

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

núm. 4.306.—Tomo 97

AÑO OCHENTA Y TRES

20 Junio 1936



¡Nuevo! Octínium

$C_8 \ H_{15} \cdot NH \cdot CH_3$

Antiespasmódico bien tolerado.

Indicaciones:

Estados espasmódicos de la región alta del sistema gastro-intestinal; úlceras del estómago y del duodeno; espasmos consecutivos a operaciones previamente practicadas en el estómago o en el intestino; gastralgias por hiperacidez (para reemplazar el tratamiento con los alcalinos); espasmos de las vías biliares, renales y de la vejiga; constipación espasmódica; dismenorrea espasmódica.

Envases originales: **Tabletas** de 0,15 g (de bitartrato de Octínium), tubos de 10 tabletas. **Líquido** (de clorhidrato de Octínium al 10 %), frascos de 10 g. **Ampollas** de 1,1 c.c. (1 c.c. contiene 0,10 g de clorhidrato de Octínium), cajas de 5 amp.

Dosis: **Tabletas y líquido:** 1 tableta ó 15 a 20 gotas, 3 veces al día; **ampollas:** por vía subcutánea 2 ó 3 veces al día $\frac{1}{2}$ -1 ampolla, por vía intramuscular o intravenosa 2 ó 3 veces al día $\frac{1}{2}$ ampolla. En caso de necesidad, las dosis correspondientes a la vía oral pueden ser dobladas.



KNOLL A.-G., Ludwigshafen del Rhin (Alemania)

Fábricas de Productos Químicos.

GUIPSINE

REGULADOR DEL TRABAJO DEL
CORAZON

FREINOSPASMYL

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

Al exterior se usa el subnitrato de bismuto en insuflaciones en el coriza y en el ocena, en la uretritis crónica, en el sudor fétido de los pies, en los apósitos de las escoriaciones, especialmente en los niños, solo o asociado al talco, al ácido bórico o al almidón, en pomada con vaselina para tratamiento del eczema crónico y del impétigo y en forma de las pastas de Beck para tratamiento de los trayectos fistulosos y cavidades tuberculosas.

Por prudencia, no se recetarán dosis altas a los niños, sobre todo a los de pecho, y se evitará este medicamento en aquellos enfermos que padezcan estrechez intestinal.

Sellos:

Subnitrato de bismuto	20 centig.
Benzonaftol	} aa 30 —
Carbón pulverizado	

Para un sello. Para tomar 6 a 12 al día. Indicaciones: diarrea, fermentaciones intestinales.

Subnitrato de bismuto	8 gr.
Extracto tebaico	6 centig.

M. y d. en seis sellos. Para tomar uno cada tres horas. Indicación: diarrea.

Glicerolado:

Subnitrato de bismuto	} aa 4 a 6 gr.
Oxido de cinc	
Glicerolado de almidón	

M. Para aplicarlo en las grietas.

Subnitrato de bismuto	10 gr.
Agua destilada	200 —
Goma tragacanto	C. s. p. emulsionar.

M. Para poner una inyección por la mañana y otra por la noche, que deben retenerse lo menos cinco minutos. Indicación: uretritis crónica. Esta misma fórmula puede aplicarse en enema en la enterocolitis mucomembranosa.

de sopa (según la edad) cada dos horas. Indicaciones: gripe, anginas, bronquitis agudas.

Papeles:

Acido benzoico	15 centig.
Alcanfor en polvo	3 —

En un papel. Háganse 12 iguales. Para tomar en un vaso de leche cada tres horas. Indicaciones: bronconeumonía con hiperemia muy intensa.

Pulverización:

Acido bórico	4 gr.
Benzoato de sosa	8 —
Glicerina	50 —
Agua hervida	C. s. para ½ litro.

D. Para pulverizar dos cucharadas de las de sopa de esta solución, empleándola muy caliente dos a cuatro veces al día. Indicación: laringitis.

Jarabe compuesto:

Benzoato de sosa	10 gr.
Jarabe de tolú	} aa 100 cc.
Jarabe de yema de pino	
Jarabe de erysimum compuesto	

Cada cucharada de las de sopa contiene 50 centigramos de benzoato. Para tomar de cuatro a ocho cucharadas de las de sopa al día en una taza de infusión muy caliente de flores pectorales. Indicaciones: gripe aguda, laringotraqueitis, bronquitis, amigdalitis.

Solución:

Benzoato de sosa	10 gr.
Agua de azahar	50 cc.
Agua destilada	250 —

D. Para tomar de cuatro a seis cucharadas al día. Indicación: pirexias.

Benzoato de naftol.—Se conoce también con el nombre de *benzonaftol*. Es un polvo finamente cristalino, blanco, inodoro, de sabor algo picante, casi insoluble en agua, poco soluble en el alcohol y soluble en cuatro partes de cloroformo.

Una vez ingerido, se descompone en el intestino en naftol, que continúa por el tubo digestivo, y ácido benzoico, que se absorbe para eliminarse por el riñón.

Obra el benzonaftol como buen desinfectante intestinal y urinario, pero no es desinfectante estomacal.

No se conocen casos de intoxicación por este cuerpo en la especie humana.

Se receta en dosis de uno a cuatro gramos diarios en tomas de 25 a 50 centigramos. Se suele administrar en sellos, pero también puede darse en poción.

Sellos:

Benzonaftol	} aa 40 centig.
Benzoato de bismuto	

Para un sello. Para tomar de uno a cuatro en cada comida. Indicación: dispepsia con diarrea.

Benzonaftol	} aa 25 centig.
Salol o benzoato sódico	

Para un sello. Para tomar de cuatro a seis al día y para conseguir la natisepsia de las vías urinarias, uno cada dos horas, con una taza de leche. Indicaciones: enfermedad de Brighth con fenómenos tóxicos, pielitis y pielonefritis agudas y supuradas. Cuando la permeabilidad renal sea defectuosa se suprimirá el salol.

Poción:

Benzonaftol	} aa 1 gr.
Salicilato de bismuto	
Jarabe de ratanis	40 cc.
Agua destilada de lechuga	60 —

Agítese. Para tomar una cucharada de las de postre cada dos horas o cada hora. Indicación: diarrea.

Polvo dentífrico:

Benzonaftol	10 gr.
Piedra pómez finamente pulv.	} aa 15 —
Carbonato de cal	
Carbonato de magnesia	20 —
Esencia de menta	XX gotas.

Mézclese íntimamente.

obtener radiografías o de practicar radioscopias se ingieren cantidades de 50 a 100 gramos. Para evitar esta intoxicación se ha echado mano del carbonato de bismuto; pero tiene el inconveniente de que al combinarse el ácido clorhídrico, así como el subnitrato forma oxiclورو de bismuto que es insoluble, el carbonato engendra en parte oxiclورو y en parte clورو, que es soluble y absorbible, dando por ello lugar a la intoxicación bismútica. Por otra parte, es algo más desagradable de tomar. El óxido de bismuto es muy desagradable y el hidrato de óxido de bismuto muy caro. El mejor procedimiento de evitar la intoxicación por los nitritos es el aconsejado por Lion, o sea lavar en agua hirviendo repetidas veces el subnitrato, hasta que el agua del lavado sea de reacción neutra. Entonces tenemos un subnitrato de bismuto neutro, cuya acción terapéutica es más lenta, pero no hay peligro de intoxicación. Sin embargo, con las dosis corrientes no hay peligro de intoxicación, y para evitarla en las dosis altas se sustituye el subnitrato de bismuto por el sulfato de bario.

Se emplea el bismuto en la diarrea, haya o no ulceraciones intestinales, y da buen resultado, incluso en la diarrea del cólera y de la disentería. Donde tiene el subnitrato de bismuto su principal aplicación es en las lesiones gástricas. Los dolores gástricos, tanto en los hiper como en los hipoclorhídricos, así como en los que padecen gastrosucorrea y epiteloma, ceden a este medicamento, con el cual, en cambio, no experimentan mejoría alguna los que padecen crisis gástricas de origen tabético y aquellos cuyo dolor procede de espasmo pilórico. También calma el pirosis. La acción del medicamento es algo compleja. Obra como protector de la mucosa y de las lesiones de la misma: como antiséptico, antifermentescible, excitante de la producción de moco moderador de la hiperclorhidria y neutralizador del ácido clorhídrico por formar con él oxiclورو de bismuto.



COMPOSICIÓN: Citrato de bismuto soluble, 30 centigramos; Extracto de quina, 5 centigramos, y Alcalinos, para cada cucharada grande.

DILUIDA una pequeña cantidad del producto en igual porción de agua, y añadidas unas gotas de solución diluida de ácido clorhídrico, se forma un precipitado coloidal de sales bismúticas.

ESTA es una reacción análoga a la que se produce en el estómago, al ponerse en contacto el medicamento con el jugo gástrico, quedando tapizada la mucosa por este precipitado coloidal de bismuto, con una homogeneidad imposible de conseguir con el uso de medicamentos sólidos (tabletas, polvos, etcétera), aún empleados a grandes dosis.

A esta razón fundamental se debe la eficacia del ELIXIR ESTOMACAL SÁIZ DE CARLOS y la confianza que inspira a los médicos del mundo entero desde hace más de medio siglo.

INDICADO en los casos de HIPERCLORHIDRIA, ÚLCERA Y DILATACIÓN DE ESTÓMAGO y DIARREAS o CATARROS INTESTINALES.



166

Otros preparados SÁIZ DE CARLOS:

NEURANÉMICO SÁIZ DE CARLOS

COMPOSICIÓN: Yoduro ferroso puro, Hipofosfito de sodio, Hipofosfito de cal, Nucleol, Quinina y Tintura de nuez vómica, en forma de jarabe.

INDICACIONES: Anemia, Neurastenia, Histerismo, Raquitismo, Pérdidas fosfáticas y Menstruación difícil.

PURGATINA SÁIZ DE CARLOS

COMPOSICIÓN: Aloes, Ruibarbo y Podofilino, en forma de comprimidos.

INDICACIONES: Estreñimiento, estados biliosos.

REUMATOL SÁIZ DE CARLOS

COMPOSICIÓN: Piperazina, Urotropina, Yoduro potásico, Carbonato de litina y Bicarbonato de sosa en comprimidos.

INDICACIONES: Reumatismo agudo y crónico, muscular y articular; Gota, Arteriosclerosis, Retención de orina.

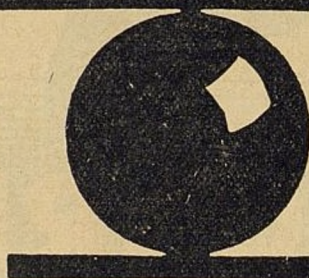
PIDAN MUESTRAS A **LABORATORIOS SÁIZ DE CARLOS**, SERRANO, 28.-MADRID

Ayuntamiento de Madrid

ATLA
BOLOGNA

ANTISPASMINA COLICA

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



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

EJERCEN SU ACCIÓN EN EL MISMO SITIO DEL ESPASMO

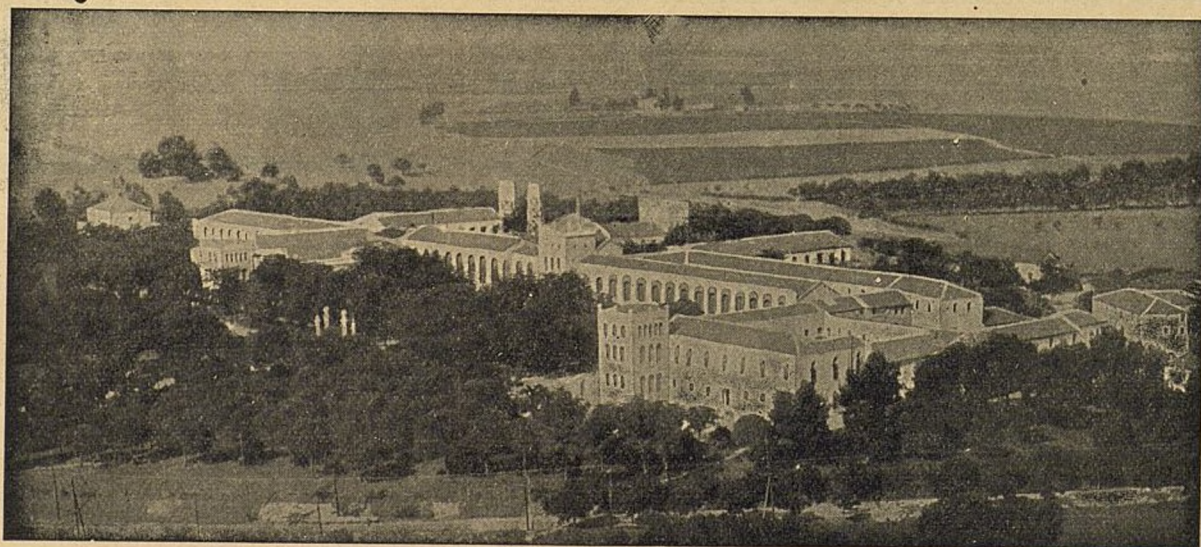
LAB. FARMACOLÓGICO REGGIANO - Correggio (Italia)

Cada pildora contiene
Papaverino 1 cigr
Estr. Belladonna 2 »
- Valeriana 2 »

De 3-6 Pildoras
queratinizadas
al día



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



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

Ayuntamiento de Madrid

TERTULIA MEDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

AMENIDADES

20-VI-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.

La bioquímica de la agresión⁽¹⁾

POR

D. OBDULIO FERNANDEZ

Decano de la Facultad de Farmacia

Hace quince años, a raíz de la publicación del libro del Mayor Fries, y posteriormente del de Vedder "The Medical aspects of Chemical Warfare", me sentí compelido a difundir las ideas de los militares norteamericanos pensando que la guerra química era la más humanitaria, porque elimina rápidamente gran número de combatientes y decide la victoria, más que por el estrago, por lo espectacular y por la pérdida de la moral del ejército agredido.

Después de esta fecha, los Estados Mayores de los ejércitos de países predominantes, como consecuencia de la guerra, no han cesado de estudiar en la pesquisa de gases, cada vez más destructores, y ya que en este terreno la guerra química no puede tener defensores tan entusiastas, porque los

Fábrica especializada en Productos Dietéticos y de Régimen Vegetariano

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

efectos de los gases van más allá de ser desmoralizadores y aparatosos.

Flury se pregunta: ¿los gases de guerra producen enfermedades? El tipo de envenenamientos ocasionados ¿puede considerarse una enfermedad? Esta es una pregunta que afecta no sólo a la guerra, sino a las industrias, porque de hechos tristes deben deducirse consecuencias útiles para la vida del obrero de la fábrica. Envidentemente, en la guerra no se trata de producir enfermedades, sino alteraciones pasajeras que causan súbitamente muchas bajas, pero no siempre se conducen el lanzamiento y el ataque de modo conveniente, puesto que algunos gases causan estados patológicos permanentes y originan lesiones que degeneran en enfermedades crónicas.

(1) Conferencia inaugural del curso de Química toxicológica aplicada a la guerra.

Diarreas estivales ELDOFORMO

»Bayer«

En gran parte, esto depende de la masa gaseosa que se pone en contacto con el individuo y de la resistencia específica, porque no sólo se ha observado una resistencia mayor en los negros que en los blancos, sino que subsiste en menor grado entre morenos y rubios, por lo tanto, es un problema no resuelto, tanto por las dificultades de interpretación como por las inherentes a este tipo de envenenamiento, en particular los de acción sobre la piel y los productores de asma.

En la industria se ha comprobado que muchos gases provocan estados patológicos con apariencia de salud; el individuo puede vivir de modo algo precario, pero sometido siempre a limitaciones poco gratas.

Los gases causantes de mayores daños son los inodoros o poco olorosos, sobre todo tratándose de obreros, para quienes pasan inadvertidas las primeras molestias; recuérdese a este propósito las precauciones que se adoptan en los laboratorios cuando se trabaja con sulfato de metilo o con diazometano en las metilaciones o con fosgeno.

El tránsito de molestia a enfermedad permanente depende en gran parte de la concentración de los gases o vapores respirados; la concentración casi siempre da como resultante la nocividad o la no nocividad.

No es fácil estudiar en conjunto las propiedades farmacológicas de los gases de combate, porque son numerosos y de muy diversa acción. Se han hecho ensayos con 3.000 especies químicas; durante la guerra mundial se utilizaron 54, de las cuales sólo se dice de ocho que prestaron buenos servicios a los beligerantes.

Los gases, los líquidos o los sólidos convertidos en coloides finísimos, con el aire causan efectos tardíos o inmediatos, según la concentración en que

actúan y el tiempo que se hallan en contacto con las personas atacadas; pero no guardan relación con la estructura química, antes bien, dependen del tiempo de contacto, de la concentración, de la resistencia individual y del cociente de reparto entre agua y lipoides.

Los efectos inmediatos son de irritación sobre los nervios sensitivos, acción sobre el pulmón y sobre la sangre. Es evidente que la acción pulmonar es la más peligrosa, porque acarrea consecuencias diversas, el edema entre otras, motivado por causas distintas, el cual lleva aparejado el aumento de viscosidad de la sangre por trasvasarse el agua metahemoglobinización y, a veces, hematización de la oxihemoglobina, como resultante de la actividad de los ácidos engendrados en la hidrólisis de algunos tóxicos. Este conjunto de actos físicos y químicos se traduce en la dificultad de los actos respiratorios oxidantes en todo el organismo, en la asfixia, en una pala-

CALGINHEMOL ALCUBERRO

Poderoso antianémico

ALCALA, 88. — MADRID

bra, con la particularidad inherente a la atención de los mecanismos típicamente oxidantes, de disminuir la capacidad de resistencia para los microbios, y especialmente para los piógenos.

Complicase este cuadro en el caso de los gases generadores de ácido clorhídrico o de bromhídrico con la colaboración funesta de estos agentes que modifican el medio químico de las reacciones intraorgánicas, y si la cantidad es grande, hasta produciendo necrosis en las células, sensibles al cambio de un pH que tiende a la alcalinidad, a uno fuertemente ácido.

Es natural que el organismo movilice todos sus recursos para compensar los efectos nocivos de los gases; pero, a más de ser insuficientes, el gas puede atacar a dos glándulas importantes para el metabolismo: las suprarrenales y el tiroides; las perturbacio-

FIMONAL



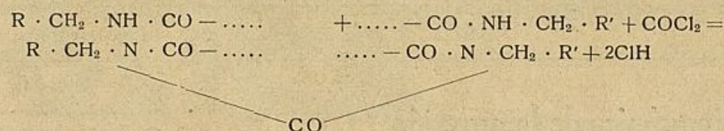
VIAS RESPIRATORIAS

nes circulatorias y la astenia son la expresión de la incapacidad secretora de las primeras; del tiroides sólo se sabe que funciona primero exageradamente y después se producen alteraciones profundas. La acción farmacológica precedente es propia del fosgeno, del difosgeno, y aún de la cloropirina, que no son propiamente venenos.

Los efectos químicos más perceptibles se hallan en la sangre, traducidos en alteraciones morfológicas, físicoquímicas y químicas, y en las glándulas suprarrenales, en las que se ob-

nar. Quizá así se disminuye la amplitud respiratoria, y, por tanto, el aflujo de gas. En sustitución de la vagotomía, podría ser útil la parálisis del vago por la atropina, pero esto no lleva a la finalidad que se busca.

El fosgeno parece actuar inutilizan-



La intoxicación en su aspecto general es la indicada, porque siempre se discute como tipo de envenenamiento por gas de guerra.

El segundo tipo de envenenamiento es el producido por la "cloropirina" nitrocloroformo C (NO₂) Cl₃. De este elemento agresivo no se puede tratar más que en lo referente a experiencias de laboratorio, porque se ha usado poco aisladamente, casi siempre va en mezclas con cloroformato de triclorometilo y con cloruro estannico. La característica de su toxicidad es parecida a la del fosgeno, pero acentuando el carácter de lacrimógeno. Causa edema pulmonar con más presteza que el fosgeno, porque se absorbe con más facilidad.

Como gas de combate llena su objeto, por quedar mucho tiempo sobre

do las células, por combinarse con los albuminoides para formar una amida, como clásicamente se admite en química, con lo cual la célula queda en absoluto privada de vida, por estabilización de sus componentes albuminoides.

yo motivo es un lacrimógeno de acción bastante persistente.

Antiséptico Glorógeno Lumen

Muestras gratis.

Centro Farmacéutico Jienense.

Apartado 22.—Jaén.

serva pérdida de lipoides y degeneración y necrosis celular; también hay disminución de la reacción cromafin de las células de parte medular. La cantidad de adrenalina varía con el gas; unos la aumentan, como el fosgeno; otros la disminuyen: la iperita, y con otros oscila hasta volverla normal: la difenilcloroarsina, por ejemplo.

Este hecho importante tiene gran valor para el tratamiento, porque unos dicen que la medicación adrenalínica da excelentes resultados, y otros lo niegan, y la discordancia depende del gas causante de la molestia.

Pueden distinguirse tres tipos fundamentales de acción: 1.^a Tipo fosgeno, desdoblable por el agua, en la que la acción tóxica domina sobre la irritante. 2.^a Tipo cloropirina, irritante y no desdoblable por agua. 3.^a Tipo iperita (sulfuro de dicloroetilo) lentamente descomponible por el agua. Tóxico celular.

El tipo de intoxicación que se expone como más didáctica es la del "fosgeno"; la inhalación de este gas no produce reflejos de defensa, tales como el cierre de la glotis, por ejemplo, que dificulta la absorción, como ocurre al cloro, y por esta razón el fosgeno penetra fácilmente hasta el pulmón, y, por la misma causa, los atacados que se mueven, y, como consecuencia, dificultan la amplitud de los actos respiratorios, ofrecen síntomas de grave-

BARACHOL

Cura Eczemas, Erupciones y Enfermedades Rebeldes de la Piel.

dad más exagerados. Por ello no se debe nunca hacer respiración artificial con enfermos atacados por fosgeno.

En la intoxicación por fosgeno parece que tiene influencia el vago, porque si se le extripa a un gato no se nota la formación de edema pulmo-



el terreno en forma gaseosa, cuando es un líquido que hierve por encima de 100°. Además, es de síntesis fácil y de producción barata.

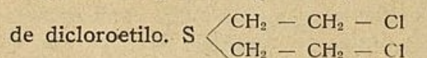
Caracterízase como gas oxidante, porque convierte el yoduro potásico en yodato, el mercaptan etílico en bisulfuro y la oxihemoglobina en meta-oxihemoglobina, acciones todas lentas y aún más la biológica, de suerte que este punto de vista no es trascendental para el estudio de la acción biológica, tanto más cuanto se sabe por trabajos de laboratorio, que inhalada la cloropirina, en dosis no crecidas, se atenúa el metabolismo.

Aquel derivado nitrado ejerce modificaciones profundas sobre la sangre; además de la metahemoglobinización produce hemolisis y activa la coagulación del líquido sanguíneo. Une a estas cualidades la irritante local, especialmente sobre la córnea, aun en débiles concentraciones (menos de un decigramo por metro cúbico de aire, en un lapso de tiempo oscilante entre tres y treinta segundos), por cu-

JARABE ALMERA

A BASE DE FOSFATO DE CAL GELATINOSO, EL MAS ASIMILABLE

El tercer tipo de envenenamiento es el producido por la "iperita" (sulfuro



substancia lentamente descomponible por el agua y de efectos tardíos. Constituye un tipo especial de acción llamada por Heubner de "patobiosis", oscilante entre lo reversible y lo irreversible, tomando como ejemplo el proceso de la narcosis en el primer sentido y el de la quemadura en el segundo. Posee gran cociente de reparto, a cuya circunstancia se atribuye su difusión rápida en el organismo.

Es un veneno celular directo, causante de necrosis de curación difícil, porque todo medio necrotizado es favorable a la vida de las bacterias. Como además provoca la parálisis de los capilares, se dificulta la circulación local, haciéndose así inermes las fuerzas naturales de defensa biológica.

La actividad química de la iperita es peculiar a toda la molécula, no al ácido clorhídrico resultante de su hidrólisis, ni al thiodiglicol, que es inerte; ni tampoco al sulfóxido teóricamente posible o al supuesto vinilo, formados en acto oxidante: es un caso análogo al de la estricnina, cuya actividad no es atribuible a ningún grupo químico ni a los verosímiles que podrían formarse sobre los existentes en la molécula. Téngase presente que en experiencias en animales a los que se in-

IODARSOLO

Primer producto de yodo y arsénico BALDACCI-PISA

yecta iperina, el 44 por 100 de sustancia se recupera extrayéndola de la orina. Por eso ofrece cierta probabilidad la idea expuesta por Allen acerca de la posible síntesis con los compuestos albuminoides de sustancias estables que acaso posean esta estructura.

(Continúa en la página XVIII.)

EN LA TUBERCULOSIS

LABORATORIOS
ABELLO



Vinaroz 5
MADRID

Crosanil
Tiosulfato doble de
Oro y Sodio

HAPTINOGENOS

“M E N D E Z”

NEUMO

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

GONO

Blenorragia. Metritis. Pelvipерitonitis. Artritis.
Orquitis. Cistitis. Prostatitis.

ECZEMA

Curativo del Eczema agudo y crónico.

ESTAFILO

ANTIPIOGÉNO.—Anginas. Acné. Forunculosis.
Anthrax. 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.

GASTRITIS DOLOROSAS
HYPERCLORHIDRIA
ULCERAS

KAOLINASE
KAOLIN PURIFICADO EN POLVO FINO MUY ADHESIVO

CURACIÓN GÁSTRICA

LABORATORIO
— TIÓ —
Torrente de las Flores, 73
BARCELONA



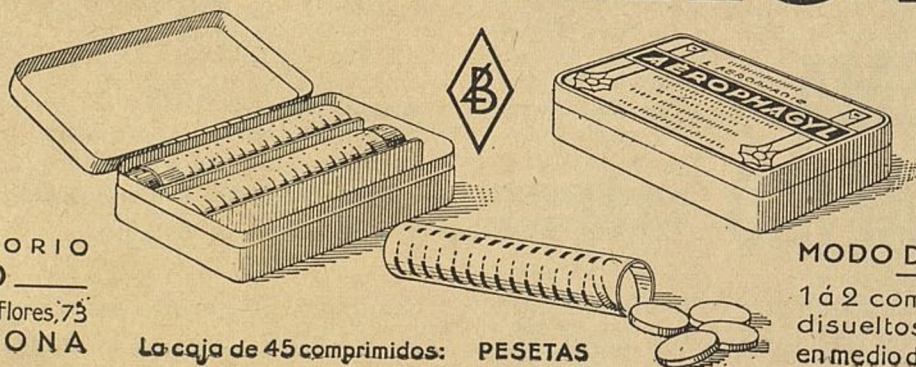
La caja de
20 dosis
de 10 gramos
6 PESETAS



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

INSOMNIOS
TRASTORNOS CARDÍACOS
TRASTORNOS NERVIOSOS
TRASTORNOS PULMONARES

AÉROPHAGYL



LABORATORIO
— TIÓ —
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. 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

Cende de Gimeno. Presidente de la Academia Nacional de Medicina

VOCALES

Dr. MARIANO ACEÑA 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 Antivénereos 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 Si-filiografía.
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 Antituberculosas 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 VILLAVEVERDE Psiquiatra del Hospital del Buen Suceso. Neuropsiquiatra de la Beneficencia Provincial de Madrid.
	Dr. MANUEL-MARIN AMAT Jefe del servicio de Oftalmología de la Beneficencia provincial de Madrid. Académico C. de la Nacional de Medicina.		

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

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

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

PRECIOS DE SUSCRIPCION

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

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

Ayuntamiento de Madrid

EL SIGLO MEDICO

Tomo 97

©

Sábado 20 de Junio de 1936

©

Núm. 4306

PROGRAMA CIENTÍFICO

LEMA: PROGRESSI SUMUS, PROGREDIMUS, PROGREDIEMUR

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

SUMARIO.—SECCIÓN CIENTÍFICA: La terapéutica quirúrgica de las supuraciones pleurales, por el Dr. José Blanc Fortacin.—Brucelosis y tuberculosis, conclusión, por el Dr. Ramón García Cerviño.—Problemas actuales de la tuberculosis renal, por los Dres. Alfonso y Emilio de la Peña.—BIBLIOGRAFÍAS.—PERIÓDICOS MÉDICOS.

La terapéutica quirúrgica de las supuraciones pleurales

POR EL

Dr. JOSE BLANC FORTACIN

Del Hospital de la Beneficencia general

Revisando estadísticas operatorias propias y ajenas de intervenciones por supuraciones de pleura, se obtienen cifras medias de mortalidad como las siguientes: primero, supuraciones pleurales por heridas penetrantes de pecho, 1 y 2 por 100; segundo, subsiguientes a procesos pulmonares de varios órdenes, 7 a 8 por 100; tercero, septicemias, 65 por 100. De donde se deduce que la supuración de la pleura no constituye un proceso de gravedad extraordinaria si esa supuración está a ella circunscrita. Y que la gravedad aumenta en la medida del proceso del cual es ella su derivado o localización.

Es hora, pues, de que, al decir pleuresía purulenta, pensemos en la verdadera significación de esa entidad y que busquemos, cuando el caso se presente a nuestra intervención y tratamiento la razón o motivo de que aquella pleuresía haya ocurrido, y también de lo que en organismo está ocurriendo además de la pleuresía.

Dejando aparte las supuraciones pleurales de origen traumático local, subsiguientes, por ejemplo, a un hemotórax infectado o a una herida de pulmón con neumotórax y derrame pleural con infección, para las cuales la filiación patógena es fácil, los demás son procesos complejos; unas veces poco complejos, como los abscesos corticales vaciados en una pleura tabicada; otros, procesos más graves y complicados, como las supuraciones pulmonares con una zona pioesclerosa que, avanzando hasta la pleura, hace a ésta solidaria del proceso pulmonar, y otras, en fin, la pleura es una localización piohémica de una infección hematógena que, evolucionando con pocos síntomas en otros órganos, da en la pleura un aparato sintomático predominante, enmascarando la patología de otros órganos infectados, por lo mismo que la sintomatología pleural es más accesible a la observación y exploración que la de otros más difíciles de explorar y con manifestaciones menos subjetivas, y, por tanto, más silenciosas a la orientación diagnóstica.

Aun siendo esta gradación anatómica y fisiopatológica fundamental para establecer la significación de los procesos pleurales en punto a importancia y gravedad, todavía falta un elemento de valoración para poder en cada caso establecer con fundamento la nota pronóstica y

la oportunidad de la intervención. Y es la manera cómo el organismo reacciona ante la infección, el grado de inmunidad y la modalidad de la misma ante los gérmenes.

Casi pudiéramos decir que la clave de la oportunidad operatoria y del éxito de la misma en esta clase de procesos es ésta, y que ese estado nos explica errores de pronóstico en casos que después de operados dieron resultados completamente opuestos a los que eran de esperar, dada la modalidad de los mismos. Veamos dos ejemplos:

Es el primero un enfermo de sesenta y ocho años, con tendencias catarrales, pero sin lesiones avanzadas broncopulmonares. Radiográficamente se apreciaron en él hace poco tiempo pequeñas bronquiectasias diseminadas, ligera dilatación aórtica y escasísimas sombras mediastínicas. Un día siente un dolor de costado, que se alivia con recursos ligeros y que le permite realizar un viaje. A los pocos días de estancia en la nueva localidad el dolor repite, la fiebre se eleva y se presentan signos auscultatorios de neumonía. Sigue el proceso sin remitir ni dar fenómenos críticos, y el examen radiográfico, a los dieciocho días, revela un derrame. La punción del mismo da pus fétido y de color oscuro, con la siguiente flora: *vibrión séptico, tetrágono, estreptococo hemolítico*; es, pues, un absceso pútrido pleuropulmonar; la pleuresía se ha fraguado por abertura del foco pulmonar en una pleura que desde el primer momento reaccionó en forma exudativa; desagüe pleural al cabo de veinte días del comienzo de los accidentes, previa inyección de grandes dosis de suero antigangrenoso. Curación del enfermo a los tres meses.

El segundo caso es el de un niño de un año, con pleuresía purulenta metaneumónica. Gran derrame. Pus amarillo, con la siguiente fórmula bacteriana: *neumococo*; escasos *estreptococos*. Pleurotomía con resección de una costilla; adinamia, fiebre alta, signos meníngeos. Muerte a los tres días.

No cabe más disparidad en cuanto a naturaleza etiológica. Septicidad extrema en el primero; monomicrobismo en el segundo. La nota pronóstica era en el prime-

Sistomensina

"Ciba"

Hormona ovárica liposoluble
(Luteolipoide)
que regulariza los fenómenos
del ciclo menstrual.

Dismenorrea funcional,
metrorragias,
hemorragias de la
pubertad y menopausia,
reglas profusas y anor-
malmente prolongadas

Muestras y literatura:

**CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA
DE PRODUCTOS QUÍMICOS**

Barcelona
Aragón, 285



Madrid
M. 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

ro inmensamente más sombría que en el otro. A acentuarla contribuirá también el hecho de ser una persona sexagenaria. Y, sin embargo, la evacuación del pus es de una acción rápida decisiva, transformando en horas el estado gravísimo del enfermo en el caso de absceso pútrido; y esa misma evacuación, realizada en las mismas condiciones con menor traumatismo operatorio que en el primero, transforma también el proceso, que parece limitado, a juzgar por el estado poco inquietante del enfermo, en otro proceso general gravísimo, transformación operada rápidamente en sentido desfavorable, con una rapidez tal, que no puede uno dudar del determinismo operatorio.

No cabe dudar en la explicación; las defensas del primer caso eran exaltadas quizás porque una serie de ataques sucesivos broncopulmonares habían logrado atenuar la virulencia de gérmenes de una malignidad tan brutal como los descritos, haciéndolos casi saprofitos, en una dilatación bronquial cuya difusión en área peribronquial originó el absceso pútrido descrito. En el segundo caso, un niño es organismo virgen para el neumococo; la colección purulenta, extensísima, es expresión de su acción virulenta. Cuando se plantea la intervención, dado el estado general del enfermo, aquélla parece extinguida; vamos a liberar el pulmón de una *compresión que le suprime como órgano*, y a descartar del organismo un líquido que, siendo rico en albúminas y proteínas extrañas, produce alteraciones humorales perjudiciales y perturba con ellas el proceso útil de inmunización *total, completa o parcial e imperfecta que la enfermedad ha creado*. Eso creemos. Pero los hechos nos dicen que hemos obtenido todo lo contrario.

En realidad, éste es el punto básico del fracaso en esta intervención. Porque al realizarla, en lugar de favorecer, hemos perturbado el proceso de inmunización natural que el organismo estaba realizando. Lo prueba el hecho de que, tras de dicha intervención, el proceso, clínicamente al menos, limitado a pleura, se ha convertido en otro general septicémico.

Si la realidad está comprobada, la explicación no está tan clara. Se dice que la indicación precoz de una evacuación purulenta en abdomen tiene la razón de sus éxitos en el hecho de permitir un ataque directo a la lesión causal, y que, por el contrario, la imposibilidad de actuar sobre dicha lesión causal (de origen pulmonar) resta ventajas y antes bien crea peligros en Cirugía de las supuraciones pleuropulmonares. Pero es que en abdomen obtenemos ventajas muy grandes de una evacuación purulenta, aun sin atacar la lesión causal, en casos en que ése ataque o no sea prudente por razones de estado general del enfermo, o no sea factible en técnica correcta, por dificultades regionales. Los desagües simples de abscesos apendiculares o las colpotomías en procesos anexiales lo dicen.

La diferencia de acción de los desagües en pleura y abdomen no derivan tanto de la supresión del foco inicial como de la extraordinaria facultad o aptitud defensiva del peritoneo; aglutinaciones de órganos, aptitud defensiva especializada en alguno de ellos, como el epiploon; fenómenos naturales de autoinmunización local para algunos gérmenes productores de muchas supuraciones abdominales, como el coli. Por estos y otros me-

canismos aún no bien conocidos, el desagüe abdominal, aun en casos de imposibilidad de extirpación de la lesión inicial surte efecto, porque dicha lesión es rápidamente bloqueada. En cambio, en las supuraciones pleuropulmonares, el bloqueo de la lesión inicial o causal no puede tener lugar siempre, en cuyo caso, al drenar la pleura, estando activa la lesión pulmonar productora de la supuración, no hemos resuelto el problema más que de un modo parcial, y en muchos casos, al efectuar el drenaje, han quedado en plena evolución lesiones pulmonares que la intervención operatoria, lejos de mejorar, ha agravado.

El siguiente caso es bien demostrativo: es un hombre de unos cuarenta años, robusto y bien nutrido, al cual se ha practicado hace tiempo una pleurotomía de desagüe. Queda, después de mucho tiempo, una fístula pleural. La vida activa que exige su profesión es imposibilitada por las frecuentes retenciones purulentas que la oclusión de esa fístula le origina. Cada una de esas oclusiones va seguida de una fiebre eevada, que dura hasta que la abertura espontánea de la fístula evacua una cantidad considerable de pus.

Inyectada una substancia opaca a través de la fístula, da a la radiografía la imagen de un trayecto pleuropulmonar de unos seis a siete centímetros, en dirección ascendente. Es una zona infectada, aunque con infección atenuada, como en tantos trayectos fistulosos de otros órganos y sistemas. La flora bacteriana es predominantemente estafilocócica.

Se practica una resección costal lo suficientemente amplia, que logra un acceso al foco, evitando destruir las zonas periféricas de sínfisis pleural aisladora. Esta intervención es en extremo dificultosa y traumatizante, pues a la cicatriz cutánea se hallan íntimamente adheridos procesos de exóstosis costal de extraordinaria dureza y resistencia; al fin se logra descubrir una zona pleuropulmonar esclerosada y supurante, que es excindida en un tiempo con bisturí eléctrico, hasta lograr exponer un área pulmonar aparentemente sana. Taponamiento de la misma sin sutura de piel. Las consecuencias de esta intervención fueron desastrosas: tras dos días de aparente benignidad del curso postoperatorio, sobrevino un cuadro gravísimo con localizaciones pulmonares diseminadas a ambos lados, un timpanismo abdominal acentuadísimo, fiebres elevadas y cuadro septicémico generalizado, que terminó con el enfermo.

Esta breve nota clínica expresa elocuentemente esa razón de inmunidad incompleta, de estado alérgico, infecciosa, que evoluciona hacia un desencadenamiento tóxico con ocasión de una intervención. Ella en sí hubiera sido de acción eficaz sobre el foco operado; pero es que éste no constituía todo el proceso: otros focos u otros procesos humorales derivados de una inmunización incompleta recibieron de la intervención, no un beneficio, sino un estímulo, y las consecuencias superaron con creces al beneficio obtenido en la zona local operada.

Tenemos un testimonio de la doctrina anteriormente esbozada en los resultados registrados en los casos que llegan a nuestras clínicas hospitalarias. En general, aquellos casos retardados, muchas veces por insuficiencia diagnóstica, en los cuales el derrame purulento es extenso, casi total, a veces con fuerte compresión me-

diastínica, curan tarde, pero curan bien, cuando parecía que todo había de ir mal. Actualmente tenemos dos casos en la clínica: uno, de una mujer demacradísimas, con gran derrame purulento pleural derecho, con fiebre moderada (38 a $38,5^{\circ}$), pero persistente, con gran depauperación funcional digestiva circulatoria, etc.; esta mujer ha curado perfectamente en dos meses con solo una pleurotomía de traumatismo mínimo con resección de un sector de unos cinco centímetros de costilla. Y otro niño, considerado como tuberculoso, con larga historia de fiebres, después de una neumonía, con derrame purulento abundantísimo de neumococo puro, con destrocardia y aspecto cianótico hiposistólico y demacrado, ha experimentado una mejoría extraordinaria con una simple sección de un espacio intercostal sin resección de costilla.

Esa colección retardada en su tratamiento y mantenida a presión dentro de un espacio pleural ha tenido graves inconvenientes: la perturbación de mecánica respiratoria, la retención de productos lísicos celulares y bacterianos, la absorción de productos tóxicos, la amenaza para el otro pulmón, la contingencia de una vómica con todos sus graves riesgos inmediatos y posteriores. Pero ha tenido también a su favor algo que no llamaremos beneficios, sino automáticos mecanismos favorables: una cierta equivalencia con las llamadas curas retardadas, en las cuales se busca el aprovechamiento de sustancias inmunizantes formadas en los focos supurados; ha ejercido el papel de un agente colapsoterápico, comprimiendo el pulmón e inhabilitándolo funcionalmente, pero también bloqueándolo circulatoriamente y cerrando así las vías sanguíneas de diseminación tóxica, y ha esclerosado la capa subpleural, cerrando también las vías linfáticas.

En manera alguna quiere ello significar que considere útil dejar que una supuración pleural evolucione a su antojo, sin intervención hasta los términos extremos que, como base de argumentación, pero no como pauta de tratamiento, hemos descrito. Nada de eso; la supuración debe ser conocida desde sus comienzos, vigilada en su evolución y tratada a su hora y como en cada caso convenga. Precisamente esto último es lo que conviene precisar.

Partamos del principio de que, en la mayoría de los casos, se trata de supuraciones metaneumónicas. Las subsiguientes a procesos piohémicos y septicémicos poco tienen que esperar de una intervención. Pues bien: esas supuraciones metaneumónicas tienen una fase de exaltación virulenta que las hace un tanto similares a los procesos piohémicos; hay en ellas virulencia pulmonar y virulencia humoral; el proceso pleural es un factor del problema, pero no es el problema total. La Cirugía debe esperar, y, a lo más, si el factor mecánico del derrame es extraordinariamente imperioso de atenuar, practíquense punciones de descarga.

El proceso va atenuándose, la supuración pleural va adquiriendo autonomía; vamos camino de aquella inmunización orgánica, que permitirá que se soporte bien la operación, sin que ésta cause perturbación en los procesos naturales de inmunización. ¿Cómo podremos averiguar esto de modo fácil? Comprobando la disminución en el pus de flora bacteriana y, sobre todo, persi-

guiendo con exámenes sucesivos de pus extraído por punciones pequeñas la desaparición de los gérmenes más virulentos. Sobre todo los estreptococos; los derrames de neumococo son más favorables a una intervención.

Aun así, no podemos considerar como fórmula de indemnidad el que sólo exista el neumococo. Sabido es que la acción patógena es distinta, según los tipos de neumococo hasta hoy clasificados; digo hasta hoy, porque la enorme extensión de las epidemias neumocócicas y su asociación frecuente con otros gérmenes han debido crear en la especie neumococo una gran variedad de tipos, a cada una de las cuales corresponda una diversa acción patógena. En nuestro caso segundo, el microbio era predominantemente el neumococo, y, sin embargo, la acción patógena fué tan intensa y mortal como hubiera podido ser la de un germen de extrema virulencia.

Por esta razón es, en mi sentir, absolutamente indispensable identificar bien las características bacterianas del derrame y actuar antes de la intervención seroterápica o vacunoterápica, según se crea más oportuna, dado el estado de resistencias del enfermo y la cuantía del derrame. Es muy posible que en el caso de gangrena pulmonar con pleuresía pútrida no hubiéramos obtenido un resultado tan plenamente satisfactorio sin una activísima medicación sueroterápica antigangrenosa y de suero de Vincent que antes de la intervención aplicamos al enfermo.

De lo dicho puede hacerse el siguiente resumen:

1.º Las supuraciones pleurales tienen una característica distinta, según sea la causa productora. Circunscritas a la pleura, su mortalidad es escasa. Las de origen metaneumónico son procesos pleuropulmonares, y, por tanto, su gravedad es mayor. Las de origen puohémico son extraordinariamente graves.

2.º La verdadera característica patológica para fundamentar un pronóstico, y, sobre todo, un tratamiento, se funda en la situación de inmunidad en que el organismo se encuentra frente a los agentes causales.

3.º La indicación de intervención precoz que en los procesos supurados abdominales suele ser útil, es en los procesos pleurales perjudicial, porque esa operación precoz perturba la evolución de lesiones pulmonares en actividad.

4.º La atenuación de esas lesiones, muchas veces viene favorecida por la persistencia de la colección purulenta, que si bien tiene peligros, sobre todo el de la vómica, en cambio actúa a manera de cura retardada, comprimiendo el pulmón enfermo y acumulando en su ambiente sustancias inmunizantes.

5.º El momento de la intervención pleurotómica no debe establecerse en vista de la cuantía de derrame, que, cuando es perturbadora, por razón de su acción mecánica, de compresión, puede atenuarse con fricciones moderadas en cantidad. La hora operatoria debe elegirse después de exámenes repetidos de fórmulas sanguíneas y de identificación de especies bacterianas, en las cuales se persiga la disminución de gérmenes y la unidad de especie menos violenta.

7.º A las intervenciones pleurotómicas debe preceder una preparación del enfermo, de orden vacunoterápico o sueroterápico.

BRUCELOSIS Y TUBERCULOSIS

Similitud de ciertos síndromes producidos por estas entidades morbosas

POR EL

Dr. RAMON GARCIA CERVIÑO

Capitán Médico de la Armada

Especialista en Tisiocardiología

(Conclusión.)

2.º *Casos de fiebre ondulante con localizaciones en el aparato respiratorio.*—Es de todos sabido que la brucelosis presenta localizaciones, y entre ellas figuran las del aparato respiratorio, completando la semejanza con la tuberculosis. Lustig, Vernoni y Vetú han presentado enfermos pseudotuberculosos en los que el diagnóstico erróneo había sido motivado por estas localizaciones de la melitococia. Entre los casos de Vetú, uno presentaba un cuadro febril, con tos y síntomas de percusión, caracterizados por submatidez en ambos vértices y auscultación, consiste en estertores subcrepitantes; otros tres acusaban signos de catarro difuso; ninguno de ellos presentaba imagen radiológica sospechosa. Graves y Langeron (38) señalan casos con pleuritis fibrinosa, en los que las reacciones complementarias de la tuberculosis resultaron negativas. En Francia, Balmes y Jambon (39) confirman iguales observaciones; no obstante, conviene advertir que algunos diagnósticos son forzados, puesto que se basan solamente en síntomas funcionales, sin ir acompañados de observaciones biológicas y radiológicas detenidas.

Tapia, en los 200 casos de fiebre de Malta asistidos en el Hospital Nacional y diagnosticados por hemocultivo y aglutinación, encuentra 44 con síntomas de aparato respiratorio. Los clasifica en cuatro grupos: primero, los que presentan síntomas banales de una bronquitis común. Realmente, el interés de estos casos es porque, análogamente a la fiebre de Malta, se presentan estos fenómenos bronquiales en la fiebre tifoidea y en otras afecciones. Los autores italianos han estudiado bien estos hechos, y lo mismo los franceses antes citados, y Leon Bernad comunica interesantes ejemplos, distinguiendo una forma de congestión pulmonar y otra de neumonía aguda, que pueden incluirse en el segundo grupo de Tapia, en el que incluye las lesiones bronconeumónicas. En el tercer grupo de este autor se clasifican los que presentan en su evolución uno de los síntomas más alarmantes de la tuberculosis: la hemoptisis (cuatro casos), y en los que, no obstante, carecen de imagen radiográfica. Tapia cree que son producidas por lesiones parenquimatosas determinadas por el Brucela, punto éste que recibe confirmación por los hallazgos de Ajello, anteriormente citados; cuarto, en el que figuran los casos con manifestaciones pleurales.

Advierte Tapia que, a pesar de estos datos, que demuestran que el hecho se da, el porcentaje es muy reducido, y, por lo tanto, ante un caso de este género siempre se debe pensar, primero, en la tuberculosis, y después, si las pruebas realizadas y los síntomas recogidos no satisfacen plenamente el espíritu y queda un margen de duda, en la fiebre de Malta, pero no inversamente, y no dejar debidamente etiquetada una tuberculosis de evolución, quizás fatal.

3.º *Otras formas localizadas.*—Aquí enumeraremos algunas localizaciones de la brucelosis que se presentan con cierta frecuencia, manifestándose por una sintomatología muy parecida a las de las llamadas formas localizadas de la tuberculosis. Nos referimos, en primer lugar, a las localizaciones meníngicas, que, si bien no son muy frecuentes en la brucelosis, por los síntomas que las acompañan, nos podemos fácilmente sentir inclinados a pensar en las meningitis tuberculosas (40). Estas localizaciones han sido descritas hace ya tiempo por Roger, de Marsella (41). Este autor las divide en tres grupos: primero, reacción meníngea discreta, sin síntomas bien preciosos; éstas sólo se descubren por la punción lumbar sistemática, y se caracterizan por pleocitosis, albuminosis e hiperglucorraquia. El segundo grupo está formado con las que son debidas a una reacción meníngea de vecindad. Se presentan cuando se originan en el cerebro o en la medula focos anémicos por espasmos vasculares, en las mielitis y, sobre todo, en las espondilitis; los autores franceses consideran muy ligeras las modificaciones del líquido cefalorraquídeo; no obstante, Tapia sostiene que estas modificaciones son de cierta intensidad, y que las que se refieren a la curva de Lange pueden ser análogas a las que caracterizan a la meningitis tuberculosa. En el grupo tercero incluye Roger las verdaderas meningitis melitocócicas, que son poco frecuentes. El interés de este estudio se comprende teniendo en cuenta que tales manifestaciones meníngicas pueden presentarse en momentos muy distintos: así, Miñani ha descrito casos en los que el síndrome meníngeo se presentó seis o siete meses después de haberse instalado la brucelosis, pero en otras ocasiones la meningitis se inicia con la enfermedad, y entonces la analogía evolutiva con la meningitis tuberculosa es considerable, puesto que éstas también pueden tener origen a partir de un foco inaparente, siendo la primera manifestación que se instala en un individuo hasta entonces de aspecto normal. En estas circunstancias, el diagnóstico se distingue por la evolución, pues mientras en las meningitis melitocócicas es hacia la curación, en las tuberculosas es siempre hacia la muerte.

Tapia tiene recogidos dos casos de meningitis melitocócica entre 200 enfermos. Las dos evolucionaron favorablemente.

Nos falta por señalar otro grupo de localizaciones, tales como las óseas articulares, ganglionares y glandulares. Todas ellas presentan como carácter una evolución mucho más benigna que las mismas localizaciones de origen tuberculoso. Los síndromes articulares afectan corrientemente el tipo artrálgico; no obstante, en algunos casos pueden presentarse artritis verdaderas, como en los animales. Kellery presenta un caso de anquilosis de la rodilla en un enfermo de fiebre de Malta. Bastos, hace cinco años publicó otro caso, en el que, al movilizar la articulación de la cadera, fué aislado el "melitensis" en el líquido sinovial.

Las localizaciones más importantes son las de la columna vertebral, que pueden hacer pensar en el mal de Pott. Tapia y Tello han publicado (42) un detenido estudio sobre estas lesiones, que incluyen en el tipo de las espondilartrosis, resumiéndolas en los siguientes grupos: a), modificaciones de la forma del cuerpo vertebral, que

aparece ensanchado, con acentuación de las extremidades, afectando la forma de diávolo; b), modificaciones de la densidad normal de los cuerpos vertebrales, que muestran manchas de calcificación; c), neoformaciones óseas bajo la forma de picos de loro, osteofitos y puentes intervertebrales.

Además de estos tipos hay que mencionar las espondilitis, que dan lugar a deformaciones y sombras de arefacción, que recuerdan, a veces, las del mal de Pott.

Las lesiones de osteoperiostitis con deformidades, modificaciones de la densidad, dolores y neoformaciones, son las conocidas alteraciones de las espondilartrosis, idénticas a las señaladas por Leri en los soldados de las trincheras con el nombre de lumbartria, y para las que admite un comienzo agudo, que hace suponer un origen infeccioso, en contraposición con el concepto clásico, que solamente relacionaba las espondilartrosis con perturbaciones distróficas.

La evolución de estas lesiones es comúnmente leve, no dejando fenómenos dolorosos ni perturbaciones importantes de la movilidad.

Finalizaremos este capítulo con la reseña de Vedel, que demuestra la participación glandular; se refiere a un enfermo que durante la evolución, por lo demás normal, de una fiebre de Malta, presentó un síndrome adisoniano, que desapareció con la enfermedad. También son muy conocidas, y no necesitan descripción especial, las orquitis que se presentan en la evolución de las brucelosis.

Caquexia melitense.—Aunque no sea más que de paso, mencionaremos las formas prolongadas de la brucelosis, que recientemente han sido objeto de un breve estudio por Jullien (43), en las que el estado general se perturba de tal forma, que se llega al verdadero cuadro de la caquexia o tisis, con adelgazamiento extremo, palidez, astenia y sudores profusos, acompañados de la clásica fiebre hética de los tísicos. Este cuadro de la fiebre ondulante ha dado lugar a la conocida denominación de "tisis mediterránea". No obstante, al explorar un enfermo que ha llegado a este lamentable estado, nos encontramos ante la sorpresa de la negatividad de los síntomas pulmonares. Nuestros antecesores, menos exigentes que nosotros sobre la veracidad de los fenómenos locales, y, por otra parte, desprovistos del auxilio poderoso que nos proporcionan las pruebas radiológicas y de laboratorio, han catalogado dichos enfermos como pertenecientes al cuadro de la "tisis sin materia".

D. Relaciones de causa a efecto. En este último apartado haremos algunas consideraciones sobre la influencia recíproca de las dos enfermedades.

El aspecto del problema que se refiere a la reactivación de la tuberculosis en los países mediterráneos, y sobre todo en España, ha sido tratado por Tapia. De la observación de varios casos concluye que no se desprende influencia desfavorable de la brucelosis sobre la tuberculosis. Muestra un caso con lesiones cavitarias, que se curó después de haber padecido fiebre de Malta, y otros dos con lesiones infiltrativas, que no empeoraron durante el curso de la enfermedad.

León Bernard presenta casos análogos a los de Tapia, en los que la fiebre ondulante no ha hecho brotar una tuberculosis conocida, pero de marcha latente. Este

autor diferencia dos circunstancias: 1.ª, cuando la tuberculosis aparece secundariamente en un enfermo de brucelosis, y 2.ª, cuando en el curso de la tuberculosis el paciente contrae la fiebre ondulante. Esta distinción no siempre es posible, y, por lo tanto, no es fácil sentar afirmaciones sobre esta cuestión, porque muy pocas veces no es dado establecer el orden de prioridad. Así, en los casos referidos por Franchini, y lo mismo en los de Maggesi, en los que se encuentran aglutinaciones valorables para el "B. Melitensis" y hemocultivos positivos para el mismo germen, al lado del bacilo de Koch en el esputo, o de lesiones tuberculosas comprobadas en la sección, no se precisa cuál es el estado de los pacientes antes de haber sido infectados de fiebre ondulante.

Otros autores, como Salan, Gorolenco, Roger, Martelli (44), Janbon y Balmes, etc., se inclinan decididamente por la afirmación de que la tuberculosis es agravada cuando se complica con melitococcia, evolucionando rápidamente hacia una forma ulcerosa que conduce muy pronto a la muerte o bien hacia formas de diseminación hematogena con localizaciones meníngicas, mal de Pott, abscesos fríos, etc., que demuestran una caída del estado inmunitario.

Jullien (45) llega a sentar la atrevida conclusión de que una tuberculosis pulmonar rápidamente evolutiva, caquectizante y ulcerosa, se basa, en un 5 por 100 de los casos, en una brucelosis de apariencia banal. Igualmente admite este autor que las formas clínicas de reumatismo melitense se deben a una asociación tuberculosa. Nalli comparte la misma opinión, y sostiene que las formas rebeldes de la fiebre de Malta se deben a la infección combinada de esta enfermedad con la tuberculosis.

Por el contrario, Hayat y Masselot, se muestran opuestos a este criterio; según ellos, la asociación entre ambas enfermedades es rara, y cuando se da, cada una evoluciona con absoluta independencia, sin influir para nada en el curso de la otra.

Del examen de estos datos tan contradictorios, no es fácil hacer deducciones concretas, puesto que si nos empeñamos en encontrar explicaciones satisfactorias, podemos basarlas en los casos de infección inaparente de fiebre ondulante en las regiones en que ésta es endémica, y en las formas no manifestadas de tuberculosis. A pesar de todo, si valoramos la opinión de los autores más documentados, y que refieren un estudio ecuaníme y fundamentado en los casos observados por ellos mismos, se puede concluir que, si bien es posible que la suma de dos infecciones dé lugar a una debilitación de un estado inmunitario general, favoreciendo la mayor extensión y aun diseminación de las lesiones, lo corriente es observar que la brucelosis sigue un curso aproximadamente normal, aunque asiente en un terreno tuberculoso; y, por otra parte, no es frecuente encontrar un brote de las lesiones en los tuberculosos que adquiere la fiebre de Malta. Estos extremos los podemos confirmar nosotros basándonos en nuestros casos.

Consideraciones.—Por los hechos enumerados se comprende que el diagnóstico entre las dos enfermedades presenta dificultades, debidas al polimorfismo de ambas, que las hace semejantes en muchas ocasiones, sobre todo, desde el punto de vista clínico. Por esto, nos vemos

En
todas las
enfermedades
biliares

Decholina

Concesionarios exclusivos:
**Wissmann & Milla, Apart. 462,
Madrid**



Literatura y muestras
a disposición de los
señores médicos

Como los medios más poderosos para estimular la secreción biliar están reconocidos los ácidos biliares, sobre todo la **Decholina**.

Junto a la mejoría cuantitativa y cualitativa de la secreción biliar, tienen también gran influencia sobre los procesos metabólicos del hígado.

La **Decholina**, usada por vía intravenosa y bucal, sigue insuperada, siendo absolutamente atóxica.

Formas comerciales

Cajas de 3 ampollas de a 10 c. c. al 20 %

Tubos de 20 tabletas de a 0,25 g

Registrado en el Instituto Técnico de Comprobación con el número 4273. Fecha 10 de Marzo 1933.

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 (valetto. de) 2 centigr.
Scilitina..... miligr.
Sal de Gregori..... miligr.
Sosa (arseniato de) miligr.
Zinc (fosfuro de)... miligr.

**El Mejor
PURGANTE
LAXANTE
DEPURATIVO**

SEDLITZ CH. CHANTEAUD

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

**Contra :
Estreñimiento
Estado bilioso
Jaquica
Congestiones.**

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

ESTREÑIMIENTO

**Lactolaxine
Fydau**

COMPRIMIDOS DE
FERMENTOS LÁCTICOS
LAXANTES

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

*1 a 3 Comprimidos
por día.*

MEDICAMENTO LAXANTE
IDEAL PARA NIÑOS,
ADULTOS Y ANCIANOS.

LABORATORIOS ANDRÉ PÂRIS
PARIS-FRANCE

Muestras: Alejandro Riera, Agente General
Napoles 166 BARCELONA

SAEVI

obligados a la obtención de datos complementarios para aclarar las dudas.

Entre éstos, consideramos como de la mayor importancia el examen radiológico, pues si bien es cierto que en la brucelosis, como en cualquiera otra enfermedad, pueden existir imágenes sospechosas de procesos tuberculosos, es el "quantum" el que hemos de tener presente para orientar el diagnóstico; y cuando persistan las dudas, apelaremos, como hemos dicho anteriormente, a las pruebas de laboratorio y biológicas.

Por lo que se refiere al esputo, debe ser examinado atentamente, en busca del bacilo de Koch, y, en caso negativo, se recurrirá a la inoculación, según la técnica que indicamos en un reciente trabajo (46), llegando a los pases para indagar la presencia de formas filtrables. Algunas veces se ha encontrado el "B. Melitense" en la expectoración (Vanni) o en otros productos morbosos.

Tres reacciones deben ser investigadas para la certeza del diagnóstico: la seroaglutinación de Wright, practicada según las reglas propias a esta infección—suero calentado a 36°, "B. Melitense" y "B. Abortus", tomados de razas controladas, diluidos al 1:80 ó más—, para que los resultados tengan un seguro valor. El hemocultivo con las técnicas especiales; y, por último, las intradermoreacciones con la tuberculina, melitina y abortina. Advertimos que la intradermoreacción con tuberculina es negativa—aunque no siempre—en el curso de la brucelosis, aunque los sujetos sean tuberculosos antiguos, porque la melitococcia es una enfermedad energizante, como otras muchas, y por ello hemos de ser muy prudentes al valorar la negativa de estas reacciones. Recordaremos de paso los trabajos de Sernowie, ya citados, sobre las reacciones cruzadas en la brucelosis.

También hemos de tener presentes las observaciones de Fici (47), según las cuales el suero de los tuberculosos impide la aglutinación de los "Brucellas". Por lo que respecta al cuadro hemático, hemos de considerar que las dos enfermedades cursan con linfocitosis, acompañándose la fiebre ondulante de leucopenia y neutropenia.

CONCLUSIONES

1.ª Los "Brucellas" producen cuadros clínicos, y en algunas ocasiones anatomopatológicos, análogos a los de ciertas formas de tuberculosis.

2.ª Ambas enfermedades pueden presentarse asociadas; los efectos recíprocos no son constantes, aun cuando nosotros admitimos que en la mayoría de los casos la influencia de una enfermedad sobre la otra es nula.

3.ª Debido al aumento progresivo de la Brucelosis, hemos de pensar en la posibilidad de la existencia de esta enfermedad en los casos dudosos.

4.ª Debemos aquilatar el diagnóstico apelando a los datos epidemiológicos, radiológicos, de laboratorio y pruebas biológicas.

BIBLIOGRAFIA

(1) APRAIZ: "Dos brotes epidémicos de fiebre de Malta, en zona indemne". Comunicación a la Sesión Clínica del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas, del 19-11-1933.

(2) W. RIMPAU: "Bangerkrankungen in Deutschland". *Reichgesundheitsblatt*, número 34, 30 septiembre 1933.

(3) E. ZIEGLER: "Ein Fall von Bangscher Krankheit im Kleinkindesalter". *Schweizerische medizinische Wochenschrift*, núm. 10, 1934.

(4) Citados en el "Tratado de Patología Médica", de HERNANDO y MARAÑÓN.

(5) M. TAPIA y VALLE: "Valor diagnóstico de las reacciones cutáneas con antígeno específico en la fiebre de Malta". *Medicina Ibero*, núm. 569, 1928.

(6) PARTEARROYO: "Melitococcia". Editorial Paracelso, 1925.

(7) NÓVOA SANTOS: "Fiebre Ondulante de Bang". *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, núm. 420, 1929.

(8) CONCOUX, M. LELONG y CORDEY: Soc. Med. Hôpitaux. 1922.

(9) OLMER: *Revue Médicale de France et des Colonies*. Marsella, junio 1925.

(10) LISBORNE y VIDAL: Congrès d'Hygiène Méditerranée, 1932.

(11) TAYLOR y HAZEMANN: *Revue d'Hygiène*, julio 1932.

(12) BURNET: "Sur le pouvoir pathogène de "M. melitensis" et du "B. abortus" pour le signe et pour l'homme". *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 1928.

(13) BASTARY y ROTTA: "Sul significato delle reazioni allergiche e delle agglutinasioni antimelitensi negli individui normali e nei malati di febre ondulante". *Il Policlinico*, 1928.

(14) BERKESSY y SIMON: "Neu Beiträge über das Vorkommen der Bangschen Infektion in Ungarn". *Wiener Medizinische Wochenschrift*, núm. 11, 1934.

(15) ROTH: "Über den Infektionsmodus, die latente Infektion und die Ursache der Häufigkeitszunahme der Bangschen Erkrankung des Menschen". *Zeitschrift für Klinische Medizin*. Band 126, Heft. 5-6, 1934.

(16) OTERO-MORALES: *Journal of Public Health and Tropical Medicine*, 1930, Puerto Rico.

(17) FICAI y ALESSANDRINI: "Setticemia da B. abortus nell'uomo". *Il Policlinico*, 1925.

(18) KRISTENSEN: "Untersuchungen über die Rolle des Bacterium Abrothacillus als menschenpathogenen Mikroben". *Zeitschrift für Bacteriologie*, 1928.

(19) CURSCHMANN: "Klinische über die Banginfektion beim Menschen". *Medizinische Klinik*, 1929.

(20) MISS EVANS: *Journal of the American Medical Association*, septiembre 1934.

(21) DUDLEY: *The Lancet*, 28 de marzo de 1931.

(22) GRACCO y SAPP: *Riforma Médica*, tomo XIII, número 5, 1927.

(23) BRINKMANN: *American Review of Tuberculosis*, octubre 1931.

(24) SALAN: "Fièvre ondulante et tuberculose". *Tesis de Montpellier*, 1931.

(25) HITZES *Zentralblatt für Tuberkulose*. Orig, 1931.

(26) SATKE: "Differential Diagnose del beginnenden Tuberkulose". *Wiener Klinische Wochenschrift*, número 34, 1934.

(27) M. TAPIA: "Las manifestaciones eruptivas de la melitococcia". *Trabajos del Hospital de Enfermedades Infecciosas*, 1934.

- (28) "Adatok a tuberculosis exanthmájának kedschez". *Tuberculosis*, núm. 12, 1933.
- (29) AJELLO: "Brucellosi e Tuberculosi". *Riforma Médica*, T. 49, núm. 43, 1933.
- (30) MAZET: "Fièvres ondulantes et ultravirus". *Revue de la Tuberculose*, abril 1933.
- (31) NÓVOA: *Loco citato*.
- (32) L. BERNARD: "Melitococcie et tuberculose". *Presse Médicale*, 17-10-1934.
- (33) ROUSSY: "Tesis de Lion 1891". (Citado por L. Bernard.)
- (34) MANTOUX: *Revue de la Tuberculose*, octubre 1907.
- (35) BURNARD: *Anales de Médecine*, 1919.
- (36) P. BURGEAIS, Mlle. JESENSKY y J. LAGAILLARD: "Les pousse menstruelle des tuberculeuses", etc. *Revue de la Tuberculose*, 5.ª serie, t. 1.º, núm. 1, enero 1935.
- (37) SERNOWIE: "Contribution à l'étude des réactions allergiques dans la tuberculose et la brucellose". *Annales de l'Institut Pasteur de Paris*, T. 53, 1934.
- (38) GRAVES, LANGERON y MORENAS: *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, 11 de diciembre de 1934.
- (39) BALMES y JANBON: *Congrès Français de Médecine de Montpellier*, 1929.
- (40) LE FLEM: "Formes mélangées de la melitococcie". *Tesis de Marsella*, 1934.
- (41) ROGER: *Marseille Médical*, 1931.
- (42) TAPIA y TELLO VALDIVIESO: "Síndromes vertebrales de la fièvre ondulante". *Anales de Medicina Interna*, núm. 6, 1932.
- (43) JULLIEN: "La brucellose chronique chez l'homme". *Presse Médicale*, 20-3-35.
- (44) MARTELLI: *Clinica Médica Italiana*, 1925.
- (45) JULLIEN: "Brucellose et tuberculose". *Paris Médicale*, septiembre 1933.
- (46) CERVIÑO y RAMOS: *Revista de la Tuberculosis*, julio 1934.
- (47) FICI: *Archivio di Patologia e Clinica*, T. I, 1922.

Problemas actuales de la tuberculosis renal

(NOTA PREVIA)

POR LOS

Dres. ALFONSO y EMILIO DE LA PEÑA

Aun cuando desde los tiempos de Albarrán se han venido nefrectomizando los enfermos de tuberculosis renal unilateral tan pronto como el diagnóstico se establecía, la experiencia ha demostrado, sin embargo, que, con cierta frecuencia, el viejo dogma de la "nefrectomía precoz" está muy lejos de ser un principio definitivo e indiscutible. En efecto, todos los urólogos han tenido ocasión de observar casos personales que, no habiendo sido sometidos a la nefrectomía precoz, lograban curar clínicamente de su proceso tuberculoso renal; otros casos, por el contrario, aun habiendo sido nefrectomizados precozmente, fallecían en un período más o menos largo a consecuencia de haberse tuberculizado el riñón restante.

A pesar de que todos los urólogos han podido darse

cuenta de estos hechos evidentes, el dogma de la nefrectomía precoz ha venido aplicándose de una manera sistemática por la generalidad de los urólogos y cirujanos. Sólo en los últimos tiempos se ha iniciado una plausible tendencia a considerar nuevamente el problema desprendiéndose de las viejas normas. Así, los Congresos de Cirugía de Copenhague (1925) y de la Asociación Americana de Medicina (Sección de Urología), en Cleveland (1934), así como las publicaciones y trabajos de Medlar, Lieberthal, Le Fur, Bumpus, Dimtza y Schaffhauser, Löwenstein, Katz, Wells, Weyler, Wildbolz, Braasch, etc., han contribuido grandemente a la resolución de problemas tales como los de la llamada "baciluria tuberculosa", la curación espontánea de las lesiones renales, la bilateralidad de la invasión tuberculosa renal como consecuencia de la bacilemia, la posibilidad de errores de diagnóstico bacteriológico, etc., problemas todos estos que hacían indispensable una revisión urgente de la cuestión del tratamiento quirúrgico de la tuberculosis renal.

En España y en la Academia Nacional de Medicina, una comunicación nuestra sobre "Significación de la presencia de bacilos de Koch en la orina", y otra del Prof. L. Peña sobre el tratamiento quirúrgico de la tuberculosis renal, suscitaron sendas discusiones, que demuestran la importancia del problema. En la discusión de la comunicación del Prof. Peña (8 de mayo de 1936), nosotros tuvimos ocasión de presentar algunas radiografías de casos personales en los que, a los pocos años de la nefrectomía practicada por otros urólogos, se apreciaban lesiones cavitarias del riñón restante.

Por lo que respecta a la patogenia de la tuberculosis renal, hoy es generalmente admitido que la afección es siempre secundaria a un foco tuberculoso en pulmón, peritoneo, etc., desde el que los bacilos de Koch son acarreados por la sangre hasta el riñón. En la mayoría de los casos de tuberculosis pulmonar, por ejemplo, se ha comprobado por los investigadores vieneses (Löwenstein, Lichtenstern), la existencia de una bacilemia tuberculosa a ondas. La tuberculinización del riñón por vía linfática, defendida por algunos autores (Brongersma y otros) no parece lógica, ya que, siendo el bacilo de Koch un microbio no móvil, necesita de un medio que le transporte hasta el riñón, y en el caso de la vía linfática tendría que luchar contra la corriente de linfa, que, como es de sobra sabido, procede del riñón. En cuanto a la propagación por vía ascendente urinaria, desde el aparato urinario inferior, ocurre algo semejante, ya que el microbio tendría que luchar contra la corriente urinaria (1). Por consiguiente, si, como hoy es generalmente admitido, la infección del riñón se hace por vía sanguínea, parece lógico que ambos riñones estén igualmente expuestos a la invasión tuberculosa. En efecto, el gran anatomopatólogo Medlar ha logrado demostrar por medio de cortes seriados (100.000), practicados en los riñones de 30 enfermos muertos de tuberculosis pulmonar y sin síntomas clínicos de lesión renal, que, en la gran mayoría de los casos (24 de 30), las lesiones renales son bilaterales. Ahora bien: por razones no explicables fácilmente, la vulnerabilidad de uno y otro riñón puede ser diferente, y las lesiones iniciales pueden cu-

¶ (1) De no existir un reflujo visicoureteral.

rar en un órgano antes de dar lugar a síntomas (tuberculosis preclínica, de Bumpus), mientras en el congénere el proceso tuberculoso sigue su marcha, dando lugar a lesiones caseocavernosas, con su sintomatología característica bien conocida. Que las lesiones tuberculosas iniciales y no destructivas pueden curar, es un hecho que ha sido bien demostrado por Medlar, Thomas y Kinsella, Harris y otros.

Si la existencia de una bacilemia tuberculosa es el principal factor en la infección tuberculosa de los riñones, parece natural que los enfermos nefrectomizados, con bacilemia consecutiva a coexistencia de focos tuberculosos extrarrenales, estén expuestos continuamente a que el riñón restante se tuberculice en corto plazo, si es que ya no lo estaba previamente. Este hecho ha sido señalado ya por Lichtenstern, quien aconseja el no intervenir en los tuberculosos renales con bacilemia, ya que en ellos la infección del riñón supuesto sano es más que probable. Por otra parte, parece indudable la existencia de un organotropismo para la infección tuberculosa, y así se observa con frecuencia que los enfermos de coroiditis tuberculosa de un lado enferman fácilmente de un proceso tuberculoso en el mismo ojo o en el adelfo; del mismo modo, un foco óseo va seguido, con frecuencia, de otra localización ósea, y la epididimitis tuberculosa de un lado suele ir seguida de la tuberculinización del otro epidídimo. Parece, pues, posible y lógico que a la tuberculosis de un riñón siga a no tardar la del congénere (infección tuberculosa simpática de Löwenstein).

Todos estos hechos bastan para demostrar la necesidad de ser un poco cautos en la indicación de la nefrectomía. Woodruff y Bumpus, en un trabajo presentado a la American Medical Association (Cleveland, junio de 1934), exponen razonadamente su criterio de que *la nefrectomía no es nunca una intervención de urgencia* en los casos de tuberculosis renal unilateral incipiente.

Existen, además, otros problemas de gran importancia para la indicación quirúrgica. Uno de éstos es el de la llamada "baciluria tuberculosa". Desde hace tiempo se venía admitiendo la facultad del riñón para eliminar bacilos de Koch sin que el órgano estuviese lesionado. Sin embargo, hoy, gracias a los numerosos trabajos de Medlar, Lieberthal, Dimtza y Schaffhauser, Deist, Pezza y escuela italiana, etc., han podido convencerse los urólogos de que la presencia de bacilos de Koch en orina (con o sin pus) indica siempre la existencia de un foco tuberculoso renal. Según Medlar ha demostrado repetidas veces, en muchas ocasiones el foco tuberculoso, microscópico, sólo puede ser puesto de manifiesto después de practicar cortes histológicos seriados de la pieza. El hecho de que la lesión tuberculosa renal escape a los medios ordinarios de nuestra observación no basta para negar la existencia de aquélla. Muchos autores persisten, sin embargo, en defender la hipótesis de la baciluria tuberculosa, basados en el mero hecho de encontrar bacilos de Koch en orinas renales sin albúmina ni pus. Hoy hay, no obstante, razones suficientes para admitir que, así como la presencia de bacilos de Koch en esputos, líquido cefalorraquídeo o sinovial es indicio de un proceso tuberculoso pulmonar, meníngeo o articular, del mismo modo la existencia de bacilos tuberculo-

sos en orina debe ser considerada como señal evidente de una lesión tuberculosa renal.

En algunos casos ha podido también creerse en la baciluria, debido al hecho de haberse interpretado erróneamente como bacilos de Koch otros gérmenes ácidosresistentes saprofitos. Aparte la confusión, bien conocida, con el bacilo del esmegma, existe otra posibilidad de error de una mayor importancia. En efecto, Wells ha expuesto en un trabajo reciente la posibilidad de encontrar en las orinas recogidas por cistoscopia o cateterismo ureteral un bacilo ácidosresistente, semejante morfológicamente al de Koch, y el cual se desarrolla en los tubos de goma, a pesar de ser desinfectados con oxicianuro de mercurio al 1 por 5.000; en los medios ordinarios de cultivo, el microbio pierde casi por completo su ácidosresistencia, que recupera al ser subcultivado en tubos de goma. Este bacilo no es patógeno para el cobaya ni se cultiva en el medio de la patata, de Corper; como una micobacteria que es, procede del suelo.

Existe también la posibilidad de una infección renal por el bacilo tuberculoso aviario, el cual tiene la propiedad—cuya importancia no es preciso hacer notar—de no ser patógeno para el cobaya. Se comprenderá fácilmente que el hallazgo en orina de este tipo de bacilo con inoculaciones al cobaya negativas podría hacer pensar que se trataba de un bacilo ácidosresistente saprofito. Casos de tuberculosis renal aviaria han sido publicados por Löwenstein (1913), Lipschütz (1914) y Katz (1931). No es necesario insistir en la necesidad de tener en cuenta todas estas posibilidades de error antes de decidir la nefrectomía. Por otra parte, la sola presencia de bacilos de Koch en orina renal, sin existencia de otros signos de lesiones caseocavernosas, no justifica en modo alguno la nefrectomía, ya que, según hemos expuesto, las lesiones renales no destructivas pueden curar espontáneamente.

Por lo que respecta al tratamiento, hoy todos están de acuerdo en considerar la tuberculosis renal como un proceso del organismo en general, y, en consecuencia, conceden una gran importancia al tratamiento general, que deberá emplearse en todos los casos, incluso en los que hayan de someterse a la nefrectomía. Ya hemos indicado cómo la nefrectomía no es una intervención de urgencia; es, por consiguiente, aconsejable una espera prudente durante la cual el enfermo es sometido a un tratamiento general que le pondrá en mejores condiciones de soportar la nefrectomía con un riesgo menor, y, acaso, si las lesiones son de poca extensión, determine la curación espontánea de éstas. Nosotros venimos siguiendo este criterio con nuestros enfermos, y nunca nos arrepentiremos de ello. Precisamente en estos días hemos de practicar la nefrectomía a un joven, en quien hace un año diagnosticamos una tuberculosis renal derecha incipiente; su estado general precario, y el efecto moral que el diagnóstico le produjo nos decidió a aplazar la intervención hasta tanto que el estado general y de ánimo del enfermo hubiesen mejorado, como, en efecto, ha sucedido; hoy, sus lesiones renales son, por otra parte, caseocavernosas.

En la mayoría de los casos de curación espontánea de la tuberculosis renal, el proceso de curación se ha verificado mediante la oclusión del uréter, a consecuencia de

las lesiones tuberculosas (lo cual determina la exclusión y secuestro del riñón enfermo), con desarrollo gradual de una hipertrofia compensadora del riñón sano. Este proceso de curación espontánea ("autonefrectomía", de algunos autores), ha sido ampliamente discutido; es lo cierto, sin embargo, que en muchos casos la curación clínica es un hecho. Por otra parte, nosotros hemos observado que los enfermos en los que aún no se ha desarrollado una hipertrofia compensadora del riñón sano sucumben con mayor frecuencia a la nefrectomía. Nosotros hemos empleado con éxito en varios casos la electrocoagulación del orificio ureteral del lado enfermo, con el fin de determinar la exclusión gradual del riñón tuberculoso y la hipertrofia compensadora del sano. Se ha discutido largamente la cuestión de la ligadura ureteral y sus consecuencias (hidronefrosis o atrofia renal); los trabajos recientes de Torii y Jaksy han demostrado no obstante, que la ligadura ureteral no siempre va seguida de hidronefrosis. Los resultados obtenidos por nosotros con la electrocoagulación del orificio ureteral, de los que dimos cuenta en nuestro artículo "Artificial occlusion of the ureter previous to nephrectomy in early renal tuberculosis", publicado en el *Journal of Urology*, agosto de 1932, han sido confirmados en cierto modo por Jaksy, de Bratislava. En efecto, este autor, en un trabajo publicado en el *Zeitschrift für Urologische Chirurgie* (1934), hace notar cómo en los casos en que la expansión del riñón está dificultada por un proceso perinefrítico, la ligadura ureteral, lejos de determinar hidronefrosis, da lugar a atrofia y secuestro del riñón. Teniendo esto en cuenta, y el hecho de que en los casos de tuberculosis renal con alteraciones perinefríticas, la nefrectomía ofrece peligros, Jaksy propone en tales casos la ligadura del uréter, con el fin de determinar la atrofia y secuestro del riñón, y, con ello, la curación espontánea del proceso.

No queremos terminar este artículo sin dedicar algunas líneas al tratamiento de la tuberculosis renal por medio de la Röntgenterapia, procedimiento que, creemos, merece se le dedique mayor atención de la que hasta hoy se le ha concedido. Aun cuando la cuestión de la radiosensibilidad del tejido renal no parece haber sido definitivamente resuelta, sobre todo por lo que respecta a la posibilidad de conseguir la exclusión o destrucción röntgenológica del riñón, sin embargo, los resultados obtenidos por el Prof. Hagman, de Moscú, recientemente fallecido, hacen esperar una generalización del procedimiento, por lo menos en los casos incipientes. Dejamos para otra ocasión la publicación de este interesante tema y de nuestras observaciones personales.

Nota sobre el tratamiento de la blenorragia en su período agudo según el método de la impregnación constante

POR EL

Dr. FAUSTINO PANIAGUA

Ante todo, he de advertir que no consiste en el descubrimiento de un nuevo agente terapéutico que venga a aumentar el numeroso arsenal de los que hoy existen, en su inmensa mayoría inútiles y muchos hasta nocivos, sino en resucitar las excelentes propiedades terapéu-

ticas de un medicamento corrientísimo, pero utilizado con una técnica deficiente y poco lógica. Así que no se trata de un nuevo fármaco, sino de un nuevo "modus faciendi" o método de aplicación de un buen agente terapéutico.

Consiste este método, que denomino de la "impregnación constante", en poder colocar en el conducto de la uretra una solución antiséptica que esté constantemente bañando la superficie de dicho conducto, de paredes tan irregulares por sus condiciones anatómicas, para que, impregnado por el antiséptico, se pueda luchar contra el agente causal de la gonococia.

Recordaré algunos datos que me hicieron sospechar en la deficiencia de los tratamientos actuales. Es de todos conocido que un cultivo microbiano, colocado en medio adecuado, temperatura, etc., prolifera rápidamente, siendo su ciclo evolutivo tanto más corto cuanto más adecuado es el medio, aunque, en la mayoría, no pasa de veinticinco a treinta minutos, dividiéndose en dos elementos nuevos. Casagrandi ha calculado aproximadamente la siguiente procreación de las bacterias:

De 35 a 37 grados, se producen en veinticuatro horas de 45 a 50 generaciones, con un total numérico de 1.125.899.906.842.624 gérmenes; pero si faltan esas condiciones, la vida de estos seres se resiente; si a este cultivo se agrega alguna sustancia antiséptica, no hay tal proliferación, llegándose, con dosis pequeñas, a disminuir su virulencia, y con mayores concentraciones a su muerte, y, por tanto, a su esterilización. Si pensamos en estos datos, aunque sean infinitamente menores, y los aplicamos a la gonococia, ¿cómo podremos curar a un blenorragico por el procedimiento hasta hoy usado por la mayoría, de uno o dos lavados diarios con un antiséptico, seguidos de una inyección uretral? Yo siempre he pensado que esto era dedicar unas atenciones escasas a una afección de suma importancia, o sea, a gran mal, aplicar deficiente terapéutica.

Claro es que lo indicado sólo se puede comprobar exactamente "in vitro", y la práctica demuestra que las condiciones en que el gonococo se encuentra "in vivo", no son las mismas que en el tubo de ensayo, presentándose como principal diferencia que, en éste, de paredes lisas, está permanentemente en contacto antiséptico y germen; por el contrario, en el conducto uretral sólo unos momentos, pues teniendo que cumplirse por este conducto la ineludible función fisiológica de la micción, por ley física tiene que ser arrastrado casi todo el antiséptico colocado por el método clásico, al paso de la orina, mas no todo, debido a las condiciones anatómicas de la uretra, y de aquí la indiscutible curación de la blenorragia siguiendo dicho método; pero el arrastre del medicamento constituye el más grave inconveniente de este método insuficiente, que prolonga la curación de una afección que no tiene ninguna razón fisiológica ni clínica para no ser dominada en menos tiempo.

¿Cómo luchar contra el arrastre del medicamento, si no podemos evitar la micción, que es la causa? Con gran sencillez: basta colocar en la uretra, después de cada micción, nuevas porciones del medicamento. Se comprenderá que esto no puede efectuarse por el médico, que necesitaría constantemente acompañar al enfermo para colocarle la solución antiséptica; pero este método, co-

mo tantos otros, no requiere más que vigilancia médica. El problema se resuelve admirablemente poniendo en las manos del enfermo, que tanto se condenaron aconsejándole, con frase parecida: "nada de inyecciones con jeringa, no se haga nada, absolutamente nada", por comprobar en la práctica que una inyección uretral o un lavado hechos por manos inhábiles son los responsables de las frecuentes complicaciones de esta afección, leve y localizada en su comienzo a la porción más anterior de la uretra a unos milímetros del meato, transformándola en grave afección por su extensión en longitud y profundidad, pues, como sabemos, puede invadir todo el aparato urogenital y aun zonas extragenitales y urinarias. Pero son frases a las que hay que rotunda y enérgicamente oponerse. Así que hemos de poner en manos del enfermo el agente terapéutico sin ningún inconveniente, pues está estudiado y comprobado en la práctica, aunque con el defecto de una modestísima estadística, que, por ser poco numerosa, no deja de tener valor.

Para poner en manos del enfermo este método, se requieren varias condiciones, entre ellas: el instrumento que pongamos en sus manos no será la jeringa llamada uretral, de 10 a 15 centímetros, calculada para las mayores uretras, y, por tanto, en las de pequeñas dimensiones producirá distensión y transportará hacia porciones posteriores de la uretra gérmenes que, situados a corta distancia del meato, serán llevados a otros tramos uretrales, poniendo al enfermo en peligro de complicaciones y dificultando el ataque de los gérmenes por la substancia medicamentosa, ya que, lógicamente, al distanciarlos del meato, nos colocamos en condiciones que predisponen a la cronicidad de la afección y a sus frecuentes complicaciones de uretritis posterior, cowperitis, cistitis, etc. Pero, ¿cómo podrá evitar el enfermo estos inconvenientes y complicaciones, si hoy el más eminente especialista a quien encomienda su tratamiento no puede, en muchos casos, evitarlo? Cambiando la técnica hasta hoy seguida por otra, que consiste:

Primero. No utilizará el lavado uretral ni uretrovesical que la mayoría recomiendan, más perjudicial que beneficioso, y al que sólo una acción mecánica puede atribuírsele el arrastre del pus de las secreciones uretrales; pero practicado de fuera adentro es también un medio de siembra del gonococo en longitud y en profundidad, pues en muchos enfermos no habituados a relajar el esfínter membranoso, el paso del líquido se hace con dificultad, provocando distensión; por eso no debe recomendarse más lavado que el efectuado por el propio enfermo, practicado de un modo tan sencillo al realizar la micción; así la orina cumplirá a la perfección el papel mecánico que se atribuye a los lavados, sin los inconvenientes de sembrar el gonococo en otros tramos uretrales; es decir, que éste es el lavado perfecto, nada perjudicial y grandemente beneficioso para el enfermo.

Segundo. Repetimos que no se utilizará la jeringa uretral de Janet, Bonneau y tantas otras, por ser instrumentos de capacidad superior a lo que de un modo beneficioso debe colocarse en la uretra de un enfermo; es decir, que se pondrá en sus manos instrumento de pequeña capacidad. Para esto recomiendo el "frasco-jeringa".

Consta de dos partes: un tubo de vidrio, con uno de

sus extremos en comunicación con una pequeña pera de goma, encargada de aspirar y propulsar el medicamento; el otro extremo, terminado en punta olivar, para poderse aplicar al meato. Esta pequeña jeringa—si se me permite llamarla así—va sumergida en un frasco, "ad hoc", de pequeño tamaño, fácil de poder llevar en el bolsillo, pudiéndose con sencillez colocar en todo momento la inyección de esa pequeña, pero suficiente cantidad de medicamento, pues todos hemos podido observar cómo la cantidad que una jeringa uretral contiene no puede ser retenida en la uretra, y es, en su mayor parte, derramada, además del peligro de trasladar el gonococo a la uretra posterior. Como todavía no es impregnada totalmente la pequeña cantidad que yo recomiendo, y se derraman también algunas gotas del medicamento, aconsejo la colocación de una torunda de algodón entre prepucio y glande; para mayor seguridad, y por si no existiera prepucio (circuncisión), recomiendo la colocación de ese buen profiláctico de las enfermedades venéreas ideado por el higienista inglés Condon; de este modo, el medicamento que el algodón pueda empapar no manchará las ropas del enfermo, pudiendo mantenerse en secreto esta enfermedad, perteneciente al grupo que algunos así denominan.

Tercero. El agente terapéutico que emplearemos será el argirol al 2 por 100, al que tanto tenemos que agradecer, ya que a todos nos ha proporcionado algún éxito; así, pues, no podemos titularnos inventores de una nueva panacea terapéutica, pero sí modificadores de la técnica en el tratamiento de la gonococia, que se puede calificar ilógica y deficientemente tratada, no como requiere una afección de tanta importancia.

Cuarto. Será empleado con rigor absoluto, colocándose sin lavado medicamentoso y con la precaución de orinar previamente, un centímetro y medio a dos de argirol a la concentración indicada después de cada micción, y tantas veces como se haya tenido necesidad de orinar; así se obtiene la curación de la blenorragia en plazo brevísimo y se evita el fantasma, tan frecuente, de las complicaciones.

CONCLUSIONES

Primera. No debe practicarse el lavado uretral *a contracorriente*.

Segunda. Se harán ver al enfermo las excelencias del lavado que él se hace por medio de la micción.

Tercera. Pondremos en sus manos el tratamiento de esta afección, indicándole que de él dependerán su curación o la cronicidad y complicaciones.

Cuarta. No se utilizará instrumento de gran capacidad, para evitar las distensiones y el transporte microbiano.

Quinta. No se despreciarán las buenas condiciones antisépticas del argirol, medicamento que aconsejaremos a la concentración del 2 por 100.

Sexta. La cantidad que utilizaremos en cada aplicación será de uno y medio a dos centímetros cúbicos, después de cada micción; así se consigue impregnar la mucosa uretral, fundamento de este método, y se impide toda proliferación microbiana.

Séptima. No hay ni que indicar que este método debe ser utilizado también como *preventivo*.

Por último, el médico, en esta afección, sólo tiene que comprobar su verdadera existencia por medio de un análisis bacteriológico, vigilar el tratamiento, que se efectuará por el propio enfermo, y comprobar su curación con otro análisis de la secreción uretral, pues no nos atreveremos a asegurar la curación de un blenorragico sólo por los caracteres macroscópicos, de orina limpia, sin filamentos, ausencia de secreción uretral y de dolores, etc., sólo después de realizado el análisis bacteriológico de la secreción uretral y visto su resultado negativo, podremos asegurar al enfermo que la clínica y el laboratorio dicen está curado.

BIBLIOGRAFIA

¿QUÉ ES LA MATERIA VIVA?, por el Prof. Lancelot Hogben.

Con el título, "¿Qué es la materia viva?", el profesor de Biología Social en la Universidad de Londres, ha publicado un libro, que ha traducido muy bien la "Colección Granada", de Madrid, presentándolo con elegancia en una edición digna de los talleres Espasa-Calpe, donde ha sido impresa.

Este libro, escrito con un criterio mecanicista, despierta nuestra curiosidad, en una época en la cual el vitalismo parece adueñarse por completo a la suerte de los biólogos y de los investigadores. Por lo visto no es así; hay, pues, autores originales que mantienen su fe en las doctrinas contrarias, y cuando se expresan con la elevación que caracteriza la obra de Hogben, deben ser leídos. Nosotros creemos que un autor que expone una doctrina profesada, una convicción, merece siempre ser leído; pero lo leeremos con tanta mayor curiosidad y con tanto mayor detenimiento cuanto más distante se halle su manera de pensar de la manera de pensar nuestra. Si el autor es sincero, apreciaremos muchas coincidencias en nuestros modos de apreciar los problemas y reconoceremos que su esfuerzo para acercarse a la verdad es tan digno de respeto como pueda serlo el nuestro... Otro modo de proceder sería el propio de un fanático, actitud espiritual incompatible con el hombre de ciencia.

El libro de Hogben está dividido en tres partes: la primera trata de "El vitalismo y el mecanismo", y su primer capítulo se ocupa de "La mecanización de la conciencia", basándose en los estudios experimentales de Paulof.

En la parte segunda se discute "El darwinismo y la interpretación atomística de la herencia".

En la tercera parte discute el holismo, y se dan normas sobre la posición publicista en Filosofía. El holismo, todos lo saben, es la doctrina que considera el ser como un todo—creo es perfectamente defendible considerar el hombre como una unidad, y no supone este concepto negar su división en partes, que pueden gozar de cierta relativa independencia; pero esas partes resultan en el hombre tan perfectamente ensambladas, tan interdependientes, que la acción sobre una de ellas se refleja en las demás—. Cuando los estudios de los primeros bacteriólogos fijaron en los gérmenes microscópicos una de las principales causas patógenas, este descubrimiento, hecho poco después de los trabajos de Virchow

sobre la doctrina celular, permitieron a algunos creer se aproximaba el fin del concepto totalitario o unitario del hombre (lo que luego se ha llamado holismo), pero muy pronto los estudios de las reacciones serológicas del organismo evidenciaron de qué modo un germen, actuando sobre él, determina defensas, que se acusan en el comportamiento del suero; ese organismo ya no es como era antes, pues se ha modificado en su totalidad. Un germen que actúa en un lugar limitado del sujeto basta para que todo el organismo quede *marcado*... Esta es una *actitud holística del organismo*... Nadie puede suponer que la unidad orgánica se entienda como incapaz de ser seccionada, que al arrancar de ella un trozo quede destruida; se debe comprender que cada una de las partes influye y recibe la influencia de todas las otras. A los siglos durante los cuales el hombre fué para el hombre un motivo de superstición, siguieron unos años de análisis minucioso; el ídolo quedó roto en millones de pedazos; éstos fueron examinados, medidos, pesados... En esta fase de desmenuzamiento nos hallamos todavía; nos falta el período de síntesis, de acoplo de los materiales dispersos para completar el organismo que hoy analizamos. Siempre que se hace un avance en la división del organismo parece que ya se ha resuelto la incógnita de su existencia. Si se cultivan más células, si se logra la vida de un tejido..., se cree poder negar el todo, puesto que tenemos viva una de sus partes... Cuando la vida de esas partes es solamente la continuación local de la vida de todo..., y por el todo le ha llegado la vida.

No; no parece que el enigma esté resuelto...

En los últimos capítulos del libro de Hogben se trata de la *privalidad* y de la *publicidad* en Biología. Entiende por privalidad la opinión particular, la creencia personal del biólogo, y publicidad su manifestación pública. El biólogo, como todo hombre, tiene derecho a su mundo interior, pero al manifestarse, como en Ciencia debe hacerlo, con afirmaciones basadas en la observación y en la experimentación...

El error de los intelectuales a fines del siglo XVIII fué querer explicarlo todo por la Ciencia; escaldados por un ensayo que no satisfizo, quieren los científicos de hoy que la Ciencia no dé explicaciones del porqué, sino sólo del cómo... Pero resulta que el hombre aspira a esclarecimientos que no se satisfacen con la limitada afirmación de la Ciencia, y, como dice Renán, "Si la dignidad del hombre no exige dar respuesta irrecusable a los problemas, exige que uno no sea indiferente a ellos..."

Como dato curioso, con el que termino estas notas sobre el libro de Hogben, añadiré que este autor enarbola los estudios de Paulow sobre reflejos condicionados, como un apoyo de mecanicismo. En estos reflejos condicionados y en los estudios del abate Mendel hallé los más firmes sostenes de criterio mecanicista actual..., y en un notable trabajo del autor inglés Wells, publicado en el último número de la *Revue de France*, leemos que Paulow "sigue yendo a la iglesia". Es decir, que a Paulow, los estudios de los reflejos condicionados no le han retirado la fe en un algo no material, que está por encima de la materia, y que acaso la dirige y la moldea...

A todo esto, ¿qué es la materia viva? ¿Hay una materia viva que es distinta de la materia *no viva*? Pero, en primer lugar, ¿hay materia *no viva*? ¿Puede haber en el universo algo que no vive? ¿Se concibe una materia iner-

te en la que los átomos sean como mosaicos, cuyos electrones se encuentren fijados, sin movimientos? Pues si eso no es comprensible; si eso es inconcebible, ¿qué más da la mayor complejidad de las moléculas para definir como vivas las que tienen un exponente y como no vivas las que tienen el otro? Los vitalistas han sufrido, por lo visto, de este error de perspectiva, cuando han afirmado que las moléculas que integran la vida no podrían ser logradas por artificio del hombre... ¿Qué sabemos nosotros de lo que el hombre puede lograr! El que el hombre consiga por síntesis la reproducción de las moléculas orgánicas más complejas; el que logre los más complicados mecanismos por los cuales se manifiesta *materialmente* la vida, nada dice en contra del vitalismo. El hombre podrá un día obtener el pensamiento..., y, sin embargo, el hombre, todo lo creador que se quiera, seguirá siendo criatura y actuará sólo sobre elementos que le han sido suministrados... y que están vivos, si vida supone energía en desarrollo.

Recuerdo haber estudiado hace años, hace ya muchos años, que la vida está en el ser que se determina por sí, que sus componentes pueden ser todo lo complejos que se quiera, y se pueden expresar en ecuaciones físicas o químicas o matemáticas...; que el estudio de su materia nos interesa a todos, a unos, como físicos, a otros, como biólogos, a otros, como artistas; pero el problema de la vida, el gran problema, sigue en pie, y lo seguirá, aunque se reproduzca la vida, como sigue en pie el problema de la electricidad, a pesar de lo baratas que son las bombillas...

Este libro de Hogben no esclarece esta incógnita; es el grito de angustia de un mecanicista que no se resigna al descrédito en que han caído sus ideas, que aprendió en la época del materialismo de carbonero, cuando Dios llevaba la hermosa barba partida, que todos le hemos admirado, y cuando el plomo, ese plomo, desde el principio del universo hasta el final de los tiempos, y el oro, oro, y nada cambiaba. Pero hoy, que la materia se esfuma, y cuando queremos acorralarla se escapa en *energía*, como escaparon convertidas en palomas las hijas de Anius, mientras Agamenón preparaba los cordeles para apresarlas... Hoy no se pueden hacer afirmaciones de estabilidad en nada; hoy todo cambia, todo obedece a un ritmo que es *el de la vida eterna*... No importa que individualmente cada ser se descomponga y muera, como se descomponen en sus elementos las moléculas albuminoideas, y se despedacen en aminoácidos, que son precisos para nuevas moléculas y para entretener la vida del organismo, que antes los contaba como componentes de un organismo o de un tejido, y luego los tiene en otro... Ese ritmo exige un ejecutante; la materia es sólo el cañamazo sobre el que se borda la vida. Estudiemos la materia, estudiemos la vida hasta donde podamos, modestamente; de nuestros errores anteriores saquemos la lección de nuestra humildad, y no afirmemos como hombres de ciencia lo que no podamos basar en la observación y la experiencia, ni neguemos lo que no comprendemos, porque ahora que estamos en pleno período de "divorcio de la Ciencia y del sentido común", no es suficiente no comprender una cosa para negarla. Consideremos que nuestra comprensión es limitada, pero nuestra ignorancia no lo es.

DR. A. PULIDO.

ANALES DEL SERVICIO DE FISIOPATOLOGÍA INFANTIL DEL HOSPITAL CENTRAL DE LA CRUZ ROJA.—Curso 1934 a 1935. Director: Dr. C. Sáinz de los Terreros.

Los que tenemos el honor de convivir con el doctor Sáinz de los Terreros podemos apreciar que una de sus principales características es ser un *hombre de acción*. En todas las diversas actividades de su vida profesional pediátrica—prestigiosa, limpia y diáfana en directrices de rectitud absoluta—ha impreso su sello personal de dinamismo constante, reglado y progresivo. Por eso, al ingresar en el Hospital de la Cruz Roja, centro benéfico de posibilidades clínicas extraordinarias, todos los que le conocemos sabíamos que la actuación de Sáinz de los Terreros había de ser de elevada tónica científica, y así ha sido. El Dr. Sáinz de los Terreros ha organizado el servicio pediátrico de aquel centro de una manera tan razonable y eficiente, que le permite realizar una espléndida labor, brillante exponente, de la cual son los "Anales" que periódicamente publica. En el del curso de 1934 al 1935 se señalan quince trabajos del personal que asiste a su servicio, y el detalle del Curso de "dietética del lactante", dado por Sáinz de los Terreros, en mayo del año pasado. Todas estas publicaciones son resultado de la labor personal en la actuación clínica del servicio, cumpliéndose en aquéllas de una manera ejemplar todos los módulos y normas científicas más escrupulosas; es verdaderamente ejemplar—valga la repetición—su lectura y aun la contemplación de su formato—grabados, esquemas, cuadros demostrativos, etc.—, y de todo ello resulta satisfacción cordial para los que vemos el avance, aquilatado y premioso, pero tenaz, serio y creciente, en la incorporación de la ciencia española al progreso médico universal.—S. GARCÍA VICENTE.

PERIODICOS MEDICOS

W. J. MAYO y CH. H. MAYO.—*Esplenomegalia*.

Un breve resumen de la función y evolución del tejido linfático, en los distintos órganos que constituye precede la casuística y análisis de los resultados obtenidos por la extirpación de bazo en 668 enfermos.

De las más importantes funciones del bazo, alteradas en casos de esplenomegalia, pueden hacerse cuatro grupos: sus relaciones con la médula ósea, la sangre, su acción de filtro y, por último, su acción en caso de infecciones.

La mortalidad dada en los resultados de las operaciones siguientes comprende la mortalidad operatoria y la de todos aquellos enfermos en los cuales la extirpación del bazo no produjo ninguna mejoría y murieron en el hospital pocos días después.

Enfermedades asociadas con anormalidades de las células rojas.

Ictericia hemolítica: la esplenectomía está indicada en los casos graves de ictericia congénita y en los de ictericia adquirida, tipo que es siempre mucho más grave que el anterior. Es necesario esperar siempre a que pasen las manifestaciones agudas episódicas de toxemia. Frecuentemente existen cálculos que obstruyen las vías biliares y agravan el pronóstico. En los casos no complicados la mortalidad es muy pequeña (cuatro ca-

sos de muerte en 135 operados), y cuatro días después de la operación ha desaparecido la ictericia y se regenera rápidamente la sangre.

Anemia perniciosa: no se conoce el efecto de la asociación de extractos hepáticos y esplenectomía; pero en los casos operados antes de emplearse el tratamiento por el hígado se obtenían remisiones mucho más duraderas que las conseguidas por ningún otro de los medios entonces empleados. De 63 casos operados, sólo ocurrieron dos muertes en el hospital.

Policitemia vera: en esta enfermedad son muy contradictorios los resultados obtenidos por distintos operadores; de tres enfermos operados en la Mayo, murió uno, y en los otros dos mejoró la capacidad de trabajo.

En la anemia aplásica está contraindicada la intervención.

Enfermedades asociadas con alteraciones de los leucocitos y de las células retículoendoteliales.

Leucemia mieloide: hace algunos años que extirparon el bazo en 46 leucémicos, después de haberlo reducido de tamaño por medio de los rayos X. El resultado inmediato fué bueno, pero únicamente uno vive todavía; tres murieron en el hospital.

Enfermedad de Gaucher: en los casos acompañados de leucemia o subleucemia no está indicada la intervención. De nueve casos operados, dos murieron en el hospital, y dos algún tiempo después; los otros cinco viven en muy buen estado.

Enfermedades asociadas con anormalidades de las plaquetas.

Púrpura hemorrágica: la extirpación del bazo deja sentir su efecto ya sobre la herida operatoria. La mortalidad comprende únicamente cinco de los 60 casos operados, a pesar de haber sido llevados algunos a la operación en fases de intensa hemorragia.

Acción de filtro sobre agentes tóxicos e infecciosos.

Anemia esplénica: en estos casos, la anatomía patológica del hígado recuerda la de algunos casos de esplenomegalia sífilítica o séptica crónica. Las grandes adherencias del bazo hacen muy difícil su extirpación, especialmente en los casos de larga fecha. De 187 casos murieron 70 a consecuencia de la operación, y gran número de los restantes a consecuencia de hemorragias por rotura de varices del estómago.

Tuberculosis del bazo: de 10 casos operados viven cinco, y los restantes murieron a consecuencia de la tuberculosis de otros órganos.

Sífilis: operaron 11 casos, de los que viven 10; los síntomas de intensa anemia y el Wassermann positivo, a pesar del intenso tratamiento de su sífilis, desaparecieron casi inmediatamente.

Fiebre tifoidea y malaria, no tienen experiencia personal.

Neplasmas del bazo.

En los tumores benignos y en algunos malignos primitivos han obtenido buenos resultados; las metástasis en el bazo de tumores malignos deben tratarse siempre con rayos X.

Siguen algunos consejos sobre la manera de efectuar la esplenectomía. (*Revista de Med. y Cir.*, de La Habana, 891, noviembre 1935.)—M. B.

E. MARTÍN.—Principios y datos prácticos para el tratamiento del diabético.

Dice el autor que desde el empleo de la insulina es otro el porvenir de los diabéticos, pero añade que se ha de seguir un régimen apropiado al mismo tiempo, guiado por el médico, y no recurrir al sanatorio sino en aquellos casos en que se presenten complicaciones (gangrena, supuración), o que sea imposible nivelar la tara de azúcar en un tratamiento ambulatorio, etc.

Quiere en este trabajo explicar el esquema a seguir dietético y medicamentoso, y se muestra partidario del "régimen dit libre". Preconizado en los niños por Stolte, les representa un aumento de trabajo al páncreas. Equilibrar un enfermo en estas condiciones resulta imposible.

El diabético no debe ser sobrealimentado. Vemos, al disminuir la alimentación de un diabético, cómo le aumenta su tolerancia para los hidratos de carbono.

La dieta, desde el punto de vista calórico, debe ser estrictamente justa, pues hemos visto diabéticos ocupándose en sus trabajos que con 25 calorías por día y kilogramo ganaban peso. Comenzar el tratamiento de un diabético por dos comidas de legumbres al día lo recomendamos como útil.

Empleo de la insulina.

¿Cuándo se debe emplear la insulina?

No se puede responder esquemáticamente a esta cuestión. El empleo de la insulina está absolutamente indicado:

Primero. En el coma y precoma diabético.

Segundo. En los diabéticos jóvenes con desnutrición y acidosis.

Tercero. En el curso de la mayor parte de las complicaciones (gangrena, infección).

Cuarto. En todos los casos en que no se logre volver a la normal con la dieta o que al enfermo le sea de todo punto imposible seguirla muy rigurosa.

Con cada enfermo hay que seguir una pauta distinta y hay que vigilar constantemente.

Prescripción del régimen.

Hay que darle al enfermo, si se trata con insulina, una dieta suficiente de hidratos de carbono, por lo menos 100 gramos. Sólo así se equilibrará el régimen y se evitará la aparición de cuerpos cetónicos.

Se puede dar un régimen rico en hidratos de carbono y grasas o en hidratos de carbono y proteínas. Lo que los alemanes llaman "Zweignährstoffsystem", de Noorden.

El régimen de los profesores Addersberg y Borgés, rico en proteínas y pobre en grasas es hipocalórico.

Si hay trastornos hepáticos es necesario aumentar la dosis de insulina y aumentar los hidratos de carbono en la dieta. En el curso del tratamiento interesa pasar de un régimen a otro.

No se debe admitir un sólo tipo de alimentación.

Se harán los regímenes según la costumbre del enfermo, y sobre ellos se irán haciendo modificaciones según la tolerancia, siendo alta la dieta de vitamina, sobre todo de vitamina B.

Teniendo mucho cuidado con el pan de gluten, que no siempre está controlado, se le dará al enfermo, con mantequilla, pero ésta la puede tomar con la patata, y es bueno también darles zanahoria. Las frutas son inme-

porables, pues se les dan las vitaminas, las sales alcalinas y se favorecen las evacuaciones intestinales. Su acción anticetógena es importante.

Poco partidario de las listas de alimentos complicadas, debiendo tener una de legumbres de más del 5 por 100 de H. de C. y otra de frutas del 10 y 15 por 100, y se calculan los 100 gramos de H. de C. con 60 gramos de pan, 100 gramos de patata, dos de frutas de 10 por 100 de H. de C., 400 gramos de legumbres del 5 por 100 dan un total de 95 gramos, quedando cinco gramos para el azúcar que llevan los otros alimentos, que, como la leche, que tiene el 5 por 100 de lactosa, es algunas veces mal tolerada. Añade luego carne, huevos, pescado, grasas, según condiciones del enfermo.

Son muy oportunos los días especiales de avena, de Noorden, de amiláceos, de Falta, etc.; los días de verdura además son beneficiosos porque son días de media dieta.

La dosificación de la insulina se llevará a cabo pensando que el U. de insulina hace desaparecer dos gramos de azúcar urinario; se deben de dar las inyecciones en pequeñas cantidades, distribuidas por el día, cuatro o cinco inyecciones, muy útil en clínica, pero en la clientela privada se darán en dos o, a lo más, en tres. No pasar la dosis de la inyección de 30 unidades, y no se dan nunca las dosis de 70 a 80 como mantenedoras.

Dar la mayor dosis por la mañana, menos a medio día e intermedia a la noche.

Aconseja, con Sciclounof, dar la inyección de insulina una hora antes de la comida.

Se ha de enseñar al enfermo cómo se determina la glucosa y acetona en la orina para que éste haga las determinaciones y dé pauta al médico en el curso del tratamiento.

La guanidina, en sus formas comerciales, baja la cifra de insulina, pero es mal tolerada por el aparato digestivo.

Los preparados a base de santonina, azufre, extracto de myrtilo, etc., no son aconsejables.

La cura de Vichy es muy útil, por las manifestaciones hepáticas de muchos diabéticos, y que en bastantes casos son lesiones primitivas que dan lugar a hiperglicemias.

Uno de los factores que más se han de tener en cuenta para el tratamiento de los diabéticos es el proporcionar la insulina a precios módicos o gratuitos para los indigentes y los consultorios, para enseñar a tratarse a estos enfermos. (*Nutrition*. T. V. núm. 4, 1935, páginas 411-423.)—J. H. S.

P. VEGHELYI.—*Estudio sobre la administración de adrenalina y sobrecarga glucémica en niños hipotónicos.*

La curva adrenalínica en niños hipotónicos es chata y alargada. La fase inicial es, generalmente, positiva, con su máximo en los primeros cinco minutos, cuyo valor excede a 19,5 mm. de Hg. el valor inicial.

En la mayor parte de los casos, la reacción no transcurre en treinta minutos. El valor medio de las mediciones después de los treinta minutos es superior en 15,5 mm. de Hg. al valor anterior a la administración de adrenalina.

Las paredes vasculares de los hipotónicos aumentan de tonicidad consecutivamente a la administración de adre-

nalina. Las oscilaciones registradas en el tono oscilograma, aumentan, y alcanzan su valor máximo a los quince minutos, para disminuir de nuevo. Este síntoma no lo presentan los individuos que responden a la adrenalina con lentitud de pulso y malestar.

La glucemia en los niños hipotónicos es notablemente inferior a la normal, y llega a 81 mgr. por 100.

La curva de sobrecarga de glucosa es plana; el aumento medio es cerca de 38 mgr. por 100, una hora después de la administración de cuatro gramos de azúcar por kilo de peso.

La curva de glucemia está notablemente ensanchada; a las tres horas de la administración es todavía superior, con 14,5 mgr. por 100, al valor en ayunas, y en 40 por 100 al valor máximo medio.—(*La Pediatría*, Nápoles, 1 abril 1936, tomo XIV, fascículo 4, pág. 296.)—M. A. C.

K. EIMER.—*Los modernos tratamientos de la neumonía.*

La sueroterapia de la pulmonía se intentó desde el momento que se demostró que el neumococo era su agente productor. Mas como se ignoraba la existencia de razas diversas de este germen, responsable cada una de formas determinadas de la enfermedad, y cada una con sus reacciones específicas, bien pronto se vió que el fracaso era completo. Hoy día se admiten tres razas especiales de neumococos: tipos I, II y III, y un conjunto de bronconeumonías engendrados por gérmenes distintos, que primeramente se llamaron tipo IV de neumococo y que hoy día, en vista de su falta de especificidad, se llama tipo X.

Como el tratamiento por la sueroterapia es tanto más eficaz cuanto antes se implanta, y a partir del tercer día de enfermedad apenas sirve para nada, los progresos en la técnica para determinar con la máxima rapidez la raza productora de la pulmonía se reflejan en los buenos resultados de la sueroterapia. El método de Neufeld, que permite diferenciar las razas en veinte a treinta minutos, significa un evidente progreso. Las pulmonías más fáciles de dominar con los sueros son las debidas al tipo I. Representan el 35 al 40 por 100 del total y son también las que sin tratamiento se curan mejor. Son las pulmonías de jóvenes y adultos, típicas y sin complicaciones. Las pulmonías debidas al neumococo III son más graves, corresponden a la mayor parte de las neumonías de los viejos y responden peor al suero específico. Además, son propensas a complicaciones óticas ("neumococcus mucosus"). Las neumonías debidas al tipo II tienen propiedades intermedias: son más graves que las del tipo I y responden al tratamiento algo mejor que las del tipo III. Como se precisan grandes cantidades de suero para tratar la enfermedad, las casas productoras han recurrido a fabricar sueros concentrados. Hay que emplearlos muy pronto y en dosis altas. El tratamiento resulta muy caro. La acción del suero consiste en evitar la bacteriemia, que libera de pronto grandes masas de sustancias tóxicas y mortales. Los sueros polivalentes son mucho menos eficaces: mejoran el estado subjetivo, pero nada más. En las bronconeumonías debidas al tipo IV o X apenas si se consigue nada con sueros polivalentes.

Si por razones de localidad (práctica rural, etc.), no podemos utilizar sueros, lo mejor es pensar en la quinina y sus derivados. La quinina tiene una acción espe-

cífica sobre el neumococo, y el autor recomienda las inyecciones intramusculares de la quininauretano, preparado que conocen bien los que han tratado palúdicos en Africa. También es muy recomendable la solvoquina. La etilhidrocupreína u optoquina se recomendó muy calurosamente, pero pronto se vieron accidentes graves, sobre todo sobre el nervio óptico, por lo que en 1917 se prohibió su empleo en los hospitales militares alemanes. Más tarde, su preparado básico se rehabilitó en el tratamiento de las meningitis meningocócicas (por vía endolumbar), y volvió a utilizarse en la neumonía. Sólo sirve cuando se da en los tres primeros días de enfermedad. Más tarde, ni la optoquina ni los demás compuestos o derivados de quinina sirven apenas para nada. Un preparado muy útil y cómodo es el transpulmín, con el que se da solvoquina en forma y dosis adecuada, y además se suministra alcanfor, que siempre es útil. El último de los compuestos recomendados es la calcioquinina en inyecciones, siempre que se utilice al comienzo de la enfermedad.

Ninguno de estos métodos excluye la debida vigilancia del aparato cardiovascular, y el uso oportuno de digital, estrofantina, alcanfor y sus similares y cafeína, medicamentos todos salvadores en muchas ocasiones. (*Therapie der Gegenwart*, febrero de 1936.)—F. G. D.

BESSEMANS, VAN HEE y VAN HAELEST.—*Investigaciones experimentales sobre la infecciosidad específica de los ganglios inguinales de los paráliticos generales antes y después de las tentativas de activación o superinfección.*

Las inoculaciones efectuadas por los autores en el conejo, cobaya y ratón, no han permitido a los autores comprobar la infecciosidad específica de los ganglios inguinales de ocho paráliticos generales. Diversas inoculaciones cutáneas practicadas con el fin de provocar una activación ganglionar en los mismos enfermos han conducido siempre al fracaso. Colocándose en las mismas condiciones y en otras que Prigge y Rutkowski han ensayado—superinfectar cinco paráliticos generales por medio de escarificación cutánea con una raza treponémica mantenida en el conejo o con otra fresca conseguida de su propio sistema nervioso—no ha logrado producir ninguna lesión de inoculación, ni local ni general. Ha resultado igualmente imposible comprobar el hecho citado en un caso de los citados autores, según el cual, el virus del ensayo de superinfección podría, a pesar de la ausencia de acción, chancrigenainvadir y hacer virulentos los ganglios satélites del punto de inoculación (*Ann. de l'Inst. Pasteur*. Tomo 54, núm. 3, 1935.)—T. B.

PROF. CHARLES RICHEL.—*Tratamiento de la anafilaxia alimenticia.*

Nos dice el autor que ésta se revela por accidentes muy variados, tales como cutáneos, digestivos y nerviosos, bien de índole crónica o aguda. El tratamiento es difícil, y he aquí la sistematización que del mismo puede hacerse:

Tratamiento sintomático: variable, según la determinación orgánica y siguiendo la intensidad del síndrome.

Tratamiento etiológico: ante todo, supresión de los alimentos nocivos. Si no se sabe cuál es, utilizar el régimen de eliminación de Rowe. En algunos casos—po-

cos—debe ensayarse la inmunización progresiva. Este método nos dice Richet que suele fracasar muy a menudo.

Tratamiento patogénico: antes del desayuno y del almuerzo debe tomarse un desenanafillactizante. Utilizar la peptonoterapia de Paganiez y Vallery-Radot.

Aceite de parafina, que retarda la absorción y permite al organismo anafilactizarse.

Accesoriamente recomienda el autor un tratamiento gástrico, pancreático, que facilite la dislocación de las proteínas, y hepático, que facilite la detención por el hígado de las moléculas muy gruesas absorbidas por la vena porta.

Tratamiento fisiológico: debe llevar—nos dice Richet—a producir una modificación del terreno; los procedimientos propuestos para ello han sido la autohemoterapia y opoterapia entre otros. (*Bruxelles Médica*, número especial consagrado a las Jornadas Médicas de 1935.)—H. S.

D. ADLERSFERG.—*La protamina-insulina.*

De los dos inconvenientes grandes que tiene la insulina (el tenerse que aplicar en forma de inyecciones y el de agotar sus efectos en pocas horas, por lo que nunca puede suplir el continuo paso a la sangre de la hormona producida por el aparato insular), el primero no puede remediarse, y cuantos esfuerzos se han hecho para dar preparados por vía oral o por cualquier otro procedimiento, han fracasado por completo. Los pretendidos preparados sólo sirven para dar una falsa sensación de seguridad a quien los emplea, que se va agravando cuando confía en irse curando.

No así el segundo; parece ser que los esfuerzos para retrasar la absorción de la insulina y que ésta pase al torrente circulatorio con lentitud han tenido éxito, y que se ha logrado lo que se deseaba, sin más que añadir a la insulina una protamina. Estas se extraen del esperma de diversos peces, y las más usadas han sido la escombrina y la cefalina. Para inyectar la mezcla, que se presenta en el comercio en tubos análogos a los de la insulina, hay que adicionarla de una disolución de fosfato bisódico al 1 por 100. A la insulina-protamina se le agrega un centímetro cúbico de esta disolución y queda un líquido lechoso con el producto en suspensión, que no es doloroso al inyectarlo bajo la piel, y que se absorbe con mucha lentitud, con lo que los efectos son más constantes y mejores, pudiéndose incluso disminuir las dosis para obtener idénticos resultados que con las dosis primitivas de insulina sola. Cita el autor la historia de un joven, al que dos inyecciones diarias de una dosis conocida de insulina sostenían una mejoría clínica con glucemias de 270 a 300 miligramos, mientras que con la misma dosis e igual número de inyecciones de la mezcla insulina-protamina la glucemia se sostuvo en 130 a 150 miligramos.

Especialmente para las diabetes graves con grandes oscilaciones de glucemia, después de las inyecciones de insulina, parece muy indicado este modo de administrar el medicamento, que, al pasar con lentitud a la sangre, mantiene una glucemia casi constante, evitándose las temidas hipoglucemias insulínicas.—(*Sociedad Médica de Viena*, sesión del 3 de abril de 1936.—*Wiener Klin. Woch*, 1936, núm. 15.)—F. G. D.

PROGRAMA PROFESIONAL

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

SUMARIO.—SECCIÓN PROFESIONAL: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Cronicon bibliográfico: La pasión de mandar. El Conde-Duque de Olivares, por F. G. D.—Comparecencia del Colegio de Médicos de Madrid en la información pública sobre el Seguro Social de Enfermedad.—El Dr. Espinosa Ferrándiz y el Seguro Social de Enfermedad, por J. H. S.—ACADEMIAS Y SOCIEDADES.—Actualidad profesional: El Seguro de Enfermedad y los problemas medicorurales, por el Dr. J. Alvarez-Sierra.—Hablemos claro, por Sisinio Crespo.—Casa de Salud Valdecilla.—Instituto Nacional de Sanidad.—Sección oficial.—Gaceta de la Salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Tertulia.

BOLETIN DE LA SEMANA

FRENTE AL SOLSTICIO

Durante muchos años era crónica obligada por esta fecha el anuncio de la terminación de la vida activa invernal en Academias y Sociedades y de la entrada en un período de calma estival en las actuaciones médicas docentes y profesionales.

Este año, de un lado, lo inseguro de la temperatura y del ambiente meteorológico, y de otro, lo más inseguro aún de la vida política nacional nos anuncian la entrada en el solsticio de verano como algo muy desemejante a lo que de hábito fué durante el transcurso de nuestra existencia.

Son tantos los problemas que se encuentran pendientes de una acuciadora solución para nosotros, los médicos españoles, que mal se pueden escribir líneas de invitación al reposo y al estudio en la calma de las imperiosas vacaciones del estío. ¡Buen verano nos promete este año de desgracia de 1936!

Durante la pasada semana sabemos con cuánta buena fe y denodado empeño se ha trabajado en el Colegio de Médicos de Madrid para redactar una comparecencia lógica y ponderada ante la información pública abierta con motivo de la unificación de los Seguros Sociales, en que va incluido el Seguro Social de Enfermedad.

En este mismo número encontrará el lector, íntegramente reproducida, la labor de unos cuantos esforzados compañeros que combaten denodadamente por alcanzar el mayor bien dentro de esta catástrofe que para la clase supone la implantación del Seguro.

Sobre este documento no podemos dar más juicio crítico que el de un fervoroso aplauso a las entidades y compañeros que se desvelan en esta lucha ingrata frente a tan gran problema. No se nos pida otra opinión, porque nosotros, siempre leales a lo que fuimos y defendimos siempre, como cuestión primaria de nuestra razón de ser y existir, somos decididos enemigos del Seguro de Enfermedad, como lo fuimos y lo seguimos siendo del aspecto mutualista de las prestaciones de servicio médico. La Sanidad para el Estado, plena, definitivamente para el Estado en cuantas actuaciones y perfiles quepa encontrar el aspecto sanitario a la gestión estatal. La profesión de la Medicina libre e independiente para los médicos, absoluta y totalmente libre para los médicos y para los enfermos, porque, de otra forma, ni es conveniente al bien de la sociedad ni es posible la existencia del ejercicio médico digno y honesto.

El estudio de la psicología de las multitudes, que no son sólo las agrupaciones de gente incul-ta y apasionada a quienes de costumbre así se califica, el estudio de la psicología de las multitudes nos hace comprender la inutilidad de dirigirnos en estos momentos con las razones simplistas que congregarian en torno nuestro a una gran masa de la opinión médica española. Frente a ella se alzaría la inmensamente mayor de los desesperados, de los desilusionados e impacientes que piden algo nuevo, con una lógica e infantil esperanza de resolver en ello su triste situación.

Dolor de corazón nos ocasiona frente al continuo expolio de la situación económica de los médicos hecha por todas las congregaciones gremiales que integran la vida social moderna, con el constante abuso en el encarecimiento de la vida, en la esclavitud a las incomodidades y a las vejaciones ocasionadas por los trastornos de la lucha gremial y societaria, este verdadero vasallaje que se pretende imponer a la clase médica con la imbécil razón de "un compromiso internacional" que la inmensa mayoría de los médicos españoles desconocen, y a los que nosotros podríamos decir muy altamente que no hay jurisprudencia ninguna en el mundo que tenga fuerza moral para torcer los dictados del derecho natural, que es el fundamento y base de todos los derechos, y que es estúpido sujetarse a un compromiso internacional que deja de tener toda substancia ante el fracaso de compromisos de mucha mayor envergadura y consecuencia para la vida de los pueblos, que hemos visto troncharse como pajuelas ante la actitud enérgica de pueblos que anteponen el dictado supremo de su existencia a las razones arbitrarias de conveniencias políticas y movimientos doctrinales, que ni son los únicos que en el mundo han sido, ni lo serán en la sucesión de los años, y que nos arrastran, por una necia incompreensión, a destruir los más altos valores de una clase intelectual que era una promesa para el contenido cultural de nuestra patria.

Una grata noticia hemos de dar en esta crónica semanal, y es ella la elección que los profesores y alumnos del Instituto Rubio han hecho del Prof. D. Ramón de Luis y Yagüe para dirigir esta institución, de tanto prestigio en la clase médica española. Al celebrar el acontecimiento, damos nuestra más cordial enhorabuena a nuestro querido compañero el Dr. Yagüe por la justísima distinción que se le ha hecho.

Ayuntamiento de Madrid

DECIO CARLÁN.

CRONICÓN BIBLIOGRÁFICO

La pasión de mandar. El Conde-Duque de Olivares

Es Marañón hombre de vasta y recia cultura; viviendo en una época de especialistas a ultranza, que se vanaglorian de ignorar todo lo que no es lo suyo y que, de cepillarlos un poco, resultarían ignorantes de mucho de lo que presumen saber, Marañón, presume o no de ello, es un polígrafo que hubiera hecho un excelente papel entre los más conspicuos de los de siglos pasados. Así, lo vemos ir acaparando las medallas de todas las Academias sin que en ninguna entre de favor, sino con todos los honores; y, en la misma Medicina, Marañón no se ha enquistado en ninguna especialidad; ha dominado la epidemiología; en su clínica y en sus escritos pasa revista a toda la Medicina interna, y cuando se especializa oficialmente, lo hace en la endocrinología, que es como especializarse en toda la Medicina; y buena prueba de ello es su libro de Ginecología endocrina, del que di cuenta en este periódico.

Su obra *El Conde-Duque de Olivares* es la tercera de historia que da a la estampa. Antes había biografiado a Enrique IV y su tiempo, y después a Feijóo y su época. Sus monografías son obras de síntesis, como esta que aboceta todo el interesante período del reinado de Felipe IV, con tal cúmulo de datos y con tan interesantes aportaciones, que quienes en lo sucesivo deseen tratar de la primera mitad del siglo XVII, tendrán por fuerza que contar con este libro para seguirlo o para rectificarlo, pero nunca para darle de lado.

Figura central de ella es el "gran valido", cuyo poder y bríos sólo tienen antecedentes en D. Alvaro de Luna, privado también de un rey abúlico y amante de la literatura, que, como D. Gaspar de Guzmán, pensó en algo más que en acaparar el poder y sostenerse en él, y que, como aquél, fué combatido y vencido por la nobleza, que, más dominante y con menos frenos que en tiempos de Felipe IV, no cejó hasta tener su cabeza. Y es curioso que en aquellas épocas de los reyes absolutos, que reinaban y gobernaban, fueran los favoritos los directamente responsables a los ojos del pueblo de cuanto malo acaecía y que, más tarde, en la época de los reyes mediatizados, que reinan, pero no gobiernan, sean los reyes quienes paguen directamente los desaguisados de su época, mientras sus gobernantes, o se hacen los muertos o pregonan sus tan grandes aciertos, que costaron la corona a quien no gobernaba o buscan el seguir gobernando pensando que, si van las cosas mal, nunca faltará otra cabeza de turco que guarde la suya.

Gran hombre el Conde-Duque, cualquiera que sea el juicio que su obra merezca, Marañón lo estudia integralmente, es decir, en su totalidad kantiana y en relación con el medio en que vive. No lo veo yo exactamente igual que el autor. Sus retratos, y aun la única medida antropométrica de su armadura me lo hacen aparecer más atlético que pícnico; su modo de comportarse, más como un distímico que como un ciclotímico, y, en conjunto, creo que el componente epiléptico que Marañón admite como complemento de su modo de ser es más bien lo esencial, y lo ciclotímico lo accesorio.

Hombre macizo de cuerpo lo llama Marañón, cuando en el capítulo del "Hogar" compara su complexión con la de su hermana, doña Leonor, y maciza también era

su afectividad, como la de la gran familia de los epilépticos; y maciza y rectilínea su actitud, poco propicia a ponerse a tono con el medio ambiente, a sintonizar con el que le rodea, como en la de los pícnicos. Por eso fué poco simpático o francamente antipático. A los puntos de la pluma se me vienen las características de dos individuos contemporáneos muy distintos del Conde-Duque: uno, porque era más pícnico que éste, y por ello, ni fué ciclópeo ni tuvo afectividad maciza, ni la concepción genial, acertada o errónea, que para nuestro caso es lo de menos; y otro, al parecer secundario, pero que fué muchas veces esencial y siempre el que dió unidad a todo un período más macizo que el primero, aunque sin rasgo alguno de la genialidad del Olivares. Piense Marañón quién era el simpático y quién no. Es raro el pícnico y ciclotímico antipático y tan rectilíneo persistente en su labor.

Lo que sí fué es gran hipertímico con distimias repetidas, pero breves, que se traducían en fugas o intentos de ellas, pero que jamás ofrecieron el carácter de un largo período de depresión hasta que llegó el principio del envejecimiento precoz. Su fuga del año 19, seguida de su largo alejamiento de la Corte, no fué a desembarcar en un período de depresión ni de melancolía, sino de juerga y diversiones en Sevilla, de las que costó gran trabajo arrancarle. Fueron distimias, tan frecuentes en los hipertímicos optimistas y trabajadores, distimias breves en su exteriorización, siquiera desde los treinta y nueve a los cuarenta años hubiera un fondo de depresión en toda la vida de D. Gaspar de Guzmán.

Hombre rectilíneo, lleno de ambición, con gran capacidad de trabajo, cultura y moral muy superior a la media de su época, no sólo a la media total, sino a la media de su nobleza; que en rectitud moral fué superior a los dos grandes genios literarios—Lope y Quevedo—, que, si intrigó, nunca mendigó, y supo imponerse, por ser el mejor presentado, el que más aparentaba a su debido tiempo, nunca por trepar al amparo de nadie; que trató a los nobles como trataba su padre a los cardenales en Roma, y se atrevió con el rey como su padre con el papa, con prontos o cortocircuitos muy propios de epilépticos e hipertímicos, y con un ideal arcaico e inoportuno, pero grande, que simbolizó en la defensa de la fe y en otro problema que no supo llevar debidamente, pero que, de no resolverse según sus miras, tiene que resolverse, por ser Castilla una región más, con tanto fuego y tanto poderío frente al poder central, como todas las demás, para que cese de una vez de ser realidad que

*¡Sólo Castilla y León,
y el noble reino andaluz.
llevan a cuestras la cruz!*

Olivares tuvo sobre sus hombros la carga del Gobierno de España, sencillamente porque entre realza, nobleza y pueblo no había quién pudiera igualarle, y menos superarle, como se demostró tristemente con el paso que llevó España desde que fué alejado del puesto de valido. Visto hoy con nuestro modo de pensar y sentir, podrá discutirse y reprochársele muchas de sus cosas, pero ¿quién podía hombrarse con él en la primera mitad del siglo XVII?

Deshecho su sistema vascular, con un corazón que flaqueaba, unos riñones que no servían—murió de uremia—y un cerebro mal regado, la serenidad con que se miran las cosas a los cuarenta años y el tinte de melancolía de que se impregnan después de esa edad, fueron para él

comienzo de demencia orgánica y final de psicosis aguda urémica, con la mejoría transitoria de la gran sangría en que se derramó la sangre por la cama y los veintidós o veintitrés cursos de humores crecidos y coléricos que le desintoxicaron por breve período de tiempo.

Si es verdad lo que piensa ese político moderno de que lo único que queda de los Gobiernos es la arquitectura, de el del Conde-Duque queda el Retiro de Madrid. ¡Cuántas gracias tenemos que darle por ello!

Marañón está en la plenitud de su talento; tiene una serenidad para enjuiciar verdaderamente admirable; indudablemente, es hombre, tipo de esos ingleses que no se acuestan sin haber hecho examen de conciencia de aquel día y de los pasados. Por eso, al hablar de la leyenda de la codicia, termina diciendo que ha puesto tanto interés en destruirla, "tal vez como penitencia a haber creído con demasiada buena fe en los palacios y en las fincas adquiridas con el caudal del Estado por hombres públicos de mi tiempo, que luego supe con certeza que estaban tan pobres como antes de su poderío". Aparte de esa penitencia, Marañón piensa siempre conjuntamente en el válido y en la actual España.

¡Ojalá que sus palabras serenas, de un hombre que ha vivido mucho y ha visto y meditado tanto, sirvan de enseñanza a todos!

Algunos de sus capítulos, como los que dedica a la familia y a la influencia que las mujeres ejercieron en su vida, son sencillamente admirables. En general, la parte no polémica de la obra es superior en calidad.

Y a esperar el nuevo libro, que piense y bosqueje, quizá tumultuosamente, pero que luego redacte en la reposada paz y tranquilidad de los austeros y encantadores cigarales de Toledo, impregnándolo de esa ecuanimidad que se acusa en sus obras actuales, y que así concebidos y redactados, sirven de recreo y enseñanza para todos.—F. G. D.

Comparecencia del Colegio de Médicos de Madrid en la información pública sobre el Seguro Social de Enfermedad

"Excmo. Sr.: Dispuesto por orden de V. E., fecha 25 de mayo del año actual, aparecida en la *Gaceta* oficial del día 28 del mismo mes y año, la apertura ante ese Ministerio (Servicio de Previsión Social) de una información pública acerca de las BASES PARA EL ANTEPROYECTO DE UNIFICACION DE SEGUROS SOCIALES, que se inserta en el mismo número de dicho periódico, cumple al Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Madrid la ineludible obligación de acudir a la referida información, lo que hace por medio del presente documento, que no dudamos ha de recibir la merecida acogida, tanto más cuanto que refleja exactamente el sentir general de la clase médica de Madrid, manifestada en Junta general extraordinaria. No se olvide que el Seguro de Enfermedad, como todos los de carácter esencialmente sanitario, no podrán lograr nunca su eficiente desarrollo si las clases sanitarias que han de prestar los servicios no sienten la "interior satisfacción" que es base indispensable para el normal ejercicio profesional. Es el hecho de que esta unificación no significa el acoplamiento o engranaje en uno solo de varios Seguros ya existentes, y funcionando en virtud de le-

yes independientes, sino que supone la creación, la organización de tres Seguros (Enfermedad, Invalidez y Muerte) y la reforma de dos Seguros (Maternidad y Vejez), y si aquel acoplamiento de Seguros ya en funciones podría llevarse a cabo mediante una ley de reducido número de artículos y previa una información pública delimitada y muy concreta, expresión fácilmente realizable en pocos días. Lo que se pretende en las Bases publicadas en la *Gaceta*, que es nada menos que dar las normas para implantar los Seguros de Enfermedad, Invalidez, Vejez y Muerte, y para que funcionen armónicamente entre sí y con los de Vejez y Maternidad, debidamente modificados, ESTO NO PUEDE EN MANERA ALGUNA hacerse con tan reducido número de artículos, ni mucho menos pretender que las Colectividades e individuos interesados en los problemas que ello plantea den su opinión, su informe razonado completo y bien meditado en un plazo de VEINTE DIAS NATURALES, tan notoriamente insuficiente, que no sólo priva de poder acudir a la información a sectores y organismos interesados y preparados para hacerlo, sino que en este período de tiempo no habrá llegado la *Gaceta* oficial en donde se publica la Orden a menos de los habitantes de algunas provincias españolas, cuyas comunicaciones no lo permiten.

La premura salta más a la vista si la comparamos con el plazo de SEIS MESES que se concedió para la información pública cuando, en 1925, se pensó en redactar un anteproyecto de Seguro de Maternidad, y con el de DOS MESES Y MEDIO que volvió a concederse con el mismo fin, cuando, dos años después, en 1927, se aprueban unas bases de anteproyecto de dicho Seguro por la COMISION PARITARIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION..., y estos plazos eran para un Seguro de extraordinaria limitación y de notable sencillez.

UNIFICACIÓN DE LOS SEGUROS SOCIALES

Establece el anteproyecto que comentamos la unificación de dos tipos de Seguros: los de capitalización y los de reparto, entre los cuales, y dadas las grandes diferencias, tanto de régimen financiero como de finalidad, no podrán ser unificados en la realidad.

Respecto a la unificación entre sí de los diversos Seguros de tipo sanitario o de reparto, que nosotros entendemos, discrepando con ello del anteproyecto, que son los de Enfermedad, Maternidad o Invalidez temporal, creemos que cuando alcancen la plenitud de su desarrollo, es posible que convenga estudiar la articulación de unos con otros, pero, en el momento actual, y dados los graves inconvenientes de fondo y de forma, técnicos, administrativos y económicos, que, según ha demostrado la práctica ofrece el Seguro de Maternidad, consideramos inaceptable.

Entiéndase bien, que tan deficiente y reformable consideramos la actual organización del Seguro de Maternidad, que si no se aceptan estas modificaciones fundamentales que proponemos, con ineludible intervención de las agrupaciones profesionales técnicas, creemos indispensable la absoluta separación de ambos para evitar los perjuicios que al de Enfermedad ocasionaría los detectos del Seguro de Maternidad.

CAMPO DE APLICACIÓN

El límite de 6.000 pesetas anuales que se fija para pertenecer al Seguro de Enfermedad le consideramos

privado de la necesaria elasticidad para adaptarlo a los diferentes medios de población y estado económico de los asegurados; para nosotros, y con esta afirmación no creemos hacer ningún descubrimiento, la razón de ser del Seguro Social de Enfermedad es la no suficiencia de los medios económicos de los asegurados para cubrir el riesgo eventual de la enfermedad, y esta insuficiencia para un asegurado que tenga unos ingresos fijos no es la misma si no tiene hijos o es soltero, o si tiene dos hijos o seis; tampoco es igual si vive en una gran ciudad o en un medio rural; indicamos, por tanto, la conveniencia de que este límite máximo tenga una escala descendente que permita su adaptación a los diversos casos apuntados.

También en el campo de la aplicación y en relación con el Seguro voluntario de Enfermedad, establecido en el artículo 11, hemos de consignar nuestra opinión de que en un *Seguro Social* no debe haber una forma voluntaria y otra obligatoria, por el hecho de que un obrero tenga patrono y otro no, lo cual es una circunstancia accidental y sin importancia, al lado de lo verdaderamente fundamental de la debilidad económica de ambos. El Seguro Social de Enfermedad, si ha de cumplir debidamente su obligación de defender la salud de los que por sus solos esfuerzos no pueden hacerlo, debe ser obligatorio para todo ciudadano cuyos ingresos no alcancen al límite que se fija.

Si no estamos conformes con el Seguro voluntario, mucho menos lo estaremos con el ingreso en él de aquellos asalariados cuyos recursos sean superiores al límite señalado que se indica en el mencionado artículo 11, y aun con la permanencia en el mismo de los que, ingresados obligatoriamente, por no alcanzar la cifra tope de ingresos transcurrido un lapso de tiempo, rebasen el tope señalado.

Esto no es óbice al derecho de todo ciudadano español de asociarse para la obtención de los fines que persiga, pero como en el Seguro Social de Enfermedad, el Estado contribuye con su ayuda, así como los patronos, por ser los asegurados económicamente débiles, estas cargas que se imponen al Estado y patronos sólo deben destinarse a beneficiar personas que sean consideradas, desde el punto de vista económico como débiles.

En la cifra tope máximo que se fije deben estar comprendidos, no sólo las rentas de trabajo del asegurado, sino todas aquellas aportaciones de cualquier naturaleza y origen que refuercen los ingresos familiares. Para las prestaciones sanitarias no deben existir los límites de edad que se señalan en el anteproyecto, pues la finalidad sanitaria del Seguro no ha de ser limitada; bien entendido que nos referimos exclusivamente a las prestaciones sanitarias con absoluta independencia de lo que se determine para las económicas.

PRESTACIONES

El Seguro debe bastarse a sí mismo y con sus propios medios para el cumplimiento de todas sus obligaciones, y en este sentido no podemos menos de mostrar nuestra conformidad con lo señalado en la letra e) del apartado primero del artículo cuarto, que ya el siguiente, letra f), desnaturaliza por completo, al proponer que un Reglamento determine la coordinación que deberá existir entre el Seguro, la Sanidad pública y las diversas Beneficencias. Aparte de las relaciones obligadas de

la Sanidad pública y cualquier actividad sanitaria, no deben establecerse coordinaciones ni prestaciones de las Beneficencias al Seguro, con el doble daño de desvirtuar la finalidad específica de las Beneficencias, ya insuficientes para atender a sus usuarios legales, los indigentes, o inferir el agravio que significa dar servicios gratuitos a quien cotiza para recibirlos.

Una somera ojeada a todo el artículo cuarto, que se refiere a prestaciones, evidencia claramente la distinta forma de desenvolver el detalle minucioso y completo de las prestaciones de tipo económico que ha de recibir el asegurado y la omisión de términos precisos en las prestaciones sanitarias que en su totalidad se asignan al Reglamento. El Colegio que informa opina que la ley debe marcar de un modo terminante y explícito las prestaciones sanitarias que han de recibir los asegurados en cantidad y calidad, al igual que lo que hace con las de tipo económico, pues es función primordial de la ley el expresarlo, y no de un Reglamento, cuya función debe ser de desenvolvimiento y aplicación de la ley, pero en ningún caso debe suplir las deficiencias u omisiones que tenga.

Dichas prestaciones han de ser iguales, al menos, que las que presten en la actualidad la entidad del Seguro libre que mejor funcione y mejores servicios tenga estatuidos.

Como norma general, podemos indicar que, además de los servicios de Medicina y Cirugía generales, especialidades, servicio farmacéutico y auxiliares, han de prestar hospitalización adecuada a los enfermos que la precisen, organizando igualmente servicios o equipos de urgencia de Medicina y Cirugía.

Entendemos que el derecho a las prestaciones sanitarias debe concederse, tanto al asegurado como a sus familiares, desde el primer día, y ello porque evita el grave conflicto sanitario y económico que significaría dejar sin asistencia durante un lapso de tiempo a una gran masa de personas modestas, todo ello dejando subsistentes los plazos señalados para las percepciones del subsidio económico.

Como observación al número cuarto del apartado quinto del artículo cuarto, entendemos que toda propuesta de mejora de prestaciones sanitarias hechas por una entidad aseguradora deberá ser aprobada sin más limitación que la demostración, por su parte, de la posibilidad económica de hacerlo.

RECURSOS ECONÓMICOS

Estipula el artículo quinto que, de la totalidad de las cuotas patronales y obreras, el Reglamento determinará la parte de aquéllas destinadas a cubrir los riesgos de enfermedad y maternidad, por una parte, y los de invalidez vejez y muerte, por otra. Como pensar siquiera que al publicar el anteproyecto de ley, los organismos competentes no tengan calculada ya la parte correspondiente a cada uno de dichos riesgos sería un absurdo, creemos que en el mismo anteproyecto debía darse a conocer la cuota calculada para cada uno de ellos, lo que permitiría conocer los recursos económicos con que cada uno cuenta.

En lo relativo a los recursos con que contribuiría el Estado, nos remitimos a lo ya expuesto sobre la improcedencia de la prestación al Seguro de los servicios de Beneficencia. Finalmente, queremos poner de manifiesto una omisión esencial: ¿quién abona las cuotas del



Acto de constitución de la nueva Sociedad de Médicos analistas de Madrid, celebrada en el Colegio de Médicos bajo la presidencia del ilustre Dr. Rodríguez Illeras.

obrero asegurado y en paro forzoso? ¿A qué prestaciones tendría derecho? ¿Se le piensa agravar la situación angustiosa de paro con la suspensión de derechos a prestaciones sanitarias?

La aplicación general comprenderá al patrono, pero la elección de la Caja es únicamente potestativa del asegurado.

RÉGIMEN FINANCIERO

Al admitir el anteproyecto que el régimen financiero del Seguro de Enfermedad y Maternidad se adaptará al sistema de reparto, no consideramos precisa la formación de grandes fondos de reserva, tanto más cuanto que, al establecer la revisión de cuota o prima en este Seguro cada año, hace fácilmente subsanable cualquier error de cálculo o cualquier eventualidad; por consiguiente, opinamos que los sobrantes, en su mayor parte, no deben dedicarse a la acumulación de capitales, sino a mejorar los servicios. Con ello, a lo largo del tiempo, se haría el Seguro más económico, por disminución de la morbilidad.

ENTIDADES ASEGURADORAS

La Conferencia de Barcelona, celebrada en noviembre de 1922, afirmó que era esencial para la mayor eficacia de los Seguros Sociales obligatorios de Enfermedad, Invalidez y Maternidad que su administración fuera confiada a las Sociedades de Socorros mutuos. Los Montepíos y Mutualidades existentes constituirán el primer núcleo de entidades aseguradoras locales, y como decía el Sr. Marvá, "CREIAN LOS MONTEPIOS QUE EL RÉGIMEN EN PROYECTO IVA A ATROPELLAR SU OBRA AUGUSTA, AMASADA CON SACRIFICIOS, BENDECIDA POR TANTAS GENERACIONES. Y SE HAN ENCONTRADO CON LA SORPRESA DE QUE LAS PONENCIAS DE LA ASAMBLEA LOS CONSIDERABA FLORONES Y ORGULLO EN NUESTRA ESPIRITUALIDAD COMO ALGO SAGRADO QUE ERA PRECISO RESPETAR, ROBUSTECER Y DIFUNDIR EN LOS NUEVOS SEGUROS SOCIALES"... La Conferencia, por último, pidió que el Instituto Nacional de Previsión, en los nuevos Seguros asuma funciones inspectoras, funciones de coordinación nacional entre todos los organismos administrativos del Seguro

funciones administrativas respecto a los fondos de compensación que se establezcan en previsión de los desniveles financieros y de la masa de malos riesgos a que el Seguro obligatorio tendrá que atender, y a la administración exclusiva del Seguro de Invalidez permanente.

También en el informe del Sr. Marvá se dice que la Asamblea "HA VOTADO LA ASPIRACION DE QUE EL INSTITUTO Y SUS CAJAS COLABORADORAS PROTEJAN EL MOVIMIENTO MUTUALISTA EN ESPAÑA, MISION ALTISIMA QUE AQUEL VE CON SIMPATIA".

En España existen desde remotos tiempos entidades que de un modo casi perfecto y a completa satisfacción de los beneficiarios vienen practicando el Seguro libre de Enfermedad, y si bien estas entidades, en su totalidad, no reúnen las condiciones señaladas en los Convenios internacionales, la labor desarrollada en pro de la salud de las clases modestas, la función de asistencia suplida tantos años y la perfecta legalidad de su actuación, bien merece que no se prescindiera de su colaboración en estos momentos en que, entrando el Seguro de Enfermedad por nuevos derroteros, podrán seguir realizando brillante labor, de la que es buena promesa su valor histórico en lucha con una escasez de recursos que destaca más su labor.

La lucha contra su existencia, no en competencia libre, sino al amparo de una ley obligatoria, "produciría una penosa impresión; que se reformen bien; pedir que mueran sería poco humano y crueldad estéril".

Por tanto, creemos fundadamente que la ley debe imponerles las reformas estatutarias precisas para hacerlas aptas y seguir prestando el Seguro de Enfermedad en esta nueva fase social.

Su actuación, engranada dentro de la organización general del Seguro, deberá respetar en todo lo posible su autodeterminación en todo aquello factible para que la iniciativa privada, siempre despierta en beneficio de sus prestaciones, mejore éstas incesantemente.

Será preciso tener en cuenta que el reaseguro debe hacerse en las condiciones de máxima liberalidad en beneficio de los asegurados mismos; los detalles de este reaseguro deberán ser especificados en este anteproyecto.

Reconociendo la necesidad de que todas las entidades aseguradoras estén sometidas a las inspecciones debidas y a la oportuna fiscalización de su gestión, ambas funciones deben detallarse claramente en la ley, para que una arbitraria interpretación de la misma no haga ficticia la autorización otorgada a determinadas entidades para la gestión y administración del Seguro de Enfermedad, pues pudieran ser tales las dificultades y cortapisas impuestas a dichas entidades, que resultara impacticable su gestión e inútil, de hecho, la concesión que se les ofrece.

INSPECCIÓN Y JURISDICCIÓN

La inspección sanitaria debe ser hecha exclusivamente por profesionales médicos, a los que, en garantía de su actuación, se les declarará incompatible su función inspectora con el ejercicio profesional y con otros cargos públicos.

Para resolver los conflictos de trabajo que puedan surgir entre las entidades aseguradoras y los sanitarios o sus organizaciones, continuarán entendiendo los Tribunales de Trabajo de tipo paritario análogos a los que actualmente funcionan y a los que están acogidos los médicos desde su creación, y seguirán rigiendo para ellos la legislación en uso.

En cuanto a los de tipo deontológico, serán de la jurisdicción de los Colegios Oficiales respectivos.

SEGURO VOLUNTARIO

Nada tenemos que agregar a cuanto hemos manifestado anteriormente en contra de la existencia, dentro del Seguro Social de Enfermedad, de una modalidad voluntaria del mismo. Por consiguiente, nos remitimos a lo ya manifestado, contrario a que pueda haber modalidad voluntaria.

BASES TRANSITORIAS

Como observación al número tercero de la Base transitoria quinta, hemos de volver a manifestar, reforzando la argumentación hecha en otro lugar, que intentar quede diferida la asistencia hasta un año que puede durar la confección del censo no puede hacerse sin quebranto y perjuicio para la familia, quedando, por tanto, supeditada la implantación del Seguro a la terminación del censo.

CONCLUSIONES

1.^a Causa extrañeza considerar que en 11 artículos se pretenda articular cinco Seguros Sociales, que las legislaciones extranjeras desenvuelven en número que no resisten una somera comparación. Y es que esto, considerado como guión, sería todavía deficiente. La ley debe tener un articulado amplio y preciso sobre toda clase de prestaciones y subsidios, sin que al Reglamento incumba nunca otra cosa que desenvolver la ley, sin suplirla jamás.

2.^a Si se obtienen las garantías del párrafo segundo del capítulo "Unificación de Seguros", creemos deben ir unidos los Seguros de Enfermedad, Maternidad e Invalidez temporal, pero siempre con las garantías expuestas.

3.^a La clase médica será la única encargada de organizar los servicios técnicos médicos, máxima garantía de que éstos sean completos y eficientes.

4.^a Los beneficiarios del Seguro deben serlo todos obligatoriamente, pues si la misión de aquél es velar por la salud y bienestar de los ciudadanos que por su limitación de recursos no pueden hacerlo, no debe haber

ante esta imperiosa necesidad razones de ningún orden que deje indefensos ante la enfermedad a los que por sí mismos no pueden hacerle frente.

5.^a El Seguro debe bastarse a sí mismo y por sí mismo para cumplir la misión que le incumbe, sin involucrar en sus servicios a la Sanidad pública, cuya alta misión estatal nada ni nadie debe desviar.

Las Beneficencias tienen su misión específica también; si hoy, no atendiendo más que a sus legítimos usuarios, no tienen capacidad para absorber el considerable número de enfermos que a ella acuden, menos podría pensarse que preste servicios al Seguro.

6.^a Un Seguro Social de la envergadura del de Enfermedad y demás sanitarios deben ser iniciados y rodeados del máximo prestigio moral y técnico.

Creemos que los Seguros deben prestar, como mínimo, los mismos servicios que la entidad tipo libre que mejores prestaciones dé.

7.^a Creemos necesario que la ley determine inequívocamente la parte de cuota que corresponde a cada Seguro y al reaseguro, sin cuyo previo conocimiento nunca tendrán base sólida la creación y reglamentación de las prestaciones de ningún orden.

No debe hacerse esto sin la intervención de la clase médica, que sufriría, sin resignarse, las lastimosas consecuencias de tamaña previsión.

8.^a Las entidades constituidas que practican el Seguro libre de Enfermedad, puestas en adecuadas condiciones legales para asumir la nueva función social de los Seguros, deben, no sólo ser respetadas, sino favorecidas, para llegar por su intermedio, en donde existan, a la implantación de los Seguros Sociales de tipo sanitario, sin transiciones bruscas y peligrosas, que pondrían en peligro el prestigio y la aceptación de buen grado por todos los interesados.

9.^a Todos los ciudadanos, sin excepción, acogidos al Seguro y sus familias, tienen que ser atendidos sanitariamente desde el primer día y mientras lo necesiten, sin limitación de plazos.

10. La inspección sanitaria correrá a cargo de un Cuerpo Médico Inspector creado por el Seguro, independientemente de la que el Estado quiera y deba hacer por intermedio de sus adecuados organismos técnicos.

11. Los médicos que presten servicios en las Cajas de los Seguros Sociales deben tener la garantía de ser juzgados en sus divergencias con dichas Cajas o en las faltas que pudieran cometer de un modo imparcial y con el control de sus organizaciones, y nada mejor que Tribunales paritarios para hacerlo.

12. El Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Madrid queda, como siempre, a la disposición de los Poderes públicos para, con los medios técnicos que tiene a su alcance, informar, aconsejar o estudiar, si fuese para ello requerido, cualquier problema de índole sanitaria relacionado con los Seguros Sociales, pues para ello dispone de todos los resortes técnicos precisos a cada disciplina, máxime si esta Presidencia pudiese delegar en cada caso concreto en las diversas Asociaciones o colegiados que nosotros mismos reconozcamos como mejor capacitados en la cuestión objeto de estudio o consulta.

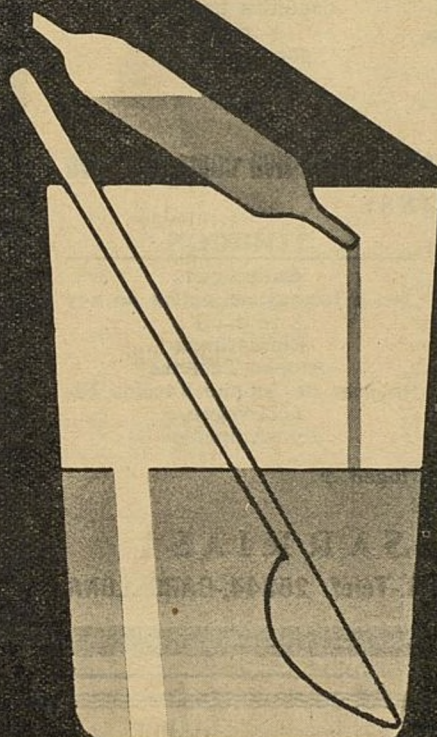
Este Colegio Oficial de Médicos, respetuosamente, desea viva V. E. muchos años.

Madrid, 16 de junio de 1936.—*El Secretario.—El Presidente.*"

VACLYDUN

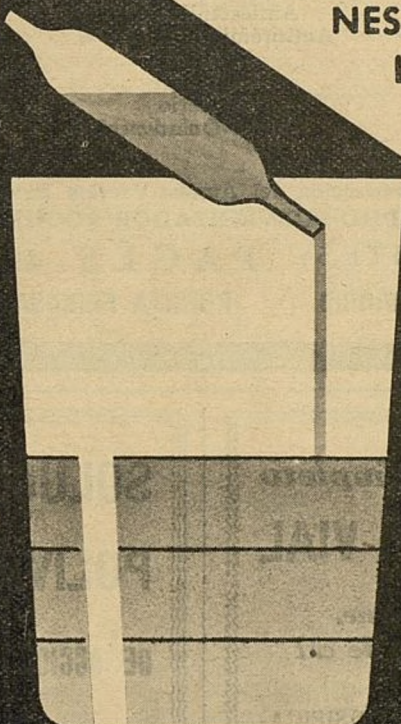
ENTERO-INTESTINAL

INFECCIONES INTESTINALES CORRIENTES
ENTERITIS - COLITIS - DIARREAS ES-
TIVALES - DIARREAS INFANTILES
AUTOINTOXICACION INTESTI-
NAL - SINDROME ENTERO-
RRENAL - INFECCIONES
BILIARES - INFECCIO-
NES URINARIAS PO-
LIMICROBIANAS.

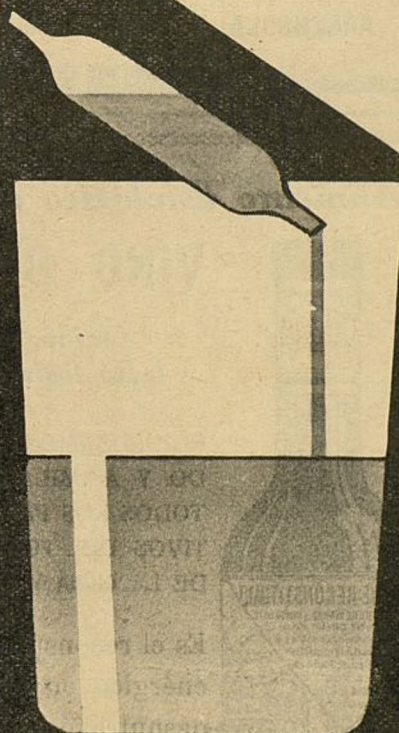


NIÑOS DE PECHO

UNA CUCHARADA DE
LAS DE CAFÉ ANTES DE
CADA TOMA DE PECHO



EN TRES VECES
 $\frac{1}{2}$ HORA ANTES DE
CADA UNA DE LAS 3
COMIDAS



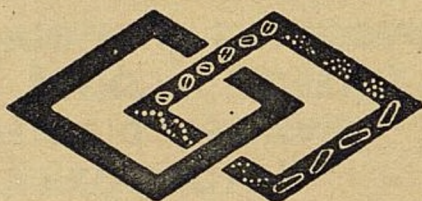
DE UNA VEZ POR LA
MAÑANA EN AYUNAS

AGENTE GENERAL PARA ESPAÑA: E. BOIZOT
Luis Cabrera, 47. MADRID

Ayuntamiento de Madrid

LOS AMPHO-VACCINS DE RONCHESE

Lisado
bacteriano



bacterias tratadas
por el bromo

Responden a todas las exigencias de una vacunación completa tanto preventiva como curativa

LISTA DE LOS AMPHO-VACCINS:

INYECTABLES

Antiinfeccioso
Antiestafilocócico
Intestinal
Pulmonar
Urinario

A INGERIR

Antiinfeccioso
Antiestafilocócico
Antitífico T. A. B.
Intestinal
Pulmonar
Urinario
Ampho-Quintivaccin

TOPICOS

Antipiógeno
(en 2 formas: ampollas de 2 y
10 c. c.)
Rinofaríngeo
Ampho-Tabletas
(a base de Ampho-Vaccins Ri-
nofaríngeo)
Pyo-Amphogel

Para la pulverización del Ampho-Vaccins Rinofaríngeo el
AMPHO-PULVERIZADOR ROCHESE

REPRESENTANTES: **PAGÉS & SARRIAS**

ARGENSOLA, 7.-Teléf. 41934.-MADRID

PUERTA FERRISA, 16.-Teléf. 25844.-BARCELONA

Alimento fisiológico completo

VINO DE VIAL

Quina, carne,
lacto-fosfato de cal



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

Es el reconstituyente más
energico 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)

SOLUCION DE FERMENTOS POLIVALENTES GENOVÉ

DE ACCION LEUCOPYETICA E INMUNIZANTE

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

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



MUESTRAS Y LITERATURA:

**Laboratorio de la Farmacia
Viuda Dr. GENOVÉ**

Rambla de las Flores, 5
BARCELONA

El Dr. Espinosa Ferrándiz y el Seguro Social de Enfermedad

En el Colegio de Médicos se celebró, la tarde del pasado sábado, con asistencia de un gran número de éstos, la conferencia sexta de este interesante cursillo. Corrió la misma a cargo del Dr. Espinosa Ferrándiz, quien la tituló "Respuestas al cuestionario que el Colegio de Médicos hace sobre el Seguro Social de Enfermedad". Después de las breves palabras de presentación con que el presidente del Colegio, Dr. Velasco, pronuncia en la presentación de todos los oradores, éste comenzó diciendo:

"Vengo hoy a mi Colegio para hablar del Seguro Social de Enfermedad, y quiero deciros, ante todo, cuán ansiada por mí ha sido la misma y cuánto, por tanto, agradezco al Dr. Velasco Pajares que se haya fijado en mí. Mi deseo de hablaros de esto se basaba, sobre todo, en que lo había ya hecho en otros Colegios de España y no lo había podido hacer en el mío propio, y, a pesar de que para mí sería de un fácil éxito hablar de los fundamentos, técnica e historia del Seguro, voy a hacerlo aun a riesgo de que aquél se hunda, de las preguntas que el Colegio me ha marcado y señalado, de modo taxativo, en el anuncio de mi conferencia, preguntas éstas que también dirige a todos vosotros en su último Boletín. Y antes de entrar de lleno en el tema de la conferencia, quiero deciros que mis trabajos y estudios sobre el mismo en España y en extranjero, durante diez años, los he realizado pensando sólo en la clase médica y sin supeditarlos ni bastardearlos—esto no me lo perdonaría nunca—a ningún centro o institución, llámese ésta como se quiera, e incluso Instituto Nacional de Previsión. Y todos estos viajes y estudios, bueno es decirlo, los he realizado de mi bolsillo particular, lo cual me da una gran independencia de que otros no pueden, en modo alguno, hablar.

Voy a hablar, por tanto, vuelvo a repetir, de las preguntas que el Colegio hace, y que, como todos sabéis, me salvan de repetirlas en conjunto.

Todas las preguntas las voy a ir pensando en voz muy alta, si bien no voy a poder resolverlas; pero esto, me atrevo a afirmar, que nadie es capaz de realizarlo hoy en día."

Con respecto al punto de por qué la clase médica piensa en el Seguro, que quiere analizar antes de entrar en las preguntas, dice cómo no hay más que comparar la organización médica que hoy día rige y la que regirá a la implantación de aquél en nuestro país; asimismo, también debe verificarse la misma en relación con los ingresos; con relación a éstos, verifica para la clasificación por el Seguro las cuatro siguientes clases:

Una clase rica y sin preocupación alguna, que debe estar totalmente fuera de él, y que evalúa en un 10 por 100 de la población de nuestro país.

Una clase media, que siente, en casos, la necesidad de resolver sus problemas médicos y que, a su juicio, si bien interesa al Seguro de tipo mercantil, no interesa para nada al de tipo social. Esta clase crea para el médico un problema de índole práctica enorme.

Una clase de obreros y labradores que reciben un mínimo del jornal para las necesidades de la vida, pero que una enfermedad les lleva a la miseria más horrenda. Esta clase, que totaliza en un 55 por 100 de la población es-

pañola, es la que debe, a todas luces, por deber de conciencia, hallarse dentro del Seguro Social de Enfermedad.

Y, por último, una clase mísera, de fracasados y de parias, según el conferenciante, y que suma un 10 por 100, y que debe estar dentro del campo de la Beneficencia.

La clase obrera que el Dr. Espinosa ha señalado en su tercer apartado nos dice, tiene, a su juicio, tres medios de verificar los pagos de los servicios médicos prestados. Son estos los siguientes:

- 1.º Ninguno.
- 2.º Mutualidades.
- 3.º Igualas en el medio rural.

Las igualas en el medio rural no dan, en la mayoría de los casos, nada, bien porque el igualado, por múltiples causas que no son del caso definir, o no pague o pague mal. Sobre este punto, dice cómo en su reciente obra sobre el problema no ha podido sentar datos definitivos sobre las mismas; siempre, entiéndase, igualas de obreros y labradores. En cuanto a las Sociedades, bien mercantiles o mutuales, dice abonan al médico un máximo de 8,50 por familia y mes. Si con esto vive la clase médica hoy día—continúa—, el día en que organicemos algo en que el patrono pague una parte igual que el obrero, que será algo aumentada, los ingresos para el médico serán mejores y la asistencia social, en beneficio de todos, también lo será. Con respecto al pago de patronos y obreros por igual, dice cómo hay hoy en España algunas Sociedades que lo hacen. Todo esto, a su juicio, daría una asistencia mejor, con un número mayor de médicos trabajando y con mejores honorarios para los mismos, y todo esto lo considera Espinosa un principio general para, en el peor de los casos de la implantación del Seguro Social de Enfermedad; a más ve la ventaja inmensa para el médico rural de que tendrá la seguridad de cobrar sus honorarios, que hoy no tiene.

Estima cómo el nivel científico médico se elevará mediante la Medicina de carácter preventivo, que despista lesiones que hoy, por desidia, y a veces por imposibilidad de ir al médico, no se evidencian. A más de esto, elevará dicho nivel la Medicina a la americana, de equipos, y, en el medio rural, dará al médico una mayor liberación, ya que cesará para él el trabajo horrendo, sin medios de diagnóstico ni de estudio de hoy, en el que se anquilosa poco a poco y olvida lo que en la Facultad y los libros aprendiera. Propugna, al crearse el Seguro para éstos, unas vacaciones anuales, pagadas, y una estancia, cada cinco años, de varios meses en la Facultad más próxima a su partido, para ponerse al tanto de los últimos problemas y conquistas de la Medicina.

Con respecto al modo de cobrar y cuánto se va a cobrar, dice que son puntos ambos que no pueden decir ni el Estado ni las instituciones, por lo cual él cree que debe ser la concordia y unión de los médicos la que lo diga, siempre sin salirse de los tonos de justeza debidos, para así poder alcanzar lo que en justicia se deba. No cree adecuado el que los Colegios de Médicos reúnan las cuotas de los asegurados y paguen a los colegiados por prestación de servicios, ya que este medio ha dado en Alemania funestos resultados. El, por su parte, como mejor medio, estima la iguala controlada.

El reclutamiento de médicos para el Seguro, estima el conferenciante cómo es el mejor el de una oposición

sería y dura, que dé un personal lo mejor dotado para atender a las necesidades del mismo; ahora bien, no hay que olvidar a los hombres que tienen derechos adquiridos de muchos años—rurales y de Sociedades mercantiles—, y que deben ingresar en el mismo. Ahora bien, la mejor solución de éste sería que, al entrar las Sociedades en el Seguro, entrasen los médicos que hoy se hallan al servicio de las mismas.

Ahora bien, a esto hay que poner ciertas garantías, ya que de aquí a entonces pueden fundarse Sociedades de tipo mutualista que así quieran ingresar en el mismo.

En cuanto a la implantación del Seguro, dice, de modo concreto, que no podrá implantarse si los médicos se hallan en contra y los obreros no lo quieren. Pero, a pesar de esto, dice cómo los médicos, desechando pugnas, deben unirse para que, al llegar su implantación, tenga ésta un mayor número de ventajas para ellos.

Expresa la dificultad de precisar lo que el Seguro puede costar en nuestro país, y a este respecto lee cifras por él obtenidas en sus investigaciones, de lo que el mismo cuesta a otros países, tales como Dinamarca, Noruega, Inglaterra y Alemania.

Con respecto a los desplazamientos de los médicos del Seguro en el medio rural, estima que, al igual que en otros países donde se halla implantado, debe ser abonado al médico un pequeño suplemento; igual debe verificarse en las llamadas a deshora; podían considerarse éstas como también se hace en los susodichos países, de ocho de la noche a ocho de la mañana.

En cuanto al último punto que el Colegio le ha presentado como cuestionario de su conferencia, o sea relaciones del Seguro Social de Enfermedad con la Beneficencia y la Sanidad, dice que nadie que sea sensato puede pensar que el Seguro va a llevarse una parte de sus componentes; lo que tiene que hacer es quitarle muchos de los que hoy tiene, sin deber, con lo cual la Beneficencia podrá realizar mejor los servicios que tiene encomendados.

En cuanto a la Sanidad, a su juicio, debe, a más de sus funciones privativas para todos los ciudadanos, velar por el justo cumplimiento del Seguro; y también expresa cómo los Tribunales profesionales que formen los Colegios de Médicos deben velar por que el médico observe dentro del Seguro la más rigurosa moral.

"Y otra vez voy a decirlos cómo todos mis modestos estudios y mi pobre persona se hallan al servicio total de vosotros y de la clase médica entera para cuanto por este tema que tanto hoy preocupa sea necesario hacer." (*Grandes aplausos.*)—J. H. S.

ACADEMIAS Y SOCIEDADES

ACADEMIA MEDICOQUIRURGICA

Presidencia. Dr. V. M. Nogueras

(Sesión de 8 junio 1936.)

UN PROCEDIMIENTO NUEVO Y POCO TRAUMATIZANTE PARA LA FIJACIÓN DE LA COLUMNA VERTEBRAL EN EL MAL DE POTT Y OTRAS AFECIONES DEL RAQUIS, por el Dr. Luis Mena Burgos.

Comenzó diciendo que, desde que Albee, en 1911, produjo la fijación del raquis, empleando un injerto tibial, un sinnúmero de derivados del mismo se han sucedido. El que presenta el comunicante es completamente origi-

nal, y lo titula "tunelización de las apófisis espinosas seccionadas en su base, seguido de colocación de un injerto tibial". Para lograrlo, se vale de unos escoplos especiales, contruidos bajo su dirección, los cuales tienen en su cara inferior una canal, por la que se introduce el injerto. Empieza haciendo una incisión transversal de un centímetro y medio, sobre el espacio interespinoso elegido; a través de esta incisión, introduce uno de los escoplos, el que más convenga, pues tienen su punta incurvada hacia arriba o abajo, para usar según la región de la columna en que se necesite; hace progresar el escoplo debajo de la apófisis espinosa, seccionando el ligamento interespinoso y después la apófisis, lo más cerca de su base, y así continúa seccionando ligeramente y apófisis, siguiendo siempre la línea media, hasta llegar a la última apófisis, que necesita fracturar. El escoplo queda entonces introducido a manera de estoque, debajo de las apófisis fracturadas, y, sin sacarle, introduce el injerto a lo largo del canal inferior del escoplo, que forma como un túnel; conseguida la introducción y manteniendo un ayudante un percutor con mangos, que también ha construido a tal fin, tira del escoplo y lo saca, quedando el injerto dentro, mantenido por dicho percutor. El injerto queda, a presión, entre las apófisis seccionadas, comprimido por la aponeurosis y músculos, medios de fijación mucho mejores que las suturas, siempre éstas expuestas a infección, por formación de hematomas, que proporcionan excelente medio de cultivo a los microbios.

Con una incisión mínima—un centímetro apenas—y un traumatismo mínimo, sin hemorragia alguna, obtiene un resultado mucho mejor que empleando el procedimiento de Albee o alguno de sus derivados.

Dice que en el niño no debe usarse, así como ningún tratamiento cruento, en el mal de Pott, y que las demás indicaciones, aparte del mal de Pott, son: algunas lesiones traumáticas del raquis, las escoliosis graves, dolorosas, irreducibles; en ciertas malformaciones—lumbalización de la primera vértebra sacra—, sacralización de la quinta lumbar; aquí la osteosíntesis suprime los dolores, y, además, en otras espondilitis distintas al mal de Pott, en las cuales han fracasado los tratamientos conservadores. Las contraindicaciones son de dos géneros: locales, en el mal de Pott, con paraplejía, y generales: tuberculosis con focos múltiples.

A su exposición acompañan proyecciones de fotografías, radiografías de algunos casos operados y dibujos, haciendo notar que este procedimiento original lo ha ideado hace tiempo, colaborando con él en el perfeccionamiento de la idea el Dr. Morales, ya fallecido, a quien con tal motivo dedica un piadoso recuerdo.

Dice que, dadas las grandes ventajas que ofrece este original procedimiento, que pone a disposición de los señores académicos su instrumental, para que lo apliquen, si así lo desean, esperando aún poder perfeccionar algo la técnica, si fuera preciso, en los casos de acentuada cifosis.

Dr. Eugenio Díaz Gómez.—Dice cómo su experiencia del injerto tibial no es mucha, ya que no lo utiliza más que en casos en que necesiten una intensa acción mecánica. El da siempre preferencia a los injertos de tipo costal, en primer término, porque dan una mayor comodidad al que los realiza, y en segundo lugar, por su mejor adaptación a la columna vertebral.

Cree en la ventaja teórica del método del Dr. Mena Burgos en el mal de Pott, si bien en la práctica estima que éste cura mejor con la inmovilización. Reconoce la dificultad de la misma en los adultos, y más en nuestro país, donde no existen edificios hospitalarios y sanatorios a ello adecuados.

Dr. Joaquín D'Harcourt.—Estima mucho el método del comunicante, y promete a éste lo empleará en aquellos casos que se le presente de buena aplicación.

Dr. Muñoz Areños.—Estima que los escoplos presentados por el Dr. Mena Burgos son algo demasiado grandes para practicar la tunelización en las apófisis espinosas, ya que trabajando a cielo cerrado se corre el peligro de no actuar en el lecho de las mismas.

Dr. Leoncio Jaso.—Hace un breve comentario desde su punto de vista de médico internista, y dice cómo siendo la tuberculosis vertebral una entidad general, se beneficia más que nada del reposo y la dietética.

Dr. Víctor M. Nogueras.—Como presidente de la Academia, agradece al Dr. Mena su aportación, y como cirujano le dice cómo sería beneficioso, a su juicio, el variar algo el modelo de los escoplos.

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DEL PROBLEMA BIOLÓGICO DE LAS FRACTURAS DE CUELLO DEL FÉMUR.—INDICACIONES DE LA OSTEOSÍNTESIS POR EL CLAVO DE SMITH-PETERSEN EN ESTAS FRACTURAS, por el *Dr. Joaquín D'Harcourt.*

Comienza diciendo el gran problema, tanto quirúrgico como biológico, que las mismas representan, y se refiere, analizándolos, a los trabajos que desde comienzos de siglo han tratado de esto, tanto en nuestro país como en el Extranjero. Pone de manifiesto la intervención que juega en el factor de fractura la senilidad del hueso, y hace un completo estudio del tejido óseo en cada edad que se produzca la misma. Dice igualmente la importancia de la vascularización del cuello del fémur, y hace la división de fracturas de éste, pasando revista a cada una de las mismas y diciendo la mayor frecuencia de unas u otras.

Indica los casos en que se encuentra indicado el empleo del clavo de Smith-Petersen, y expone algunos de los resultados por él obtenidos en la clínica de su maestro el Dr. Bastos Ansart.

Dr. Oller.—Dice que la importancia de este tema lo prueba el que la Sociedad Internacional de Cirugía, en su reunión de Bruselas del pasado año, le dedicó una de sus dos sesiones—la otra lo fué a la anestesia—, y dice que en la misma se debatieron los métodos cruentos y conservadores, que eran los que más partidarios tenían, si bien, dice, debe tenerse en cuenta que se hablaba más especialmente para enfermos de accidentes del trabajo, a los cuales se sigue más detenidamente que a los de un medio hospitalario.

Pide la transformación de las fracturas coxavara en coxavalga, para que así sea de una mayor facilidad la curación, y termina diciendo los interesantes trabajos que sobre este asunto ha realizado el Dr. López Trigo—hijo—, de Valencia.

Dr. López de la Ganna.—Expone el método seguido en la clínica de su maestro, el Dr. Oller, para verificar la transformación antedicha.

Dr. Mena Burgos.—Dice cómo ha observado que en esta introducción del clavo de Smith Petersen, muchos

cirujanos van muy a ciegas; pide, por tanto, una mayor observación y cuidado.

NUEVAS INTERPRETACIONES EN EL VALOR DE LA CURVA DE GLUCEMIA, por el *Dr. Jiménez García.*

Dada la extensión que el interesante trabajo del comunicante tiene, creemos, mejor que hacer un resumen del mismo, que no daría una idea del valor de él a nuestros lectores, copiar íntegramente sus conclusiones:

1.^a Consideramos preciso, para la buena práctica de la hiperglucemia diagnóstica, someter al paciente, cuatro días antes, a un régimen de restricción con 100 a 120 gramos de hidratos de carbono por día.

2.^a La cantidad de glucosa a ingerir nos parece la más precisa la de 50 gramos en 250 centímetros cúbicos de agua, huyendo con este sistema de las dosis pequeñas de 20 y 25 gramos, por considerarlas débiles para los casos dudosos, y de las dosis fuertes de 100 ó más gramos, por ser innecesarias y no elevar la hiperglucemia más que la de 50 gramos.

3.^a Las cantidades de glucosa por kilogramo de peso real teórico no dan más utilidad que las dosis fijas, y no pueden—salvo error—ser comparadas entre ellas al variar la cantidad de glucosa en cada paciente.

4.^a Nos parece de más utilidad las curvas largas de cinco tomas glucémicas en horas, puesto que con ellas se obtienen los detalles de desnivel máximo y reaccional y la duración en tiempo de la reacción total.

El proceder de determinar la curva en una hora nos parece tiempo suficiente, puesto que en un porcentaje elevado continúa la ascensión glucémica las dos horas o más, e ignorando de este modo la capacidad reaccional pancreática; lo mismo cabe aplicar los métodos que utilizan sólo dos horas. Más tiempo nos parece innecesario, puesto que en todas las curvas, a las tres horas ya se ha iniciado el descenso.

4.^a Deben considerarse como curvas normales con este método las que sus glucemias oscilan dentro de la gráfica que el autor nos proyecta, con máximas y mínimas, y no expresarlas, como hacen la mayoría de los autores, con números fijos, puesto que una de estas curvas puede empezar o terminar con 1,10 gramos y ser tan normal como otra con cifras más bajas.

5.^a Para obtener la máxima utilidad de una curva glucémica estando el enfermo sometido a las condiciones anteriores, hay que tener en cuenta los siguientes puntos:

- a) Glucemia inicial.
- b) Desnivel máximo.
- c) Desnivel reaccional.
- d) El momento de mayor elevación glucémica.

Con todos estos factores, en los casos francos se tiene una idea exacta de su importancia, y en los casos dudosos disminuye considerablemente el riesgo de la falsa interpretación o duda diagnóstica.

6.^a El desnivel máximo, en relación con la cifra inicial, marca el grado de insuficiencia del complejo glucorregulador, teniendo importancia diagnóstica.

7.^a El desnivel reaccional que nos marca el grado de capacidad funcional del páncreas tiene una gran importancia pronóstica.

Dr. Leoncio Jaso.—Comienza por exponer su amor a este tema, por lo mucho que en el mismo trabajó al lado de su maestro querido el malogrado Prof. Roberto Nó-

voa Santos. En cuanto al micrométodo de Bang, no lo estima mucho, y dice cómo al ir a trabajar a Viena se vió precisado a aprender otro, por no utilizarse éste allí. Se extiende ampliamente sobre las curvas de tipo diabético, que consideraba el maestro Nóvoa Santos, y termina diciendo la cautela que en el estudio de la curva de glucemia hay que tener, por ser tantos los factores, que hasta en el sujeto sano intervienen, haciéndola variar.—J. H. S.

ACTUALIDAD PROFESIONAL

El Seguro de Enfermedad y los problemas medicorrurales

Los proyectos elaborados por el Instituto Nacional de Previsión sobre Seguro de Enfermedad no podemos decir que vayan contra la profesión médica, pero sí podemos afirmar rotundamente que sus autores han procurado situarlos al margen de la profesión médica. Como consecuencia, en lugar de figurar los médicos como elementos básicos del referido Seguro, constituyen un factor accidental, que no podrá obtener ningún beneficio y sí muchos perjuicios.

El autor de estas líneas, que fué de los primeros que intervinieron en los trabajos preparatorios del referido Seguro, allá por el año 1929, cuando el Instituto de Previsión empezaba a organizar sus trabajos sobre esta materia, ha creído siempre que para enjuiciar sobre sus beneficios y perjuicios debíamos desglosar el problema de los médicos de pueblo del de los médicos de la ciudad, y, dentro de esto, lo que guarda referencia a los médicos generales, separándolo de lo que atañe a los especialistas.

Entre estos tres factores, el de los médicos rurales es al que, como siempre, corresponderá la peor parte.

Sociólogos, socialistas y socialeros son los que han llevado a su cargo la preparación del proyecto de Seguro de Enfermedad. Sociólogos de positiva alcurnia científica, como D. Severino Aznar y D. Inocencio Jiménez, que representan el factor teorizante y filosófico; socialistas de buena fe, pero atentos a los idearios de su partido y a defender al trabajador manual, aun cuando sea a costa del trabajador intelectual, y socialeros o señores improvisados a quienes antes de venir la República maldito lo que les importaban las reivindicaciones y mejoras en favor del proletariado, y que ahora pretenden con toda urgencia establecer el sistema de los Seguros Sociales. De estos tres elementos, el que se encuentra más capacitado más preparado, y el que más defenderá a las clases sanitarias es el segundo.

Sociólogos, socialistas y socialeros han amasado el proyecto de Seguro de Enfermedad, si no a espaldas, al margen de la clase médica. Ciertamente que algunos ilustres colegas han intervenido como nosotros intervinimos en cierta ocasión; pero estos elementos técnicos no han actuado con carácter de constancia, ya que a cada variación política cambiaban los representantes de la Dirección de Sanidad en todos sus organismos donde tiene función consultiva.

Por si fuese poco, los médicos que han ido al Instituto de Previsión lo han hecho desde su altura de especialistas sanitarios, enfocando las cuestiones del Seguro en el apriorismo de quienes no conocen las necesidades.

las miserias, las luchas y dificultades que acarrea el ejercicio clínico cuando se actúa en plan de médico de pobres. No es lo mismo vivir cómodamente en la burocracia de los Ministerios o disfrutar de una selecta clientela en Madrid que estar subiendo centenares de escalones como médico de Sociedad o ejercer en una humilde aldea a costa de todo género de sacrificios. Estos médicos, el rural y el de Sociedad, son los que han debido intervenir y señalar al Instituto de Previsión la ruta a seguir.

El futuro Seguro de Enfermedad, si continúa en la orientación que hasta ahora se vislumbra, será pernicioso para los médicos rurales, tanto desde el punto de vista económico como desde el profesional.

Ya sabemos que organizado el Seguro en favor de las clases humildes, lo primero que ha preocupado a los sociólogos y socialistas ha sido la baratura de servicios, y esta baratura traerá una tasación tan ridícula de los honorarios, que no resistirán la comparación con los emolumentos que habitualmente ofrecen las Beneficencias general, provincial y municipal. Si añadimos que el 85 por 100 de los actuales igualados o clientes de pago en los pueblos pasarían automáticamente al Seguro, se comprende que habrá una considerable pérdida de ingresos.

En el cálculo de remuneración de servicios que se ha llevado a efecto en el Seguro de Maternidad hemos visto ya un terrible fracaso, y algo análogo va a ocurrir con el de Enfermedad, si toma como norma su Seguro antecesor. Este error de cálculo obedece a dos causas: no se ha tenido en cuenta ni el tanto por ciento de casos agudos, ni el número crecidísimo de personas que en los pueblos podrán acogerse a los Seguros Sociales.

Con el pretexto de existir en el Seguro problemas jurídicos, matemáticos y sociales, se quiere justificar el no conceder a los médicos toda su organización. Esto es un sofisma que no resiste la controversia. Lo fundamental del Seguro es la parte médica, y, por ello, son los médicos los llamados a organizarle. Sostener lo contrario es buscarnos una nueva tutela para que un ejército de empleados viva a costa del trabajo de los sanitarios.

Un diario político, de indudable republicanismo, *La Libertad*, ha publicado una serie de artículos, en los que demuestra el exceso de funcionarios y el peligro covaquelista del Instituto de Previsión, a quien se ha confiado la implantación de los Seguros Sociales.

En el momento en que éstos tengan toda su efectividad, la clientela rural se dividirá en dos grupos: uno, la muy pudiente o aristocrática, que se vendrá a Madrid en busca de los "ases", y el resto, que pertenecerá al Seguro.

El tipo patriarcal, intensamente humano y enciclopédico del médico general desaparece en el Seguro, convirtiéndose en un aparato de distribución, para que cada caso vaya a un especialista distinto.

Finalmente, la autoridad, hasta hoy indiscutible, de cada médico, dentro de su titular, se extirpará casi totalmente.

Hasta en el aspecto clínico perderá el médico rural competencia, por la facilidad de poder recurrir al especialista. Les llevará a una obsesión, frecuente en muchos médicos modernos, que sólo estudian el organismo humano repartiéndole en trozos, y olvidándose de

BISMUTHOÏDOL

(Bismuto coloidal)

Nuevo agente contra la **SÍFILIS**

EN AMPOLLAS : Solución acuosa

Sin dolor

LABORATORIOS M^{ce} ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS



Silicyl

Medicación
de **BASE** y de **RÉGIMEN**
Estados Arterioesclerosos
y **Carencias Silíceas**

Agente : PLANS-SINTAS Hijos, 136, Provenza, Barcelona. — Laboratorios CAMUSET, 18, rue Ernest Rousselle, Paris.

PYRÉTHANE

GOTAS

25 a 50 por dosis - 300 por día (agua bicarbonatada)
AMPOLLAS A : 2 cc. Antitérmicas.
AMPOLLAS B : 5 cc. Antineurálgicas.
1 a 2 al día
con o sin medicación intercalar por las gotas

Poderoso Antineurálgico

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

Pídanse precios e informes al

LLOYD NORTE ALEMAN
AGENCIA GENERAL

Carrera de San Jerónimo, 33, MADRID - Teléfono 13515

LABORATORIOS CAMPOS FILLOL VALENCIA

LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal

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

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día

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

LACTOBULGARINA

EL MEJOR LIBRO DEL ILUSTRE DOCTOR

Don MANUEL MARTIN SALAZAR

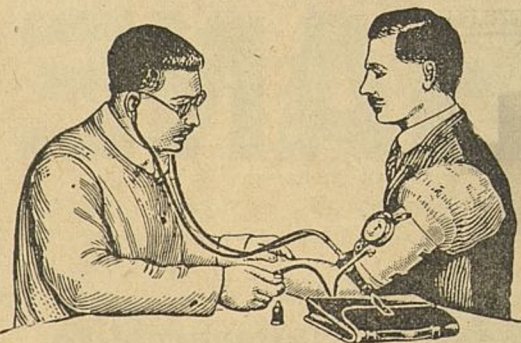
Ex Director general de Sanidad, Académico
de la Nacional de Medicina, etc.

ES SU OBRA SOBRE HIGIENE

INMUNIDAD

(Con un folleto del Dr. Marañón)

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



VISITE NUESTRO ALMACEN
ANTES DE HACER SUS COMPRAS

“OSCILOFON”

Novísimo y elegante aparato de máxima garantía e irreprochable 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

la unidad funcional y biológica, del gran concepto de la enfermedad, repercutiendo sobre el estado general del individuo.

Dejamos para un próximo artículo el hablar de lo que la Dirección de Sanidad ha hecho y ha dejado de hacer en la preparación del Seguro de Enfermedad bajo su aspecto rural.

DR. J. ALVAREZ-SIERRA.

HABLEMOS CLARO

El escrito del señor presidente de la Asociación Oficial de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria no está mal. Le tachamos de tardío, en el sentido de que lo que hoy se dice, debió decirse antes, puesto que nuestro ideal ha sido, es y será el pase al Estado o la seguridad en el cobro de nuestros haberes, y que éstos sean dignos de nosotros. ¿Y para decir esto, ha tardado tanto, y luego se asombra de que un grupo de compañeros que sufrimos intentemos desviar el cauce de lo que viene sucediendo? Bien nos parecería esa protesta, cuando pudiera decir que la clase estaba bien y que una mano soberbia y egoísta quería hacer campaña sólo y exclusivamente por perjudicarla. Ellos, una y muchas veces, han lanzado su S. O. S. ¿Quién les ha escuchado? ¿Quién les ha atendido? Hemos protestado, y seguiremos protestando, de la táctica seguida por el Comité, pues si la medida es digna de alabanza, ésta tiene un límite, que en este caso sobrepasó la meta. Si el Comité y demás Organismos oficiales hubieran cambiado de táctica a su debido tiempo, otros frutos habiéramos obtenido, y esa campaña de que se queja no hubiese germinado. Mas, ¡ay!, que si los obligados a sacudir ese marasmo y a conseguir corregir esas injusticias existentes, no se movían, otros, heridos en lo más profundo de nuestros intereses y de nuestra dignidad, nos teníamos que levantar. En la revista EL SIGLO MÉDICO, número 4.266, y con el título de "Si yo fuera presidente", digo: "¿Qué haría yo, si fuera presidente? Pues, lo primero, predicar una y muchas veces la necesidad de la unión; repetir lo que hemos y han repetido tantas y tantas veces. Esto lo haría yo, como presidente, que siempre hace más fuerza que cuando la verdad la dice una que no lo es. Haría todo lo que hay que hacer, menos caer en el silencio..."

¿Al margen de nuestra Asociación oficial de titulares? ¿Qué locura! No, señor; nunca hemos pretendido destruir lo que tanto ha costado. A muchos—y, entre otros a D. Augusto Almarza, para que ahora se dé el caso estúpido de que este digno y anciano compañero se vea envuelto en la indignancia—, papelitos y más papelitos y paños calientes ha sido la táctica. La pluma no puede poner, no encuentra palabras para calificar este hecho. ¿Qué hemos hecho para salvar a los nobles ancianos sanitarios, para que no caigan en la inanición? Nada. Esto es lo que más me subleva. ¡Ah! Sí, han hecho una ley, y con ella un escalafón, con los cuales ningún anciano podrá mejorar su titular, para que le permita vivir, pues si alguna vez la alcanza, la ley, con sus trabas y demoras, la encontrará bloqueada.

Y ahora hablaremos claro. Un escritor que lo hace con frecuencia en esta revista, tiene la costumbre de escribir conforme y para su gusto y señor. Hay que ser también para los demás, y cuando se escribe, hacerlo sobre cosa

cuenta: no le tenga que pasar lo que le sucedió con su Colegio. A mí me sucede algo parecido, ¿y qué me creo?, que cada vez que escriba no me van a creer, pues el que se ve obligado a rectificar una vez, y en serio, es probable lo tenga que volver a hacer. Ni somos tan jóvenes que seamos inexpertos, ni tan viejos para estar paranoicos, y estamos capacitados para creer que la unión de todos los médicos es fácil e indispensable. Esto pensamos los ignorantes; no sabemos lo que dirán los sabios. Y que, sin ella, es buscar y ahondar diferencias perniciosas. No es ese el camino; debe cesar de una vez para siempre la lucha entre el titular y el libre, y nuestras plumas deben de estar siempre al servicio de la amistad; nunca crear enemigos y ahondar las diferencias que nos separan. Así pensamos nosotros, y procuramos poner nuestra pluma al servicio de lo que pueda ser mejor para todos, y cuando llaman a nuestra puerta, siempre las atendemos.

Nosotros hemos tremolado una bandera, porque creemos que debe de llevarla un mártir, uno que sepa lo que es verse despojado de sus haberes; que haya pasado por el duro trance de verse privado de su titular. Queremos uno que haya sentido en su carne y en la de sus tiernos hijitos clavarse el hambre y el frío; uno de esos queremos, y no a quien podrá saber, pero no sabe sentir y sufrir, que es lo que más enseña.

Como tenemos nuestro programa, ahí va. Aumento del número de titulares, aumento de su dotación, pase al Estado, escalafón de antigüedad y secundariamente, pero necesario; cursillos de perfeccionamiento y medicina de equipo; aumento de titulares, para que haya para muchos, y, lo demás, no necesita explicaciones.

SISINIO CRESPO.

Padilla de Abajo, mayo 1936.

INSTITUTO NACIONAL DE SANIDAD SECCIÓN DE ESTUDIOS SANITARIOS

CURSO DE PARASITOLOGÍA Y PATOLOGÍA TROPICAL PARA
MÉDICOS DE HABLA ESPAÑOLA

Este curso, para el cual podrán ser admitidos como máximo 16 alumnos, será explicado por el personal y con los elementos del Instituto Nacional de Sanidad, el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas, el Instituto Antipalúdico de Navalmoral de la Mata, el Instituto Provincial de Higiene de Cáceres y la Sección de Estadística Sanitaria, con la colaboración de la Cátedra de Parasitología y Patología tropical de la Facultad de Medicina de Madrid.

Serán admitidos, en primer término, los alumnos médicos de países hispanoamericanos pensionados oficiales, y, en segundo lugar, los médicos de las Repúblicas iberoamericanas. Si quedasen vacantes, éstas serán cubiertas por los médicos españoles que primero lo hayan solicitado.

Las solicitudes se recibirán en el local del Instituto, de la calle de Recoletos, 19, hasta el 25 de junio próximo, inclusive. Los admitidos deberán abonar una matrícula de 300 pesetas, en la cual se incluyen todos los gastos de material de clínica, laboratorio y campo, y los de locomoción en las excursiones de estudio que se organicen desde Madrid o Navalmoral. Los gastos de hospedaje correrán a cargo de los alumnos.

El curso se desarrollará en cuarenta y dos días hábiles de trabajo, de los cuales se pasarán veinte en Naval-moral. Durante el mismo se explicarán 70 lecciones teóricas y se verificarán trabajos prácticos de laboratorio y campo, que ocuparán todo el día a los alumnos. El programa será entregado al principio del curso, y comprenderá:

1. Introducción al estudio de la Epidemiología y de la Estadística (ocho lecciones).
2. Nociones de Hematología (seis lecciones).
3. Espiroquetosis (cinco lecciones).
4. Amebiosis (dos lecciones).
5. Leishmaniosis (dos lecciones).
6. Tripanosomiasis (dos lecciones).
7. Flagelados e infusorios intestinales (dos lecciones).
8. Helminthiasis (10 lecciones).
9. Paludismo (ocho lecciones).
10. Entomología médica (10 lecciones).
11. Enfermedades pestilenciales (10 lecciones).
12. Hongos (cinco lecciones).

Al final del curso se dará un certificado de asistencia. Si algún alumno deseara hacer constar en él su aprovechamiento, será sometido a un examen teóricopráctico a fin de curso.

El curso dará comienzo el día 1.º de julio en el Instituto Nacional de Higiene (Moncloa), y terminará el 18 de agosto. Las lecciones y los trabajos prácticos estarán a cargo de los profesores siguientes:

Profs. Drs. D. Pittaluga (G.), Alvarez Torres (M.), Baeza (M.), De Buen (E.), De Buen (S.), Gil Collado (J.), Jiménez de Cisneros (J. G.), Maestre (F.), Nájera (L.), Pascua (M.), R. Darriba (A.), R. Yllera (L.), Ruiz Morote (F.), Tapia (M.), Zarco (P.) y Zozaya (C.).

El próximo día 25 de junio se cierra el plazo de admisión de instancias para este curso, que dará comienzo el 1.º de julio, como en años anteriores.

Las instancias han de dirigirse al Instituto Nacional de Sanidad, calle de Recoletos, 19, hasta el 25 de junio, inclusive.

CASA DE SALUD VALDECILLA (SANTANDER)

Vacante en esta Institución una plaza de médico interno en el servicio de

UROLOGÍA

Se convoca a concurso de provisión, pudiendo enviarse las solicitudes a la Dirección de la "Casa de Salud Valdecilla", Santander, acompañadas de cuantos justificantes se estimen convenientes, hasta el 15 de julio próximo.

El internado se concede por dos años, eventualmente, prorrogable por uno más, durante los cuales el designado queda adscrito al servicio de su especialidad, siendo también de su obligación el turno en las guardias generales de la Casa.

Los médicos internos no tienen sueldo alguno, residiendo en la institución, en la que reciben asistencia completa.

Santander, 15 de junio de 1936.—El director, *Díaz Canaja*.

SECCION OFICIAL

"GACETA" DEL 7 DE JUNIO:

Ministerio de Justicia.—En los Juzgados siguientes se hallan vacantes las Forensías, ambas de la categoría de entrada:

Castrogeriz, a proveer por el turno segundo de sustitutos forenses.

Valdeorras, a proveer por el turno de interinos, sin especificación de categorías.

Instancias para las dos, hasta el 7 de julio.

"GACETA" DEL 9 DE JUNIO:

Ministerio de Justicia.—Se hallan vacantes las siguientes Forensías:

Carmona y Haro, ambas de ascenso, a proveer por traslación.

Instancias, hasta el 24 de junio.

"GACETA" DEL 14 DE JUNIO:

Ministerio de Justicia.—Se hallan vacantes las Forensías de Albocácer, Murias de Paredes, Torrente y Navahermosa, todas de entrada, a proveer, las tres primeras, por traslación, y la última, por interinos, sin especificación de categorías.

Instancias, hasta el 29 de junio.

GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 706,6; ídem mínima, 702,6; temperatura máxima, 27º; ídem mínima, 12,2º; vientos dominantes, NE. y OSO.

Abundaron los catarros de las vías respiratorias, algunas infecciones intestinales y dolores reumáticos ligeros.

En los niños, se han iniciado los trastornos digestivos peculiares de la estación cálida. Aparte de ellos, no ha habido más que los casos esporádicos inevitables de sarampión, difteria, etc.

CRONICAS

Gelotatin.—Acompañamos con el presente número prospecto de los Laboratorios E. Boizot. Soliciten con la tarjeta que se adjunta una muestra del producto que encaja estas líneas.

"Inmunidad".—Esta obra sobre higiene es el mejor libro del ilustre Dr. Manuel Martín Salazar (con un folleto del Dr. Marañón). 20 pesetas ejemplar. Pedidos, a EL SIGLO MEDICO.

Indicaciones del fórceps y técnica operatoria del mismo, por el Dr. D. A. Paulino Pons. Prólogo del Doctor R. Ramón y Cajal. Un tomito con numerosos grabados, 4 pesetas. Pedidos al apartado 121, Madrid.

Tratado práctico de Etiqueta y distinción social, sexta edición. Distribución esmerada por asuntos, 4 pesetas ejemplar. Pedidos al apartado 121, Madrid.

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

Asociación
Digitalina - Uabaina

DIGIBAÏNE

Reemplaza con ventaja la
Digital y Digitalina

Pequeñas dosis: 15 gotas diarias.—Dosis mediana: 30 gotas diarias.

LABORATORIOS DEGLAUDE 15, Boulevard Pasteur.—PARIS	Muestras y José M ^a Balasch Cuyás (Farmacéutico) literaturas: Avenida 14 de Abril, 440.—BARCELONA
---	---

OESTROGLANDOL "ROCHE"

(HOMONA OESTRÓGENA)

**DISMENORREA, HIPOMENORREA, AMENORREA,
ESTERILIDAD, MENOPAUSIA, CASTRACIÓN OPERATORIA**

Posología: 3-6 comprimidos al día.
1-2 ampollas 2 ó 3 veces a la semana.

Envases: Frasco de 20 comprimidos.
Caja de 6 ampollas de 1.1 cc.

PRODUCTOS ROCHE, S. A.

BARCELONA Caspe, 26	MADRID Santa Engracia, 4	LEÓN Av. de Méjico, 4
------------------------	-----------------------------	--------------------------



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

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.

La adición de **SALVADO** al régimen alimenticio es eficaz en el 96% de los casos de **ESTREÑIMIENTO**

Seguramente, la causa más frecuente del estreñimiento es la falta de volumen en los alimentos. La mejor forma de corregir esto es añadir salvado al régimen alimenticio.

La eficacia del salvado en el 96 por 100 de los casos ha sido refrendada por ensayos de laboratorio. El 4 por 100 restante fué debido a la incapacidad por parte del enfermo

para tolerar alimentos de volumen, tales como la fruta, las legumbres o el salvado.

Los enfermos toman el **ALL-BRAN** de Kellogg con fruición, a causa de su delicioso sabor. Se sirve directamente del paquete, con leche fría o nata, sin necesidad de cocinar. A cualquier médico que lo solicite, se le enviará, gratis, un paquete entero.



Kellogg's
ALL-BRAN
(TODO SALVADO)

el remedio benigno y natural contra el **ESTREÑIMIENTO**

Depósitos: Casa SANTIVERI, S. A., Calle del Call, 22-BARCELONA

MADRID: Plaza Mayor, 24, y Alealá, 111 ♦ VALENCIA: San Fernando, 6

Lipiodol Radiológico

Acelte 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 Generales 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.

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 MAXIMA

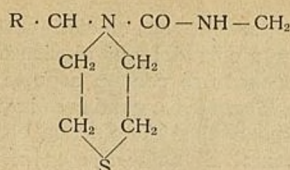
Fórmula p. cucharada: Jar. nar. agr. 16,48 = Br. K. 3,50. Br. Zn. 0,02.

DULCIMIDA DULZOR DE RÉGIMEN

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

BIFOSFOTIOCOL TOSSES Y CATARROS

Ayuntamiento de Madrid



por la semejanza que existe con la acción del cloruro de thionilo sobre las aminas primarias, engendrándose así

OPTOBALSAN

(Optoquina y balsámicos)

● INYECTABLE ●

sobre los NH_2 un anillo tetrahidrothiacínico.

La iverita es comparable en su acción a la muscarina, estimulante del parasimpático, aunque esta actividad sea pálida ante la necrotizante. Sobre la sangre actúa acelerando la coagulación, hemolizando y produciendo hematina. Es substancia como la thiosinamina y la tiroglobulina, que desintegran la célula viva, hecho que algunos autores refieren a la exaltación de los fermentos hidrolíticos y oxidantes, unas veces como estímulo directo y otras por intermedio del tiroides. En efecto, en experiencias de laboratorio se ve que se aumenta la eliminación de nitrógeno total, de amoniaco, de creatinina y de indol, lo que prueba una desintegración de los tejidos, más visible todavía cuando, en experiencias biológicas, se priva de alimento a los animales de ensayo.

Posee una acción semejante a los arsenicales, que son venenosos capilares, pero no dependientes de la producción de iones de hidrógeno, sino de ácido arsenioso, que inhibe los fermentos, en especial las catalasas.

Aparte de esta acción tóxica general hay que señalar la cáustica sobre la piel, traducida en eritemas prime-

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

ro y en vejigas después, seguidas de ulceraciones que semejan las quemaduras ocasionadas por cáusticos y por los rayos X. Hay que advertir que la iverita se fija preferentemente en las regiones de piel fina y abundantes en glándulas sebáceas.

Las lesiones más aparatosas son las oculares, que se manifiestan de cinco a diez horas después del contacto; la fotofobia es el síntoma más desagradable. El efecto tóxico generalizado y el peculiar sobre el ojo humano parecen asimilar este envenenamiento a la enfermedad causada por ausencia de vitamina A, idea que hace pensar en que la toxicidad y la facilidad con que se desenvuelven los microbios piógenos sobre las lesiones radiquen en la inhibición de la vitamina A, estimulante de las defensas intraorgánicas.

El quebranto que la iverita causa en el aparato respiratorio es muy variado; destácase la pérdida del olfato, la tos, la aparición de falsas membranas, semejantes a la difteria; a veces, bronconeumonía y gangrena pulmonar. La faringe y el estómago también se influyen, empezando con náuseas y con vómitos.

De esta sintomatología tan profusa puede deducirse que la iverita es un gas de combate que causa gran mortalidad, y, en efecto, es así, porque el 80 por 100 de las bajas por gases se deben a él.

Muy semejante a la iverita, por su acción vesicante es la "lewisita" (cloro vinil bicloro arsina, $\text{As} \begin{smallmatrix} \text{Cl} \\ \text{CH} \\ \text{Cl} \end{smallmatrix} = \text{CHCl}$), obtenida al terminar la guerra mediante el triclورو de arsénico y el acetileno en presencia de cloruro de aluminio. No ha sido, por tanto, empleada en la técnica militar, y sólo se conocen de esta arsina los efectos provocados en los animales de experiencias. Como las demás arsinas, es un estornutatorio, conocido con el nombre de rocío de la muerte, pero de acción tóxica y vesicante superior a la de la iverita y más rápida que ésta; pero, como es fácilmente hidrolizable, sus efectos se atenúan por lavados con sosa diluida.

Acido cianhídrico. He hablado de catalasas, y deseo que los últimos conceptos vertidos me sirvan de punto de enlace con otro gas de combate: el ácido cianhídrico, poco usado, a pesar de su toxicidad, por ser inestable, volátil y fácilmente denunciado, por su olor a almendras amargas. Sin embargo, su acción biológica no está exenta de interés, porque, a causa de las operaciones de despiojamiento y desratización, los vestidos y las mantas retienen el gas, que se va desprendiendo lentamente, hasta producir la muerte.

La causa de la toxicidad del cianhídrico es de las más discutidas: trátase de un veneno bulbar que actúa con rapidez, pero del cual el organismo puede defenderse movilizándolo al azufre. Es sabido que, perros inyectados alternativamente con cianuro potásico y con hiposulfito sódico, no son envenenados con facilidad, porque el cianuro se convierte en sulfocianuro, eliminable por la saliva y por la orina.

¿De dónde procederá el azufre? Con toda verosimilitud es el resultante de desintegrar la glutatona.

La sangre del intoxicado sufre una alteración perceptible al espectroscopio: la hemoglobina tórnase en cianhemoglobina, mas tal hecho ocurre cuando el atacado ha muerto; por tanto, el fenómeno es de importancia fo-

rense, pero no revela nada útil en cuanto a la intoxicación.

Mucho tiempo se creyó que el ácido cianhídrico, como nitrilo que es, produce con facilidad ácido fórmico por hidratación, ácido que es de gran capacidad reductora; pero el índice de toxicidad de este ácido es menor que el del gas generador.

Después se buscó la causa de la in-

CARABAÑA: el mejor purgante

toxicación en otro terreno, y es en el de la suspensión del juego intraorgánico de las catalasas, fermentos a que aludí al iniciar el estudio del ácido cianhídrico. La función de las catalasas, ignorada y casi misteriosa, se localiza en la descomposición de los peróxidos intermedios de toda acción biológica oxidante, formados por la actividad de las peroxidasas. Si se conduce como inhibidor de las catalasas debe entenderse que la muerte de la célula sobrevendrá por autointoxicación, o sea por tener que sufrir la acción de los peróxidos que la catalasa debió destruir.

No discutiré este criterio, porque no es fácil aportar la prueba demostrativa concluyente. He intoxicado conejos de Indias con el gas cianhídrico, y después de sangrarles, he buscado, sin éxito, agua oxigenada en los tejidos.

También algún químico japonés se pronunció contra este modo de ver tomando como material de experimentación las "Chlorelas".

Descartada la posibilidad de la inhibición de catalasas, queda aún otro mecanismo, también relacionado con la oxidación, que puede ser influido por el ácido cianhídrico: es el inhibidor del citocromo, substancia cuya conducta biológica se compara con una

Ioduros Bern

De K y Na y cafeinado, químicamente

puros. No provocan IODISMO. Fabricación nacional.

peroxidasa, y, por tanto, como un colaborador de la oxidación, porque se presume que tal pigmento retiene el oxígeno de la oxihemoglobina para favorecer el mantenimiento de la tensión de disociación baja y para cederlo después a las células, que lo utilizan en la combustión. Hay un dato experimental del que se ha deducido este criterio: los tejidos ricos en citocromo, despojados del aire, o sea la posible forma reducida del pigmento, ofrecen al espectroscopio un espectro de absorción que cambia así que el tejido se airea; en cambio, si al tejido anaerobio se hace llegar primero ácido cianhídrico y después aire, no se modifica el espectro, porque aquel nitrilo se combina con el citocromo y el cuerpo resultante es estable ante el oxígeno. La consecuencia es la inutilización

ALMORRANAS las cura la

Meroldina - Monturiol

Pida muestras a San Bernardo, 60, farmacia

del citocromo como intermedio en el proceso oxidante de las células.

Claro es que se trata de un mecanismo de poca rapidez, que puede explicar el envenenamiento lento con el tóxico, en casos tales como el que ocurre en una habitación previamente cianhidridizada en la cual colchones y ropas hayan absorbido el gas que van dejando despacio en libertad; pero el envenenamiento rápido producido por grandes concentraciones gaseosas no es explicable todavía.

Lacrimógenos.—Carecen de la importancia que tuvieron antes del empleo de caretas protectoras. Son todos derivados halogenados de carburos y acetonas y de acción exclusivamente lacrimógena, aun cuando en algunos domine la asfixiante.

Si a este grupo se hubiera limitado la guerra química, encontraría defensores, porque se trata de provocar lacrimosos intensos seguidos de fotofobia, pero que desaparecen en cuanto la víctima se aísla del contacto con el gas; por tanto, el atacado no puede permanecer en la línea de combate.

ION-CALCINA —PALLARES—

A base de Cloruro de Calcio
Frasco e inyectables

Esta forma de lucha fué muy conocida por los colonizadores españoles de Sudamérica, que con alguna frecuencia habían de encontrarse con piras enormes, de las que se desprendían gases de intenso poder irritante de la conjuntiva.

No hay una forma común de interpretar el modo de actuar los lacrimógenos, porque unos acentúan su actividad con el lacrimo, el bromuro de bencilo, por ejemplo, y otros se atenúan, como ocurre a la cloropirina; es decir, que aquélla depende de la facilidad de hidrólisis, y ésta se halla relacionada, a su vez, con la solubilidad del derivado halogenado en los líquidos que bañan la conjuntiva.

ULTIMA ENFERMEDAD DE GOETHE

(Adaptación del artículo publicado por D. Hochstetter en el *D. Med. Woch.* del 24 de abril de 1936.)

En un librito publicado recientemente con el título de "Enfermedades y muertes en el destino de los hombres ilustres", dice el Dr. A. Braun, refiriéndose a Goethe: "Puso fin a su vida una enfermedad gripal,

SIL-AL DESINFECTA INTESTINO

como tan a menudo ocurre con las personas de edad." El que en numerosas publicaciones se haya atribuido a la gripe o pulmonía la muerte de Goethe me lleva a insistir en la opinión, que ya expuse en 1932, de que Goethe murió de una angina de pecho.

La mejor fuente de información sobre la última enfermedad de Goethe es la historia clínica hecha por su médico de cabecera, Dr. Vogel; pero el no constar el diagnóstico en ella y figurar, en cambio, dos diagnósticos distintos en las participaciones que de la muerte de Goethe hizo al Dr. Vogel, es la principal causa de las discusiones. Copiamos a continuación lo más importante de la historia:

"Al hacer Vogel su visita, el jueves 15 del III, encontró muy bien a Goethe. Al día siguiente, se quejaba ya de tos, escalofríos, sensaciones de calor y dolores en las parte externa del tórax. El aspecto era cansado; la respiración, tranquila, se interrumpía de vez en cuando por accesos de tos. Las respiraciones profundas no aumentaban los dolores torácicos. La piel, seca, bastante caliente; el pulso, blando, no muy frecuente. A Vogel le preocupó bastante su estado." Por la edad del enfermo y porque en Weimar se habían convertido bastantes casos de fiebre catarral en fiebre nerviosa, de funesta terminación. Por la tarde mejoró. La fiebre fué siempre muy moderada. Día 17. Por la noche continuó la mejoría, y durmió bastante. La tos, menos intensa y más blanda. La voz clara. Cesaron los dolores en el tórax. Día 18: no fiebre; se levantó algunas horas, y, por la noche, creía Goethe poder reanudar a la mañana siguiente sus labores habituales.

Pero otra había de ser la realidad. Después de unas horas de sueño tranquilo, despertó y sintió, primero, frío en las manos, que fué propagándose hacia el cuerpo. A los escalofríos acompañaron pronto dolores, que comenzando en las manos, alcanzaron rápidamente las partes externas del tórax. Opresión en el tórax; angustia, inquietud y poliuria dolorosa. Los ataques fueron cada vez más frecuentes, a pesar de lo cual no permitió Goethe

que avisaran a su médico hasta las ocho y media del día siguiente.

"Me encontré con un aspecto lastimoso. Terrible angustia e inquietud impulsaban al anciano hacia el sillón o la cama. El dolor fijo en el pecho le hacía exhalar gritos. El rostro, descompuesto, color ceniza... La mirada expresaba una angustia de muerte. El cuerpo, yerto, goteaba sudor; apenas podía contarse el pulso, extraordinariamente rápido. Al cabo de hora y media de emplear calmantes, envolturas calientes, se consiguió hacer soportable la situación. Ya no cambiaba el enfermo el sillón por la cama. Al atardecer habían cesado los graves ataques, y Goethe pudo hablar reposada y sensatamente. Por la noche, sueño a intervalos. A las once de la mañana, continuaba la mejoría. A las dos de la tarde estaba el enfermo recubierto de sudor, el pulso era muy pequeño, frecuente y débil; las puntas de los dedos estaban frías. En algunos momentos perdió el conocimiento; de vez en cuando, estertores en el pecho. A las nueve de la noche, gran estertor, frialdad de todo el cuerpo.

Jarabe Bebé.-Tetradinamo.-Septicemol.-Purgantil (Jarabe de Frutas)
(Véase anuncio, página XXIV)

Los intervalos de lucidez eran cada vez menos frecuentes. El pulso se perdía poco a poco; el rostro tomó un color ceniza; la expresión permanecía tranquila. Todavía permanecían activos el sentido de la vista y del oído, así como las facultades mentales, que tan sólo cesaron con la vida. La muerte se produjo hacia la mitad del día 22.

De la historia clínica hecha por Vogel se deduce que la fiebre catarral que hoy llamamos gripe había terminado el día 19, hacia el final del cual se produjo un grave ataque de angina de pecho, que duró unas diez horas, seguido de un período de mejoría de veinticuatro horas, el cual terminó por la claudicación del corazón.

En cuanto a los dos diagnósticos hechos por Vogel: "asfixia a consecuencia de una fiebre catarral reprimida" y "a consecuencia de una fiebre catarral que atacó el sistema nervioso", es esta última la que hay que considerar como definitiva, según Ebstein. Sin duda, Vogel desconocía la angina de pecho, y por esto calificó de nerviosos los ataques aparecidos en la noche del 19 al 20.—M. B.

○ 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! Pedirlo en Panaderías y establecimientos de régimen.

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

DOS NOVEDADES EGABRO

PARALENTER: Alimento antidiarreico sin as-
tringentes. Fórmula originalísima. Alto índice
nutritivo y asimilación total. Energética en es-
tado naciente: Indicado en *dispepsias*, *gastro-
enteritis*, *enterocolitis* y en todos los trastornos
gastroentéricos de tipo emético o tipo diarrei-
co con o sin fiebre. Siempre que se quiera con-
seguir el «restitutio ad integrum» de la función
digestiva del niño, del infante o del adulto. Ca-
da caso de ensayo será un éxito clínico indu-
dable.

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

Indicaciones y dosis: Las mismas exactamen-
te que las del FEBRIFUGOL simple.

SERVIMO: MUESTRAS A LOS SEÑORES MÉDICOS
Indicando estación destino.

Laboratorio EGABRO
CABRA (Córdoba) España.

Vías respiratorias

JARABE FAMEL
a base de *Lactocresota soluble*

**ACCIÓN
RÁPIDA
Y
SEGURA**

calma la tos
facilita la expectoración
reanima el estado general

Depósito general para España
Curjel s. A. Aragón 228 - Barcelona

CANULA **FUNKE**

SEMUR **FUNKE**

DUCHA
NASAL **FUNKE**

TRATAMIENTO EFICAZ

**REUMATISMO
YODOVISAL**

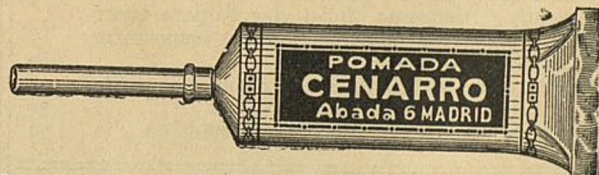
Salicilato sosa
YODURO potasa

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

Muestras y literatura:

D. FENOLLOSA
PAZ, 26 VALENCIA

ALMORRANAS



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

Antiasmático poderoso

REMEDIO 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 Ge-
nio Médico", "El Diario Médico Farmacéutico",
"El Jurado Médico Farmacéutico", la "Revista de
Ciencias Médicas de Barcelona" y la "Revista Mé-
dico-Farmacéutica de Aragón", recomiendan en
largos y encomiásticos artículos el JARABE-ME-
DINA DE QUEBRACHO como el último reme-
dio de la Medicina moderna para combatir el AS-
MA, 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.

Publicaciones de EL SIGLO MEDICO

OPOSICIONES

al Programa oficial vigente para
OPOSITAR

las vacantes de Médico titular Inspector
Municipal de Sanidad

En una sola obra la preparación completa

Redactada por los doctores Carlos María Cortezo, Federico González Deleito, Antonio Fernández Martín y Francisco Javier Cortezo.

**MEDICINA
CIRUGIA
HIGIENE
LEGISLACIÓN SANITARIA** } **4 TOMOS**
} **1.600 páginas**

PRECIO: 35 pesetas.

La obra completa a nuestros suscriptores, 28 ptas.

FOLLETOS DE INTERÉS PRÁCTICO

Editados por EL SIGLO MÉDICO

	Pesetas
Código Penal Vigente.....	2,00
Reglamento de la ley de Accidentes del Trabajo en la industria.....	2,00
Estudio histórico crítico de la Legislación Sanitaria Española.....	1,50
Reglamento y Programa vigentes para las oposiciones a ingreso en el Cuerpo de Sanidad de la Armada.....	1,50
Reglamento y Programa de oposiciones a las vacantes de médico de la Lucha Antivenérea.....	2,00
Reglamento y Programa oficial vigente para oposiciones a plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad.....	1,50
Reglamento para la provisión de vacantes de médicos y farmacéuticos titulares.....	1,50
Estatutos de los colegios oficiales de médicos.....	1,50

UN MÉDICO RURAL

Novela original de BALZAC
Traducida por D. Marcelino Pastor
Con revisión y prólogo del Dr. D. Carlos María Cortezo
Portada de López Motos

4 pesetas ejemplar

3 pesetas a los suscriptores

FORMULARIO CRÍTICO POR LAS CLINICAS DE EUROPA

Se encuentran a la venta los siguientes tomos:

- I A 7 pesetas (segunda edición).
- II B C (en prens).
- III D E 8 pesetas (segunda edición).
- IV F G H (Agotado).
- V I J K L 7,50 pesetas.
- VI M N 7,50 pesetas.
- VII O 7,50 pesetas.
- VIII P (hasta Parto), 8,50 pesetas.
- IX P (de parto patológico hasta el final de dicha letra), 10,50 pesetas.
- X de la P hasta la Z.

LECCIONES DE BIOQUIMICA APLICADAS A LA MEDICINA PRACTICA

Por el Dr. ANTONIO DE LA GRANDA

(DOS FASCÍCULOS) ♦ **4 PESETAS EJEMPLAR**
Descuento 20 por 100 para nuestros suscriptores

MONOGRAFÍAS

PRECIOS
No sus- Suscrip-
criptores tores

Se encuentran a la venta las siguientes:

	Ptas.	Ptas.
I.—Hemoptisis tuberculosas y no tuberculosas, por el Dr. Valdés Lambea.....	2,00	1,60
II.—La demencia precoz, por el Dr. Vallejo Nágera.....	2,00	1,60
III.—Diagnóstico y tratamiento de las dermatosis más frecuentes, por el Dr. Javier María Tomé y Bona (2.ª edición).....	3,00	2,40
IV.—Los problemas clínicos de la úlcera del estómago, por el Prof. Fidel Fernández Martínez (de Granada).....	2,00	1,60
V.—La blenorragia aguda y su tratamiento, por el Dr. Angel Pulido Martín.....	2,00	1,60
VI.—El médico rural ante las distocias más frecuentes, por el Dr. Vital Aza (2.ª edición).....	3,00	2,40
VII.—Los problemas clínicos del estreñimiento rebelde, por el Prof. Fidel Fernández Martínez (de Granada).....	2,00	1,60
VIII.—La epilepsia, por el Dr. José María de Villaverde.....	Agotada.	
IX.—El médico práctico ante la difteria y sus complicaciones. Intubación laríngea, por el Dr. García Vicente, y Alteraciones de la voz. Laringitis y ronquera, por el Dr. Huarte Mendicosa. (Dos monografías en una.)...	2,00	1,60
X.—El tratamiento del reumatismo, por el Dr. Federico Peco y M. Sellés.....	2,00	1,60
XI.—Las helmintiasis intestinales más frecuentes en patología humana, por el doctor Santiago Larregla.....	2,00	1,60
XII.—Manual de sifiliografía práctica, por el Dr. Javier María Tomé y Bona.....	3,00	2,40
XIII.—Tuberculosis: contagio, herencia y constitución, por el Dr. Valdés Lambea....	3,00	2,40

Médicos Madrileños Famosos

Biografía y bibliografía de médicos ilustres
nacidos en Madrid y su provincia

Prólogo de D. PEDRO DE RÉPIDE

Cronista de la Muy Noble, Muy Heroica y Excelentísima
Villa de Madrid.

EL SIGLO MEDICO ha editado cuidadosamente esta obra del Dr. Alvarez Sierra. Es un tomo de 300 páginas, con numerosos grabados estampados en magnífico papel couché y elegantemente encuadrado.

PRECIO DEL EJEMPLAR: 14 PESETAS

Para los suscriptores de EL SIGLO MÉDICO
20 por 100 de descuento

CINCO LECCIONES DE HEMATOLOGIA GENERAL CLINICA

Por el Dr. F. MAS Y MAGRO

Explicadas en la Facultad de Medicina de Valencia,
Cátedra del Prof. Dr. Manuel Beltrán Bágüena

PRECIO: 3 PESETAS

AVISO IMPORTANTE.— No serviremos ningún libro sin previo pago. Los reembolsos tendrán un aumento de 0,75 pesetas, por pequeño que sea el pedido.

Ayuntamiento de Madrid

sulfuro de bismuto. Si la cantidad ingerida es muy grande, la porción absorbida no se elimina por completo, sino que se retiene en parte, principalmente en el hígado, riñones y bazo.

Tiene una acción tónica en virtud de la cual disminuye las secreciones de las mucosas, y si están ulceradas, obra como un apósito, favoreciendo la cicatrización. Absorbe los gases que se producen en el intestino y hace desaparecer los ácidos de las fermentaciones láctica y acética.

La toxicidad del subnitrito de bismuto es muy escasa. Sin embargo, se ha dado en ciertos casos y conviene distinguir la intoxicación debida al bismuto mismo de la debida a los nitratos. La primera se observa en las aplicaciones externas, porque el subnitrito, en contacto con las heridas que tienen reacción alcalina, forma, parece ser con las albúminas, una combinación soluble que no tiene lugar en el medio ácido del estómago. Esta intoxicación por el bismuto se caracteriza por un ribete violáceo en el reborde gingival en los casos leves. Si la intoxicación es algo más intensa, acompañan a este ribete manchas negruzcas, un verdadero tatuaje de la mucosa bucal, y en casos aún más graves, estas manchas se ulceran, originando infecciones secundarias y algunos síntomas generales, como fiebre, hipo, vómitos, diarrea y albuminuria, tomando las orinas una coloración negruzca.

En cambio, la intoxicación que sobreviene por ingestión se debe a los nitritos que se producen, y que Böhme ha podido obtener con el subnitrito y un cultivo de bacilos coli o excremento de niño. Estos nitritos transforman la hemoglobina en metahemoglobina, incapaz de absorber oxígeno y, por lo tanto, presentan los que padecen esta intoxicación los síntomas de la asfixia. Con todo, nunca se observaron fenómenos de intoxicación por ingestión, a menos de hallarse el producto mezclado con impurezas, sino en los casos en que con objeto de

Papeles para niños:

Benzonaftol	} aa 15 centig.
Salicilato neutro de bismuto	
Bicarbonato de sosa	20 —
Protoxalato de hierro	1 —

M. Para un papel. Háganse veinte iguales. Para tomar tres al día. Indicación: anemia de los niños de pecho dispépsicos con diarreas fétidas.

“BERI-BERI”

Esta enfermedad se conoce en el Japón con el nombre de Kakke; es de origen alimenticio y se presenta como una neuritis periférica. Se encuentra en casi todos los países cálidos, y recientemente ha sido dada a conocer también en Andalucía.

Tiene una forma paralítica que se caracteriza por anestesia, acompañada de hormigueos, seguida de parexia, y, por fin, parálisis de la misma zona. Además, aparecen dolores fulgurantes, y, en conjunto, aparece como una seudotabes.

La segunda forma o hidrópica se distingue de la anterior por presentar edemas semejantes a los nefríticos en cuanto a su localización, pero más remitentes y duros, así como tampoco suelen afectar al escroto.

Por fin, hay una forma mixta que participa de las dos.

Como la etiología no es bien conocida, la profilaxia sólo puede consistir en la vigilancia de la higiene de las aglomeraciones, evitando la miseria fisiológica; investigar en los países donde reina la endemia, la calidad del arroz, del pescado y de los demás productos alimenticios; velar por la higiene de los navíos, que es en donde aparece con mucha frecuencia. En los casos en que la epidemia ha estallado ya, se recomienda, para evitar su propagación, suprimir por completo el arroz de la alimentación; aislar los enfermos, por haberse dado ca-

sos de contagio, desinfectando y evacuando los lugares ocupados por los enfermos y asegurar una buena higiene general.

Respecto al tratamiento de un enfermo atacado, conviene, en primer término, cambiar de clima al enfermo y procurarle una excelente higiene general y alimenticia. El régimen alimenticio será mixto y fortificante.

En la forma hidrópica se recetarán purgantes drásticos, diuréticos y diaforéticos; si hay hidrotórax, ascitis, etc., se practica la paracentesis. Cuando haya fiebre se dará quinina y piramidón.

En la forma paralítica se practica revulsión a lo largo de los troncos nerviosos y, en general, el tratamiento de la atrofia muscular consecutiva a las neuritis periféricas, o sea galvanización, faradización, masaje, duchas frías, calientes o sulfurosas, fricciones, etc.

Al interior se da quinina, fósforo, estricnina, arsénico, yoduro potásico y nitrato de plata.

Cocodilato férrico 1,50 gr.
Sulfato de estricnina. 30 milig.
Agua esterilizada C. s. para 30 cc.

D. Para inyectar progresivamente de medio a 1 cc. al día.

Contra los dolores se da antipirina, piramidón y opio.

BETOL

Es el salicilato de naftol. Se presenta en láminas incoloras, inodoras, insípidas, insoluble en agua fría y poco soluble en alcohol.

Igual que el salol, el betol no sufre alteración ninguna por la acción del jugo gástrico; en cambio, se descompone por la del jugo pancreático. Tiene sobre el salol la ventaja de ser menos peligroso, porque engendra naftol en vez de fenol, pero no siempre es completo el desdoblamiento. Se ha empleado como antiséptico intesti-

nal urinario y en el reumatismo articular agudo. Se da de 1 a 3 gramos diarios en sellos:

Benzoato de sosa } aa 25 centig.
Betol }

Para un sello. Háganse 20 iguales. Para tomar de cuatro a ocho al día.

Indicaciones: antisepsia intestinal y urinaria, especialmente en el curso de autointoxicación.

BICARBONATO SÓDICO

Véase Carbonato de sodio.

BICROMATO POTÁSICO

Envenenamiento por el bicromato potásico.—Se vaciará el estómago y se dará agua de cal o, mejor, carbonato de magnesia o de cal en leche, a dosis de 30 gramos. Asimismo se administrarán limaduras de hierro, una toma de 5 gramos cada cinco minutos, y también clara de huevo y tisanas fuertes de cebada o de avena.

BISMUTO (SALES DE)

La más importante es el subnitrato, que es un polvo cristalino blanco, inodoro, insípido, insoluble en agua, que se conglomeraba en trociscos, y que para usos médicos debe ser puro.

Después del subnitrato viene en frecuencia de uso el salicilato, que es preferible cuando a la acción de las sales de bismuto se quiere añadir la de algún antiséptico, y, por fin, el benzoato, que es un polvo blanco, insípido e insoluble en agua.

Cuando se ha ingerido subnitrato de bismuto, sólo se absorbe una pequeña porción. El resto continúa su trayecto a lo largo del tubo digestivo y se elimina por las heces, dándolas un color negro, debido a la formación de

Correspondencia administrativa

Sólo la correspondencia que venga acompañada del franqueo correspondiente será contestada por carta directa.

Cuando nos remita un giro postal y nos comunique el envío, no olvide indicar el número del giro.

D. Alejandro Martín, pagado fin diciembre 1936.

D. José Luis Viñuelas, ídem íd.

D. Manuel Cámara, ídem íd.
D. Alejandro Hernando, ídem íd.
D. Marcelino Conesa, ídem íd.
D. Antonio Delgado, ídem íd.
D. A. Pigarnau, ídem íd.
D. Eduardo Carrillo, ídem íd.
D. Salvador Esteban, ídem íd.
D. Antonio Vila, ídem íd.

(Continuará.)

ANTIASMA POLVO FUMIGATORIO MENTOLADO
BENGALAIS
Eficaz, Agradable e inofensivo.
ASMA, ENFISEMA, CATARRO. CORIZA
De Venta en todas las Farmacias. — MUESTRAS: RIERA S. C. BARCELONA, Ap° 229.
A. FAGARD, Farmacéutico Preparador, 44, Rue d'Aguesseau, BOULOGNE-PARIS

ANALISIS

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

Laboratorio del Dr. E. ORTEGA

Sucesor del Dr. CALDERON

Carmen, 12.-Madrid

FUNDADO EN 1866

Adquiera usted la colección de Monografías editadas por EL SIGLO MÉDICO

SANATORIO PEÑA-CASTILLO SANTANDER

Destinado a enfermos del aparato digestivo, nutrición y sistema nervioso

Clima delicioso, once hectáreas de parque, completa instalación de mecanoterapia, electricidad, calor y terapéutica física. Hotel de dietética. Dos hoteles para psiconeurosis. Pabellón especial de radioterapia profunda. Sección de toxicómanos.

Director, EXCMO. SR. D. M. MORALES

“HOZNAYO”.-LA MEJOR AGUA DE MESA

SARNA

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.

★ (ROÑA) ★

J. CABALLERO ROIG

Farmacia-Laboratorio: Rocafort, 135, Barcelona



FIMONAL

VIAS RESPIRATORIAS

Indicaciones del FORCEPS
y técnica operatoria del mismo

Por el Dr. A. PONS

4 PESETAS EJEMPLAR

PEDIDOS AL APARTADO 121-MADRID



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.

LABORATORIO FARMACEUTICO

PONS, MORENO Y C.^A

DIRECTOR D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA

(ESPAÑA)

Jarabe Bebé

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

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

Tetradinamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

Mutasán

(INYECTABLE)

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

AL PEDIR MUESTRAS INDÍQUESE ESTA REVISTA Y ESTACIÓN DEL FERROCARRIL

III Congreso Internacional de Paludismo

Madrid, 12-18 de octubre de 1936

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

Apellidos y nombre

Título o cargo

Dirección

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

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

Envío por { cheque s. Madrid } pesetas
giro postal

(Se ruega escribir con la mayor claridad.)

(Firma.)

Por ausencia de Madrid del Dr. G. Ferradas le sustituye en la Secretaría general del Congreso el Dr. D. Emilio Luengo a quien deberá dirigirse toda la correspondencia, como Secretario del Comité Organizador del III Congreso Internacional de Paludismo.—Instituto Nacional de Sanidad.—Calle de Recoletos, 19.—MADRID, 6 (España)



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 — VILAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)