serán radiadas por Unión Radio de Madrid

Mayo, 23, sábado.—Dr. Julio L. Lacarrere, jefe del Servicio Oftalmológico del Hospital del Niño Jesús: "La expresión de la mirada humana".

Mayo, 27, miércoles.—Dr. Francisco Poyales, jefe del Servicio Oftalmológico del Hospital Central de la Cruz Roja: "El arte de las gafas y los lentes".

Mayo, 30, sábado.—Dr. Manuel Marín Amat, jefe del Servicio Oftalmológico del Hospital Provincial: "Primeros cuidados de los ojos en los recién nacidos".

Junio, 3, miércoles.—Dr. Manuel Andina, jefe del Servicio Oftalmológico del Hospital de la V. O. T.: "Lo que la gente llama vista cansada".

Junio, 6, sábado.—Dr. Angel Castresana, del Hospital Católico y del Instituto Oftálmico Nacional: "Las vitaminas en los ojos".

Junio, 10, miércoles.—Dr. Manuel Rivas Cherif, jefe

clínico de Oftalmología de la Facultad de Medicina de Madrid: "Los defectos de refracción en los trabajadores".

Junio, 13, sábado.—Dr. J. M. Renedo, jefe del Servicio Oftalmológico del Hospital Militar de Carabanchel: "El esfuerzo que exige el aparato visual en la vida moderna".

Junio, 17, miércoles.—Dr. Galo Leoz, jefe del Servicio Oftalmológico del Instituto Rubio: "Los defectos de visión y la bizquera".

Junio, 20, sábado.—Dr. José García del Mazo, director del Instituto Oftálmico Nacional: "Principales causas y prevención de la ceguera".

Junio, 24, miércoles.—Dr. Manuel Márquez, decano y catedrático de Oftalmología de la Facultad de Medicina. Oportunamente se indicará el título de la conferencia, ya que el Sr. Márquez está fuera de Madrid.

Junio, 27, sábado.—Dr. José Antonio Artigas, ingeniero industrial y director de la Escuela de Óptica: "Cierre de este ciclo de conferencias".

SECCION OFICIAL

"GACETA" DEL 21 DE MAYO:

Ministerio de Justicia.—Anunciando a provisión, por antigüedad entre los de término, la plaza de médico forense del Juzgado número 20 de Madrid. Instancias, hasta el 20 de junio.

GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 706,6; ídem mínima, 695,5; temperatura máxima, 23,8°; ídem mínima, 6,6°; vientos dominantes, ENE. y SE.

Las oscilaciones de temperatura y la persistencia de las lluvias de los últimos días han determinado gran número de procesos gripales con ligero catarro de las vías respiratorias. Los casos vistos hasta la fecha son todos benignos.

En los niños también se han manifestado catarros respiratorios y parotiditis, con su clásico cortejo de orquitis.

CRONICAS

Bi-Citrol Marinier.—Acompañamos con el presente número impreso con tarjeta anunciando dicho producto, recomendando su lectura y pedido de muestras a los Laboratorios E. Boizot.

Instituto Médico Valenciano.—Este Instituto, que dirige el Dr. Vicente Pallarés, ha abierto un extenso concurso de premios de numerosas especialidades, y así otro de la Fundación Roel sobre dos temas. Todos los interesados por los mismos deben pedir el programa de estos premios al citado Instituto, en Valencia.

Crinex, único extracto ovárico total estandarizado.—Lean nuestros suscriptores el prospecto adjunto de los Laboratorios Dicfar y pidan muestras con la tarjeta que se acompaña.

Permuta.—Plaza de 3.ª categoría, a 25 kilómetros de Salamanca. Informes: J. Téllez. San Pablo, 12. Salamanca.

Bolaños y Aguilar (S. L.). Talleres Gráficos. Altamirano, 59. Madrid.

LABORATORIOS
CAMPOS FILLOL
VALENCIA

LACTOBULGARINA

El mejor Desinfectante intestinal

Simblosis 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

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. Tolerancia 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.

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)



FIMONAL

VIAS RESPIRATORIAS

Ayuntamiento de Madrid

DOS NOVEDADES EGABRO

PARALENTER: Alimento antidiarreico sin astringentes. Fórmula originalísima. Alto índice nutritivo y asimilación total. Energética en estado naciente: Indicado en *dispepsias*, *gastroenteritis*, *enterocolitis* y en todos los trastornos gastroentéricos de tipo emético o tipo diarreico con o sin fiebre. Siempre que se quiera conseguir el «restitutio ad integrum» de la función digestiva del niño, del infante o del adulto. Cada caso de ensayo será un éxito clínico indudable.

FEBRIFUGOL AL PIRAMIDON: El máximo de las probabilidades curativas en las fiebres tíficas, colibacilares, etc., por los maravillosos efectos de la *Plata coloide* y la *Urotropina*, acentuados acusadamente con el *Piramidón*, antitérmico definido por Krehl en sus matices de tolerancia e inocuidad.

Indicaciones y dosis: Las mismas exactamente que las del FEBRIFUGOL simple.

SERVIMO: MUESTRAS A LOS SEÑORES MÉDICOS
Indicando estación destino.

Laboratorio EGABRO
CABRA (Córdoba) España.

Antiasmático poderoso

REMEDIU EFICAZ CONTRA LOS CATARROS BRONQUIALES

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.

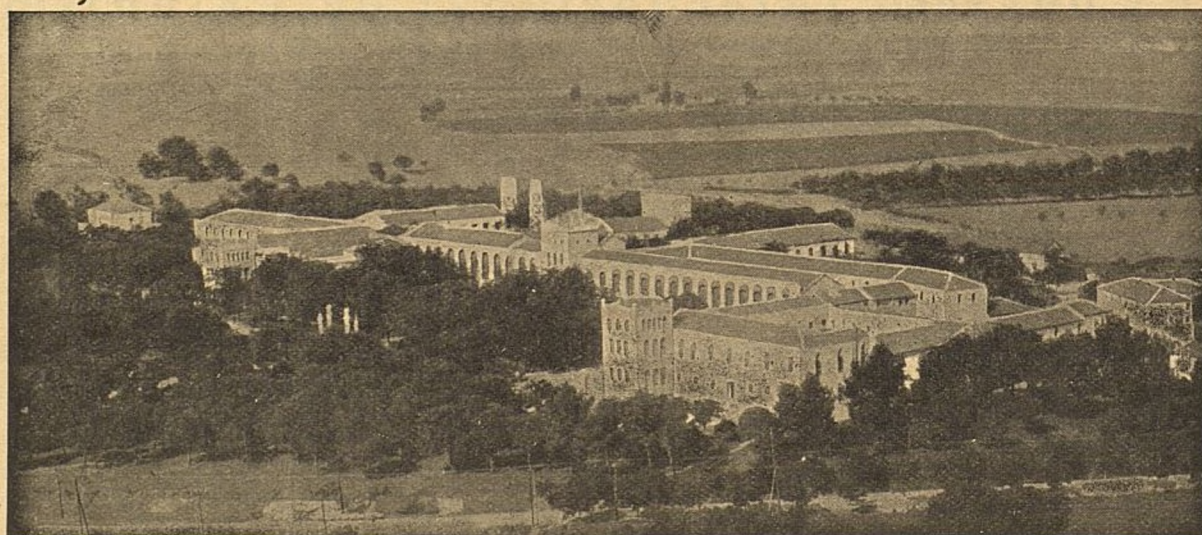
PRECIO: 6,50 pesetas frasco

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

ALMORRANAS



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



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

«otros ruidos diversos», ya señalados por Laënnec. «El tratamiento consiste en las sangrías, y Pablo Benjamín Clemenceau recomienda el método de Bouillaud, los resultados que nos da son satisfactorios, ya que de 26 enfermos de neumonía tratados con el método de la sangría, sólo han perecido dos. Pablo Benjamín, al que todo el mundo le llama, como a su pa-

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

dre, Benjamín, se establece en Nantes, en la calle del Calvario, y después se traslada a la de Crebillon. Pero el ejercicio de la Medicina no parece que le haya acaparado, ya que un buen día quita de la puerta de la casa su placa dorada y renuncia a la clientela. En revancha, se da a las artes, ama la música, toca el violín, dibuja, modela. Pero es la política lo que más le atrae; de recia figura y gesto valiente, tiene una positiva influencia sobre las masas. El 1848 se le ve en Nantes a la cabeza de una manifestación. En 1852 comienza a conspirar contra Luis Bonaparte; en 1858, en el momento del atentado de Orsini, es detenido y condenado a deportación en Argelia.

En el momento en que sale de la prisión para subir al coche celular, se filtra a través de la gente, que observa, y le dice: «Yo te vengaré, padre», y el padre le responde: «Si quieres vengarme, trabaja.» Después de esta breve escena, digna de la antigüedad, el hijo, de diecisiete años, ¿podría tener otra idea que la de imitar a su padre y llegar a ser médico y hombre político? Y su padre pudo continuar formándole, puesto que el viaje, que fué abominable, se terminó en Marsella ante la protesta de la población nantesa.

Benjamín Clemenceau se casó en 1839 con una señorita de Gantreau, natural de Mouilleron, y tuvo tres hijas y tres hijos; murió en 1897, a los ochenta y siete años de edad.

Uno de los hijos, Jorge Benjamín, por todos conocido por Jorge Clemenceau, tuvo un hijo, Miguel Clemen-

Jorge Clemenceau nació el 28 de septiembre de 1841 en Mouilleron-en-Pareds, en la vieja y modesta casa de sus ascendientes maternos. Su familia le llevó a Nantes a la edad de dos años y medio. Su madre, mujer de gran inteligencia, es su primer preceptor, y aprende el latín para poderse enseñar. Primero sigue un pequeño curso de carácter privado, y después entra en el Liceo de Nantes; pero hasta en retórica no se muestra como alumno brillante; no tiene más que algunos pocos accésit, y en el cuarto año no figura en el cuadro de honor. Y es, sin duda, este año, al ver que sus compañeros llevan los libros dorados de los premios, en el que él hace lo mismo con los que coge de la biblioteca de su padre. Termina su Bachillerato y, sin dudarlo, como ha dicho Juan Martet, se inscribe en 1858 en la Facultad de Medicina, donde no había por aquella época más de 30 a 40 alumnos. En 1861 es interno de los hospitales de Nantes, y viene a París en noviembre del mismo año, instalándose en una pequeña habitación de la calle de la Estrapade. Hace conjuntamente la política y la Medicina.

BARDANOL

Estafilococias de todas clases

Unido a Germán Cassem, Meline, Eugenio Carre y Fernando Taule, este último estudiante de Medicina, fundan el 22 de diciembre de 1862 un periódico titulado «El Trabajo», del que Clemenceau es uno de sus pilares más profundos, y en el cual desarrolla la crítica teatral y literaria. Dos meses después, por un artículo aparecido en este periódico, y por un anuncio invitando a los obreros del barrio de San Antonio a celebrar el aniversario de la República, es detenido y condenado, cumpliendo en Mazas setenta y siete días. El mismo año efectúa el examen del internado con éxito, y es agregado al Hospital de la Piedad, donde realiza con regularidad su servicio. «Jamás la política le ha apartado de la Medicina, ya que consideraba a ésta como inseparable del apostolado social y revolucionario, al cual se debía, ha dicho muy justamente Georges Suárez en su obra «La vie orgueilleuse de Clemenceau», «Les Editions de France». París, 1930.

La prisión de Santa Pelagia se hallaba situada al lado del Hospital, y guarecía tras sus muros por aquellos días a Scheurer-Kestner, Fernando Taule, Eugenio Carre y Eugenio Pelletan. Clemenceau iba a verlos todos

los días, ya que el régimen carcelario lo permitía. Es así como hace amistad con Blanqui, a quien, por un azar de la vida, había guarecido el padre de Clemenceau, en Nantes, cuando aquél se hallaba en dicha ciudad el año 1848 perseguido por la policía. Todos los días se ven los dos amigos, y en el transcurso de los conciliábulos surge un complot contra el Emperador,

Antiséptico Glorógeno Lumen

Muestras gratis.

Centro Farmacéutico Jienense.

Apartado 22.—Jaén.

que, por fortuna, se viene abajo sin pasar de ser un plan.

Deja el internado tras esto y se decide a preparar su tesis, la cual lee el año 1865.

Para la misma escoge un asunto de patología general, en el cual expone sus ideas filosóficas; constaba la misma de 224 páginas, y hubo de reeditarse dos años después con un prólogo de Robin, siendo aún hoy día muy interesante su lectura. El nombre dado a la misma fué: «De la generación de los elementos anatómicos». A la cabeza de la misma se podían leer las tres proposiciones siguientes:

«Observar los fenómenos es el punto de partida de la ciencia; agruparlos e interpretarlos no es otra cosa que el objeto. Yo no traigo observaciones nuevas: reuno hechos.

«Las opiniones que dé no afectan más que a mí. No las tengo más que por que he realizado este trabajo; he hecho este trabajo porque las tenía.

«Quiero, por último, dar las gracias a el Dr. Robin por sus consejos y por los datos que con tanta amabilidad me ha dado.»

Después de estas frases, el autor del artículo que adapto analiza aquella transcribiendo párrafos de la misma, lo que no hago por no cansar a los lectores de esta sección con un punto que se halla algo fuera de ella.

El éxito de la tesis fué grande, y las ideas generales de la misma las tuvo el autor de por vida y las ha casi repetido en su libro «Au soir de la Pensée», aparecido el año 1927, o sea sesenta y dos después de aquella.

IODARSOLO

Primer producto de iodo y arsénico

BALDACCI-PISA

En un próximo artículo haremos la adaptación del trabajo del mismo autor, que está intitulado: «Clemenceau. Su vida profesional», y aparecido en idéntica revista.

(De «La Presse Medicale».)

JARABE ALMERA

A BASE DE FOSFATO DE CAL
GELATINOSO, EL MAS ASIMILABLE

ceau, y dos hijas, una de las cuales, Joaquina María, era la madre de nuestro malogrado amigo Joaquín María Clemenceau, muerto a consecuencia de una infección experimental el mes de julio de 1931.

Para el M. I. Sr. D. Andrés Lasso de la Vega

(Marqués de las Torres de la Pressa, Conde de Casa Galindo, Vizconde de Dos-Fuentes.)

A la linda sevillana que, en cierta jira por el Guadalquivir, premió el discurso que se vió obligado a pronunciar el autor dándole un abrazo.

No ciñe la grácil enredadera, del olmo añoso el tronco carcomido, dejándole de flores mil prendido, cual si tornase a nueva primavera,

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

(Véase anuncio, página XX)

como estrechaste tu, niña hechi-
[cera,
a este viejo, amador empedernido,
contra tu pecho, donde el dios Cupido
aguza su saeta más certera.

Premiaste así, según tu dulce frase,
de mis pobres conceptos el decoro.
Admirado de hallar quien me trocase,

con regia esplendidez, cobré por
[oro,
el dios fluvial del Betis ser creía
que a una ninfa en sus brazos recibía.

N. M.

Mayo, 10/929.

Para evitar la sordera

Los sordos se dividen en dos categorías: los sordomudos, que desde su nacimiento o desde muy pequeños están privados del oído y, por consiguiente, de la palabra, y las personas que después de oír han perdido, de un modo más o menos variable, el sentido del oído.

Un 50 por 100 de los casos de sordera están producidos por la meningitis, el sarampión, la escarlatina, la tos ferina, pulmonía o gripe. Afortunadamente, en la actualidad los medios de defensa contra estas enfermedades son muy superiores a los de hace cincuenta años. El sarampión y la tos ferina, por ejemplo, pueden combatirse con éxito por medio de la vacunación precoz. En-

tre las otras causas de sordera figuran la hipertrofia de las amígdalas, las vegetaciones adenoideas y las deformaciones nasales. El tabique cartilaginoso de la nariz del niño es muy frágil: basta con un golpe o una caída sobre la nariz, cuando el niño empieza a andar, para deformarla. Una desviación importante del tabique nasal es, la mayor parte de las veces, causa de un catarro, que puede extenderse al oído.

Algunos alimentos, como las legumbres, la leche y los huevos, pueden influir de un modo anormal en la salud de ciertos niños, provocando catarros, que pueden tener la sordera como consecuencia.

Por consiguiente, durante los primeros diez años de la vida es cuando el hombre está más expuesto a la sordera. Otras circunstancias, no obstante, pueden acarrear al adulto esta enfermedad: accidentes del trabajo y ciertas enfermedades profesionales. La edad también puede provocar una sordera progresiva.

Los sordomudos deben ser enviados a Institutos especiales; y, si bien es verdad que con frecuencia tienen un carácter difícil y que la proporción de los que deben ser internados en asilos destinados a enfermos mentales es muy superior a la de las personas que tienen un oído normal, no hay que concluir por ello que ningún sordomudo puede desempeñar un papel útil en la sociedad. Cuando se les enseña y especializa en un dominio determinado, el sordomudo está capacitado para afrontar la vida con grandes probabilidades de éxito. En cambio, el sordomudo cuya educación especial ha sido descuidada, se convierte en una ruina.

Los centros de protección a la in-

TRATADO PRACTICO DE ETIQUETA Y DISTINCION SOCIAL

Distribución esmerada por asuntos

4 PESEIAS EJEMPLAR

Pedidos al Apartado núm. 121.-Madrid

fancia y de inspección médica escolar constituyen los medios más eficaces para evitar la sordera. Las consultas prenatales y la vigilancia médica regular de la madre y del niño permiten diagnosticar a tiempo la sífilis, causa frecuente de la sordera,

previniéndola con un tratamiento adecuado. No se puede considerar como un atrasado al niño que, en realidad, es un sordomudo.

El Dr. Kerr Love, que ha estudiado el problema de la sordera en Escocia durante más de cuarenta años, ha comprobado que, a pesar del aumento de población registrado entre 1891 y 1931, el número de niños sordos admitidos en las escuelas especiales sigue siendo el mismo. En 1891, el 50 por 100 de estos niños padecían una sordera adquirida. Esta cifra había descendido al 28 por 100 en 1931. Esta notable disminución del número de casos de sordera

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

adquirida es una victoria más de la medicina escolar. Estas observaciones, unidas a las que se han efectuado en otros países, demuestran que la medicina preventiva puede preservar a un niño de tan penosa enfermedad.

LOS OJOS DE ADELITA

Al tener noticia del fallecimiento de esta buena amiga mía, acaecida en el Manicomio de Ciempozuelos.

Novelescos tus ojos encontraba cuando, al hablarme, dulces son-
[reían:
y era parco el elogio, pues lucían
cual Véspero en la noche, que apun-
[taba.

Venus toda su gracia les prestaba,
y Juno, la altivez que poseían,
y el brillo, Diana, con que refulgían,
y Minerva, la luz que ella irradiaba.

Mas ¡ay!, un no sé qué de miste-
[rioso,
fatal y extraño, se notaba en ellos,
que suspendía el ánimo, medroso,

a la contemplación de ojos tan be-
[llos...

El final de tu vida, lastimoso,
pobre Adela, rasgó el misterio de
[ellos.

N. M.

Julio, 1929.

© 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

IDIABÉTICOS! INATURISTAS! Pedido en Panaderías y establecimientos de régimen.

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

M. Y divídase en tres sellos para tomar en ayunas con un cuarto de hora de intervalo de uno a otro, cada tres días. Indicaciones: insuficiencia hepática, en los palúdicos, arterioesclerosis, estreñimiento.

Gotas calmantes:

Tintura alcohólica de belladona	2 gr.
Agua de laurel-cerezo	8 —

M. Para tomar X gotas, de dos a seis veces durante el día, contra el dolor de la úlcera redonda.

Mixturas:

Tintura de acónito	2 gr.
Tintura de belladona	4 —
Tintura de extracto de opio	6 —

M. Para tomar de XX a XL gotas de cuatro a ocho veces al día.

Indicaciones: insomnio, fenómenos espasmódicos, gastralgia.

Para niños de dos a seis años:

Tintura de raíces de acónito	5 gr.
Tintura de belladona	6 —

M. Para tomar de VIII a XXIV gotas (cuatro por año de edad) divididas en cuatro tomas en un vaso de leche o de agua azucarada.

Indicaciones: dolores gástricos abdominales.

Tintura de acónito	4 gr.
Tintura de belladona	} aa 5 —
Tintura de mirra	
Tintura de drosera	6 —

M. Para tomar seis veces al día de III a X gotas, según la edad.

Indicaciones: coqueluche, tos quintosa, sobre todo en el curso de la gripe.

portante: los sudores nocturnos que presentan aquellos enfermos que se encuentran en un estado de astenia neurovascular considerable y, muy principalmente, los tuberculosos. Es preciso comenzar por dosis muy pequeñas, porque rápidamente se produce la habituación, y entonces hay que aumentarlas. Cuando el organismo se halle habituado aun para las dosis altas, se deja de administrar unos días, con lo cual recupera rápidamente sus propiedades.

En la sialorrea no da resultados constantes, tal vez porque las dosis que se han dado son insuficientes. Llevando éstas hasta que aparezca la dilatación popular y la sequedad de la piel, se consigue frecuentemente dominar también la mencionada sialorrea. También da resultado en la galactorrea.

En la diabetes no da, generalmente, resultado alguno.

La acción de la belladona sobre las tónicas musculares intestinales la hemos mencionado ya, así como también hemos dicho que corregía el estreñimiento debido a la falta de peristaltismo intestinal y muy principalmente el producido por el cólico saturnino.

Tocante al aparato circulatorio queda ya señalado que fuera de los extrasístoles y la bradicardia nerviosa, aun tal vez del bocio exoftálmico, no tiene aplicación determinada.

Cuando se haya de administrar este medicamento, conviene determinar en cada caso a qué producto se ha de dar la preferencia: así, para administrar al interior, salvo casos que ya iremos señalando, es preferible el sulfato de atropina, pero las dosis han de repetirse con gran frecuencia, teniendo en cuenta la rápida eliminación de este cuerpo. La primera dosis nunca será superior a medio miligramo, y, si es posible, no se repetirá la administración en el mismo día, y así se irá tanteando la dosis tolerable para cada enfermo.

Para uso interno se dará la atropina en dosis de medio a dos miligramos por día, siendo la dosis máxima,

por vez, un miligramo. Es muy corriente usarla en solución:

Sulfato de atropina	1 centig.
Agua destilada	10 gr.

D. Para tomar de X a XX gotas al día repartidas en tres tomas. A los niños menores de tres años no se les debe dar este medicamento; a los mayores se les dará I gota tres veces al día, doblando la dosis al cabo de unos días. A los adultos, una vez alcanzadas las XX gotas diarias, si las toleran bien, se les puede aumentar II a IV gotas cada día hasta llegar a XL o L gotas. De cuando en cuando se interrumpirá por unos días el empleo de la medicina.

Cuando se carezca de cuentagotas se dará:

Sulfato de atropina	1 centig.
Agua destilada	300 cc.

D. Una cucharada de las de sopa (15 cc.) de esta preparación contiene medio miligramo de atropina, o sea, equivale a X gotas de la preparación anterior.

También se pueden recetar gránulos de atropina que se encuentran en el comercio y que contiene cada uno medio miligramo.

Se administra la belladona en forma de polvo de hojas o de raíces, extracto o tintura alcohólica de hojas y jarabe de belladona.

El polvo se da en dosis de un centigramo diario por año de edad, hasta una dosis máxima de 15 centigramos diarios. El extracto se emplea en dosis de uno a tres centigramos por toma, de tres a diez centigramos por día. Ambos entran en la constitución de las píldoras laxantes de Trousseau.

Extracto de belladona	} aa 1 centig.
Polvos de hojas de belladona	

Para una píldora. Para tomar de una a tres por la no-

che al acostarse. Indicaciones: estreñimiento pertinaz por atonía, cólicos saturninos.

El polvo de hojas entra también en la composición de varios polvos antiasmáticos (véase Asma, tomo I, página 315).

La tintura alcohólica se da a dosis de cuatro gotas diarias por año de edad, en dosis fraccionadas. La dosis máxima para el adulto son cuatro gramos, cada gramo contiene 57 gotas.

El jarabe de belladona tiene la décima parte de su peso de tintura de belladona. Es muy activo y conviene recetarle siempre mezclado a otro jarabe y por cucharadas de las de café. La dosis media será 10 gramos por cada tres años de edad. En los niños no es prudente emplearlo.

La atropina, como todo alcaloide muy activo, debe ser empleada en dosis exactas y perfectamente conocidas, preparaciones seguras y en cantidades lentamente progresivas y con gran vigilancia. El modo preferible de usarla es en solución.

Para uso interno, además de las soluciones de atropina ya señaladas, se puede dar la siguiente:

Sulfato de atropina	1 centig.
Glicerina de 28°	3,50 gr.
Agua destilada	1,50 —
Alcohol de 95°	C. s. para 10 cc.

D. Cincuenta gotas de esta solución equivalen a un centímetro cúbico de líquido, o sea un miligramo de sulfato de atropina. Es más manejable que la solución en agua al 1 por 1.000 y se conserva mejor.

(Pouchet).

En cuanto a la belladona se puede emplear en:

Sellos:

Polvo de hojas de belladona.....	10 centig.
Cáscara sagrada	} aa 60 —
Ruibarbo	
Calomelanos	

LA VACUNA DE FRIEDMANN

está indicada en la profilaxis antituberculosa de niños de pecho y de los expuestos al contagio

por no ser un suero, ni tuberculina, sino *vacuna viva, de efectos específicos*, formada de bacilos tuberculosos de la tortuga, tuberculosa espontáneamente y de un modo natural y cuya vacuna *nunca ha tenido contacto con bacilos tóxicos humanos ni bovinos*.

Referencias médicas, literatura científica y muestra a disposición de los Sres. Médicos.

Louis W. Hoffmann, Avda. de Menéndez Pelayo, 27-Madrid

Representante para España de: Tuberkulose-Heilstoff-Werk, G. m. b. H., en Alemania.

DE LA GOTA



TRATAMIENTO MODERNO

POR LA TERAPÉUTICA DEL ESTÍMULO



Obra del Dr. ANAYA, en la que estudia, comenta y resume opiniones de profesores especializados en esta rama de la Medicina, exponiendo su criterio y tratamiento.

Un tomo cuidadosamente editado, práctico y necesario.

5 PESETAS EJEMPLAR.

Haga su pedido al

APARTADO 121 © MADRID

DULCIMIDA DULZOR DE RÉGIMEN

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



LOS OJOS REQUIEREN EL MÁXIMO CUIDADO

Hágase despachar la receta de sus gafas con cristales

"PUNTUAL CUYÁS" ANACTÍNICOS (PRÁCTICAMENTE BLANCOS.)

IMÁGENES PUNTUALES PERFECTAMENTE CLARAS EN TODOS LOS ÁNGULOS DE VISIÓN. FILTRAN LA LUZ, ABSORBIENDO LOS RAYOS ACTÍNICOS.

EN VENTA EN TODOS LOS ÓPTICOS.

ANALISIS

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

Laboratorio del Dr. E. ORTEGA

Sucesor del Dr. CALDERON

Carretas. 14.-Madrid

FUNDADO EN 1866

Adquiera usted la colección de Monografías editadas por EL SIGLO MÉDICO ♦♦

FORTUNA y FELISA

Exdependientas de Doña Pepita

Compra y venta de libros.

Especialidad en obras de texto.

BACHILLERES, DERECHO.

MEJICINA, FARMACIA, etc.

Calle del Carmen, 31-Sucursal de Reyes, 27

Teléfono núm. 27945

«LA ESTUDIANTEL»

TRATAMIENTO EFICAZ

REUMATISMO

YODOVISAL

Salicilato sosa
YODURO potasa

ESQUIZOFRENIA

MANGAN - ARSENILO

Cacodilato de manganeso-Cacodilato de sosa

Muestras y literatura:

D. FENOLLOSA

PAZ, 26

VALENCIA



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)

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 estricnina.

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

Mulasán

(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 É N D E Z”

NEUMO

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

GONO

Blenorragia. Metritis. Pelvipertonitis. Artritis
Orquitis. Cistitis. Prostatitis.

ECZEMA

Curativo del Eczema agudo y crónico.

ESTAFILO

ANTIPIOGENO.—Anginas. Aené. 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.