

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

Núm. 4.307. — Tomo 97

AÑO OCHENTA Y TRES

27 Junio 1936

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, I. URIACH Y C.^A, S. A.—Barcelona.

Tetradinamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemioi

(INYECTABLE)

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

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



BARACHOL

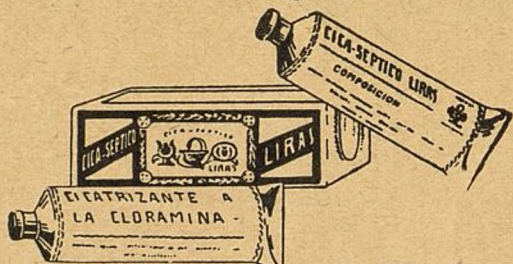


Antisármico ideal. Obra por absorción medicamentosa y evaporación de gases, curando la sarna sin baños, sin desinfección de ropas y aplicando la pomada únicamente en las manos.

LABORATORIOS FAUS — VILLAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)

CICA-SEPTICO LIRAS

De sorprendentes resultados en quemaduras, grietas de pechos, úlceras atónicas, forúnculos abiertos y en toda clase de heridas. La clase médica los receta, no por su procedencia castellana, sino por su gran resultado.—No se pega el apósito a las heridas.



CICATRIZANTE A LA CLORAMINA

Muy eficaz en casos idénticos y se prefiere Cloramina En Centros Farmacéuticos y Farmacias surtidas. Muestras a médicos.—Laboratorios Liras.—(Burgos) Villadiego.

FORTUNA y FELISA

Exdependientas de Doña Pepita

Compra y venta de libros.
Especialidad en obras de texto.
**BACHILLERES, DERECHO.
MEDICINA, FARMACIA, etc.**

Calle del Carmen, 31-Sucursal de Reyes, 27

Teléfono núm. 27945

«LA ESTUDIANTEL»

VACANTES

Sociedad Filantrópica Mercantil Matritense

Abada, 1, principal izquierda.—MADRID.

CONCURSO: Esta Sociedad saca a concurso CUATRO plazas de Médicos supernumerarios de Medicina General. Los concursantes han de tener como edad máxima treinta y cinco años y llevar cuatro de ejercicio como mínimo. Las demás condiciones del concurso se podrán examinar en las Oficinas de la Sociedad los días laborables, de tres a siete de la tarde. Las solicitudes, que serán dirigidas al Sr. Presidente, se admitirán hasta las siete de la tarde del día 18 de julio próximo, fecha en que se cerrará el concurso.

Madrid, 19 de junio de 1936.—El secretario, PEDRO DE IGARTUA.

ALMORRANAS



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

HIGIENE DE LOS OJOS



OFTALMOL

PODEROSO ANTISEPTICO DE LAS INFECCIONES DE LOS OJOS.
LAVADOS Y BAÑOS OCULARES

INDICACIONES: Conjuntivas, úlceras de la córnea, oftalmias, tracoma (granulaciones), orzuelos, dacriocistitis (fistula lacrimal), blefaritis (inflamación de los párpados), caída de las pestañas, formación de forúnculos, costras, abscesos, etc., etc

EL FRASCO LLEVA UNA BANERITA

Com.: Cía. hidrargvr., 0,02 gr.—Ac. carbazot, 0,01 gr.—Sal. seda.

Homborg, 6 gr.—S. Clorenalina, XX gotas.—Ag. bidestilada, 300 gr.

LABORATORIO IBERIA —:- Rambla Moncada, 29 —:- VICH (Barcelona)

¡DOCTOR!

¿Quiere usted que el alcanfor que ha de inyectar a sus enfermos obre de manera rápida y segura? Pues use siempre el

CANFORETIL B. MARTIN

(Nombre registrado)

(Solución etéreo-oleosa de alcanfor puro del Japón)

En ampollas de 0,10, 0,20, 0,40, 0,50 y un gramo de alcanfor puro

DE LA GOTA

III 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

Don Juan Angel Pérez Carrillo (y no Don José, como se le menciona equivocadamente), que llegó a ayudante de embarco y ayudante director del Apostadero de La Habana (en 29 de diciembre de 1829), y de *Don Francisco de Paula Gutiérrez*, deben figurar en la historia de la vacunación en América como cirujanos de la Armada adscritos a su práctica y divulgación, pues ambos ayudaron a los Dres. Romay y Cózar en sus primeros intentos, que habían de salvar a Cuba de la epidemia dominadora. El primero de ellos tiene en su historia, apenas hizo acto de presencia y de fe, en las operaciones profilácticas públicas realizadas en La Habana, el grato recuerdo histórico de haber sido el médico naval que, tomando a su buque de guerra como mecanismo venturoso de transporte del flúido vacuno, lo llevó al Continente mejicano, creando la ocasión gloriosa que se determinó en este Virreinato al florecer con el mismo empeño que en Cuba, ya que llevaba la huella imprecadera del éxito conseguido en esta Isla.

La hoja de servicios del Dr. Pérez Carrillo es elocuente en el sentido que indicamos.

Don Juan Angel Pérez Carrillo cursó los estudios médicos en el Colegio de Cirugía de Cádiz, finalizándolos en 23 de junio de 1797, que adquiere el título de segundo cirujano de la Armada dos años más tarde.

Inicia sus navegaciones por aguas americanas, estando embarcado en diversos navíos (bergantín "Cazador", ídem "Begoña", corbeta "Desempeño"), correspondiéndole en 26 de marzo de 1804 la fragata "O", en la que ha de conseguir un suceso trascendental.

Durante sus estancias repetidas en La Habana, tiene ocasión de prestar su colaboración más decidida en los esfuerzos prácticos que para la implantación y propagación de la vacuna en este puerto se realizaban en los comienzos del 1804.

Apenas embarcado en la fragata "O", sale con su buque para Veracruz (iba mandada la fragata por el capi-

nota de "sobresaliente", que llevaba implícito el empleo de segundo cirujano de la Armada. De 1771 al 77 vive destacado en los mares americanos (en los paquebotes "Ramo de Oliva", "San Cristóbal", navío "Santo Domingo", fragata "Santa Rosalía", etc.), formando, en una ocasión, a las órdenes del marqués de Casa Tili, por las costas del Brasil.

Desembarcado en Cádiz, en 1777, vuelve a los barcos, y en el navío "San Pascual" hace la campaña del Canal de la Mancha (de junio de 1779 a mayo de 1880), frecuentando los puertos de Brest, Coruña y Ferrol.

En 1781 interviene en la expedición a Mahón (al mando del brigadier Don Ventura Moreno), para incorporarse posteriormente a la escuadra de Don Luis de Córdova.

Por desarme del buque en que prestaba sus servicios, es destinado al navío "San Fernando" (8 de marzo de 1782), que mandaba Don Miguel Gastón, en el que asciende a Primer cirujano, y toma parte en la campaña de guerra (sobre el Canal de la Mancha y apostadero de Gibraltar), protegiendo a "las flotantes" y actuando sanitariamente en el combate del 20 de octubre.

Estando, en 1783 (12 de enero) habilitado de ayudante de cirujano mayor, a bordo del navío "Santa Isabel", es copartícipe en una comisión secreta que desempeñó el jefe de escuadra marqués de Medina.

En dos ocasiones distintas (1785 y 1791) actúa como cirujano de los batallones de Marina en el Departamento de El Ferrol, intercalando otros cometidos de embarco (en el navío "Mejicano", "Salvador" y "San Pedro").

Sobre el segundo de los navíos citados, formando parte de la escuadra de Lángara, interviene en los sucesos de Tolón, en donde, por orden de su jefe, "establece un hospital en tierra, en el convento de la Visitación, hasta la evacuación de la plaza, en la que, por in-

cidencias de la jornada, corre grave riesgo antes de poder incorporarse a su destino a bordo”.

Aparece en Veracruz, en el navío “Europa”, al mando de Don Joaquín Valdés, desde donde el virrey de Nueva España, el marqués de Branciforte, lo envía al Departamento de San Blas, en California, en el que desarrolla fructífera labor, hasta que, por enfermedad, se restituye a Europa.

Es ascendido a ayudante honorario de embarco en 28 de diciembre de 1798, y, a poco, se le confiere destino para la Isla de Cuba (24 de enero de 1799), que tarda algún tiempo en desempeñar (hasta el 22 de noviembre de 1801), “por causa de la guerra nuevamente entablada”.

Ya le había correspondido su ascenso a Ayudante Director, y fué a ocupar la vacante, por fallecimiento de Don Antonio Candau (su último ascenso data de la fecha de 7 de agosto de 1800).

Así, pues, en los comienzos de 1802 inició en La Habana su alto cometido, y es en este puesto de responsabilidad desde el que ha de imprimir una orientación personal al problema de la introducción de la vacuna, en el que tanta trascendencia llegó a tener, como hemos indicado.

Cózar, no sólo tuvo participación en este problema haciendo práctica vacunante, sino que mantuvo relaciones muy cordiales con el Dr. Romy, que llegó a constituirse en La Habana como un apóstol, lleno de fervor y de entusiasmo, hasta el punto de labrarse un preeminente lugar en la historia de la vacunación en Cuba.

El Dr. Don Tomás Romy, cuyos escritos profesionales le garantizan un gran privilegio científico, fué, como decimos, el paladín más ardiente de la vacunación en La Habana, guiando con criterio certero a otros colegas, asociándose a la labor de Balmis, hasta el punto de que, al constituir éste la Junta Central de Vacuna, fué

los Dres Don Jose de Senis Mendes y Don Juan Delgado, habiendo este último a servir un mes después, aquel suplicante y retirándose, desde el 1.º de abril del año anterior, luego que se le suspendió el sueldo. Todo lo cual consta del papel, número primero suministrado, por el contralor de los Reales hospitales de marina, de orden del ministro principal.”

Última su escrito pidiendo una de las plazas del Real Hospital de Marina y se le autorice con título de médico consultor de los Reales Hospitales (fecha 29 de noviembre de 1797).

Acompañada la solicitud inserta, con las certificaciones correspondiente (bajo la firma de Don José Miguel Izquierdo, escribano de S. M. de Guerra y Marina, de 24 de octubre), dió lugar a un expediente, que no extractamos, del que se desprende que la actuación de Romy fué hecha en los hospitales de Belem y del Arsenal, y que al conde de Santa Clara, gobernador de La Habana, le merecía el solicitante “un buen concepto”. La Junta Superior Gubernativa de los Colegios de Cirugía del Reyno (compuesta por Custodio Gutiérrez, Gimbernat y Galli) denegó la pretensión de Romy, por entender que las plazas de los Hospitales de Marina debían recaer exclusivamente en los cirujanos de la Armada, según la R. O. de 16 de mayo de 1797.

La personalidad de Romy, que aparece en la historia de la vacuna tan destacada, tiene, por los datos apuntados, un entronque directo con las actividades de la Sanidad naval, y así se demuestra cómo aquella labor primaria de sus años mozos, tan unidos a los intereses de la Marina, justifica su colaboración estrecha con sus antiguos compañeros, tan reciamente unidos por el recuerdo de una vida profesional iniciada bajo un mismo techado.

A Romy prestan su colaboración otros médicos de la Armada, además del señalado Dr. Cózar, que llega a ocupar cargos de relieve en el Cuerpo. *Los nombres de*

TERTULIA MEDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

AMENIDADES

27-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.

MEDICINA Y CULTURA

La derrota del hombre

POR EL

Dr. ANTONIO DE LA GRANDA

El instinto deicida ha florecido siempre en el alma de los pueblos. Pero ocurre que, cuando un pueblo huye de Dios, es para refugiarse en otro Dios.

El hombre, en lo que tiene más de hombre, es decir, el hombre como animal con ideales, no puede estar nunca desvinculado del sentimiento religioso. Porque el ideal, en sí mismo, ya es una noción teológica, puesto que todo ideal, para serlo enteramente, debe estar colocado fuera del marco ordinario y contingente de las cosas; el ideal posee, en esencia, pretensiones cósmicas y eternas, y salva nuestra finitud en el espacio-tiempo. Por eso vemos cómo la sociedad occidental, cuando se desembarazó de la herencia cristiana de la Edad Media, comenzó a crear afanosamente mitos religiosos en sustitución de la verdad perdida, y así fueron fabricadas las religiones de la Razón, de la Belleza, de la Paz, del Futuro, de la Naturalidad, del "Yo", del Proletariado, de la Masa, de la Raza, y algunas docenas

BARACHOL

Cura Eczemas, Erupciones y Enfermedades Rebeldes de la Piel.

más. Pero atisbando en el fondo de todas estas abstracciones ideales, se nos aparecen, sin embargo, como idólos diminutos y cohorte de dioses menores de la gran religión de la historia moderna, la Religión de la Humanidad.

Decía el solitario Zimmermann: "... el sacerdote instruye y consuela, el juez hace justicia, el médico ve los enfermos..., todo por humanidad, dicen estos señores. Todo esto es falso... Vuestra Humanidad, esta palabra que me choca siempre y por la cual

empiezan muchos miles de cartas que se me han escrito, no es otra cosa que un estilo de moda, una adulación, una fría mentira..." Equivocación lamentable. Esa palabra es algo más que un estilo y una adulación; no es una mentira: es el ideal supremo de hoy, el símbolo de nuestra religión,

Diarreas estivales ELDOFORMO

"Bayer"

símbolo que, como el de todas las religiones, lleva su fin en sí mismo, y ni se le discute ni se le define siquiera, pero que constituye el polo hacia el cual convergen nuestras actividades. En realidad de verdad, todos hemos aprendido a contemplar la humanidad como si fuese una persona, ennoblecida y vestida con los atributos de Dios. Es una observación común que, siempre que un científico, un político o un filósofo quieren justificar un invento, dar una regla sociológica, imponer una norma moral, invocan como argumento de óptima garantía el "beneficio de la humanidad". Con este grito se hace también la guerra entre los pueblos, y la paz se declara con ese mismo sentimiento. De aquí que, cuando Augusto Comte quiso crear su Religión de la Humanidad, no iba tan descaminado. La intención de su genio sistematizador no era otra que recoger en un nuevo Evangelio, dándole cuerpo de doctrina, ese anhelo religioso disperso en la conciencia de todos y que él palpaba a su alrededor.

El antropoteísmo no es de ahora. Todas las civilizaciones lo han padecido. Siempre que se pierde la sensación del universo y se descompone la cultura, el hombre deja de ser hombre para convertirse en Dios. De esta manera, afirmando el valor de sí mismo, se encuentra en la propia divinización un apoyo para la voluntad decaída, interpretando aquellas pala-

bras: "De la aurora de la historia y de la profundidad de cada alma, el rostro de nuestro padre el Hombre nos contempla con el fuego de su eterna juventud, y dice: "Antes de Jehová, soy yo." (Clifford.)

A la Religión de la Humanidad se superpone como una consecuencia lógica el "humanismo", que es, entre todos, el problema más formidable que la historia se ha planteado a sí misma. Ahora bien: el tiempo, que a veces se hace centenario antes de decidir sus juicios, ha resuelto ese problema desfavorabilísimamente. Porque la verdad está en que la fe en el hombre se ha roto. Por encima del inmenso dinamismo de nuestra civilización y del clamor universal del progreso, una nube escéptica lo baña todo y la vida pierde contenido.

El humanismo, en su obsesión del destino humano y del valor y la libertad del hombre, ha desligado a éste de todo lo que no es el mundo natural, cayendo entonces en una contradicción insuperable: por un lado, exalta al hombre, y, por otro, lo empuja hasta el absurdo, pues lo reduce a una forma temporal y limitada, como una gota de agua en la inmensa laguna del cosmos. Esta es la razón de que se haya equivocado

Borolumyl (sin bromuro), medicamento racional y muy activo contra la EPILEPSIA. VÓMITOS DEL EMBARAZO. Tolerancia absoluta. Sedante del sistema nervioso.

hasta en esa ese entusiasmo por la "personalidad" que le distinguía al principio. Nietzsche y Marx, que son las dos finales y conclusivas figuras que han salido del movimiento humanista, representan precisamente un odio feroz contra todo lo humano. Nietzsche, a lo largo de su individualismo, proclama que el hombre es "vergüenza y humillación": hay que superarlo. El "superhombre" se levanta así por encima de su condición de hombre, queriendo alcanzar fines colocados en un futuro extrahumano.

FIMONAL



VIAS RESPIRATORIAS

Pero el individualismo de Nietzsche ha sido superado hoy por su contrario, el colectivismo de Carlos Marx. El ideal marxista rompe igualmente con el hombre, y predica la superación en la colectividad. El amor a la personalidad humana se desahace en una vieja concepción burguesa.

Y ha ocurrido que el hombre, que se encontraba solo, aislado, sin base en sus pies, aceptó salvar esa tremenda soledad hundiéndose en el colectivismo, en la "masa". Hoy ya no se escribe ni se habla para el hombre, sino para la masa; hoy ya no se gobierna al pueblo, sino a las masas. Y hasta todos hemos aprendido un poco a pensar, a querer y a anhelar "en masa".

Por otra parte, inclinado el humanismo del lado de la Naturaleza en contra de lo Sobrenatural de los siglos anteriores, centró al hombre en el mundo, y le dió una forma y un contenido materiales, despojándole de su categoría especialísima. Por dos cosas estaba el hombre orgulloso de sí mismo: por la "vida", que, como rara cualidad le apartaba a él y a todo lo viviente de lo que por sí es quieto e inanimado, y por su origen y semejan-

importa: de uno a otro lado nos podemos dar las manos a través de una serie de monos cada vez más perfectos, cada vez más hermosos y más parecidos al hombre. Ocurrió, pues, que el "missing-link" de Darwin, el término negativo, "eslabón que falta", se tro-

CARABANA: el mejor purgante

có en un concepto positivo, dando como seguro ese fantástico eslabón.

La historia moderna no demuestra ser, como creen algunos, una lucha por la primacía de la ciencia, sino por un sistema de hipótesis y principios apriorísticos (positivismo, evolucionismo, darwinismo, etc.), cuya finalidad ni es natural ni es buscada inductivamente, y que, por lo tanto, caen fuera del verdadero saber científico. En realidad, es anticientífico ver en el hombre un simple animal, y tanto más sobrenatural se nos presenta cuanto más animal queremos considerarle. Porque el hombre parece como un ser extraño en la Naturaleza, o, en todo caso, según opinaban Kant y otros filósofos, "como un ciudadano de dos mundos distintos". Mas para todo se encuentra demostración, y así, nuestro origen natural y evolutivo se basó en el hallazgo de algunos huesos desperdigados y pedazos de huesos, que ni siquiera se tiene la certeza de que han pertenecido al mismo ser; las pruebas son pocas (trozos de cráneo de forma particular, un rudo fémur, unos dientes de presa...), pero la buena voluntad de los sabios ha puesto lo que falta. Es inútil señalar que el parecido morfológico no justifica la paternidad; es inútil indicarles que un mono, por semejanza corporal que tenga con el hombre, sigue siendo mono de los pies a la cabeza, mientras no sólo viva en el mundo, sino que tenga conciencia de ese mundo, es decir, mientras no haya transformado el macrocosmos en microcosmos; en tanto no posea la afirmación integral de su potencia creadora y el anhelo infinito hacia la divinidad. Es perfectamente inútil, porque a cada argumento nuestro vuelve a señalarnos las piezas de su osario. Por esto, un autor moderno dice, con ironía cruel, pero muy a punto: "Estoy seguro de que más de un profesor superaría a más de un perro en el arte de enseñar los dientes defendiendo su hueso." A mí me parece que, en toda esta tarea que se han tomado los investigadores de averiguar

qué cosa era el hombre antes de ser hombre (lo cual encierra ya un contrasentido), hay muchas ganas de perder el tiempo. Yo no sé, por ejemplo, sobre qué base científica puede cimentarse la peregrina ocurrencia de Daqué cuando nos describe al hombre primitivo, "anfibio, armado de cuernos y andando sobre cuatro extremidades".

Partiendo de nuestro origen evolutivo, no puede extranar entonces, cuando alguno de nosotros comete un acto cruel o desusadamente egoísta, que se inculpe de ello al atavismo, a esa herencia animal que nos viene de tan lejos. ¡El hombre de las cavernas! ¡Cuántas veces he visto echar mano de ese ser tenebroso, mitad hombre, mitad bestia, para explicar los más opuestos hechos biológicos! ¿Pero acaso está definitivamente demostrado que el habitante de las cavernas fuera más brutal que el morador de los actuales rascacielos? Lo único que conocemos de la caverna son dibujos notables y pinturas de perfección extremada, que pocos dibujantes de hoy serían, sabrían expresar con igual belleza. Sólo sacamos de la caverna que por allí pasó el hombre artista, como

STROPHANTHIUM PALLARES

Valoración biológica:

Un cc. contiene 2 1/2 miligramos de Estrofantina

za divinos, que le separaba de todo el universo. Hoy, esos dos grandes orgullos, sobre los cuales posaba su unidad e identidad interior y toda su concepción de la vida y el cosmos, yacen olvidados en el rincón donde son almacenadas las quimeras que el progreso desbarata a su paso. Pero, aunque tarde, comenzamos a ver cómo en ese rincón fueron amontonados por igual los errores y las verdades:

Quienes separaron al hombre de Dios, le identificaron con las bestias. En cuanto el hombre perdió la imagen y semejanza divinos, hubo que buscar esa semejanza entre las cosas de este mundo, y se encontró, como más próxima, la bestia llamada mono. De no haber existido el género simio, habríamos depositado esa relación de afinidad en otro animal cualquiera, que pudo ser el perro, que pudo ser el lobo. El dilema estaba planteado, y había que resolverlo como fuera (1).

Ciertamente, que entre hombre y mono hay una gran distancia, pero qué

(1) Al adquirir el mono la categoría de ascendiente remoto de la Humanidad y ser honrado como tal, acerca nuestra civilización a la de aquellos pueblos que adoraban un animal como antepasado de la raza. El mono viene a ser el «totem» de hoy día, como antes lo fué el lobo y el león.

JARABE ALMERA

A BASE DE FOSFATO DE CAL GELATINOSO, EL MAS ASIMILABLE

criatura creada y ser creador; en cambio, no podemos ver ninguna de esas abominables costumbres con que los profesores han querido retratarlo. Todo esto nos obliga, por vía natural, a creer que, hasta en sus primeras manifestaciones, el hombre apareció ya desde el principio como hombre totalmente formado.

Pero el humanismo va más allá; no sólo rompe con nuestro origen "extranatural", sino que ataca el concepto mismo de lo "vital". Entre el ser vivo y el ser inerte no hay más que insensibles diferencias graduales; la vida pierde calidad de fenómeno extraordinario, y su origen se liga con la evolución total de las cosas, por lo cual de lo informe sale lo diferenciado, y de lo homogéneo, lo heterogéneo. En este punto la intransigencia es absoluta. Condiciones especiales de una ciega casualidad presidieron el apareamiento de la vida en la Tierra; luego, ese germen vital, en su ascenso gradual y espontáneo, y bajo el influjo del medio, fué creando formas cada vez más complicadas y distintas. Casualidad, espontaneidad, evolución.

Pero permítasenos a nosotros hacer también suposiciones. Supongamos que yo dijera: "Nuestra espléndida catedral de Toledo, con su brillante arquitectura, se fué formando por el des-

(Continúa en la página XVIII.)

NEVROSTHENINE

GLICEROFOSFATOS CEREBRALES SIN CALCIO



INYECTABLES

para el tratamiento de las afecciones de las vías respiratorias

OPTOBALSAN (OPTOQUINA Y BALSAMICOS)

Fórmula Adultos

Optoquina.....	0,03 gr.
Hidrastina.....	0,002 gr.
Colesterina.....	0,05 gr.
Alcanfor.....	0,20 gr.
Gomenol.....	0,20 gr.
Guayacol.....	0,10 gr.
Aceite de olivas lavado	c. s. para 3 cc.

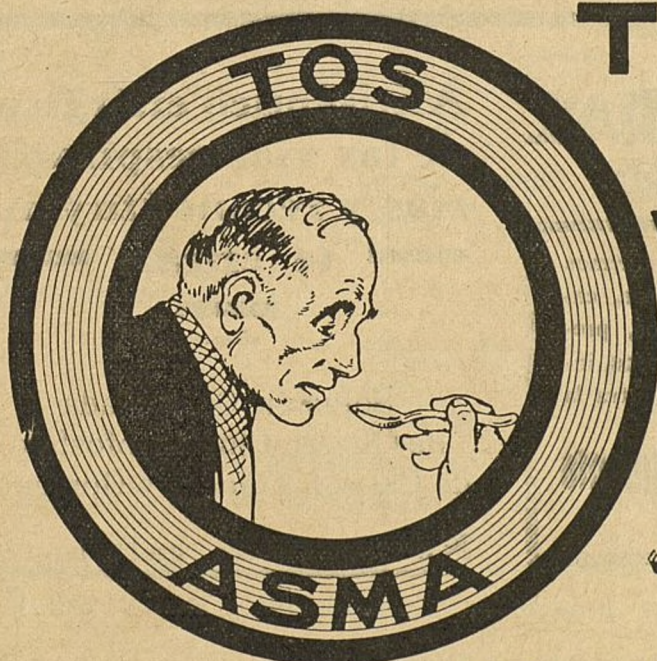
Fórmula Niños

Optoquina.....	0,015 gr.
Hidrastina.....	0,001 gr.
Colesterina.....	0,025 gr.
Alcanfor.....	0,10 gr.
Gomenol.....	0,10 gr.
Guayacol.....	0,05 gr.
Aceite de olivas lavado	c. s. para 1,5 cc.

Representante para Madrid y provincia:

Don Antonio Sánchez Soubrier. - Glorieta San Bernardo, 8 (Farmacia)

Laboratorio Vda. de Salvador S. Ortiz. - BAZA (Granada)



THUS- -SERUM

FÓRMULA	Tiocol	0'25
	Gomenol	0'05
	Lactofosf. cálcico	0'25
	Extr. Malta	0'5

Indicado en
todas las afecciones de las

VÍAS RESPIRATORIAS

Laboratorios VIÑAS - Claris, 71 - BARCELONA

Tratamiento curativo del

ESTREÑIMIENTO HABITUAL CON *PETROSINA*

GARCIA SUAREZ

NO ES PURGANTE

Es un hidrocarburo líquido, insípido, no asimilable, que lubrica las mucosas de los intestinos, facilitando la defecación.



Con el empleo prolongado
SE CURA SIEMPRE EL ESTREÑIMIENTO



ANTICATARRAL
Garcia Suarez

¡Gracias a él!

Curaré a mis enfermos
Bronconeumónicos, catarrhos crónicos, presuntos tuberculosos, inmunizándolos contra la

Gripe y Pulmonía

Antiséptico enérgico,
de las vías respiratorias y reconstituyente eficaz.

Solución Creosotada
de Glicero-Clorhidrofosfato
de Cal con Thiocol y Gomenol

No contiene calmantes

LABORATORIOS J. GARCIA SUAREZ.-MADRID

Calle de Recoletos, 6 moderno.—Teléfono 5222

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

HISTORIAL

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

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

1854 AÑO OCHENTA Y TRES 1936

CONSEJO DE REDACCIÓN CIENTÍFICA

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

Conde de Gimeno. Presidente de la Academia Nacional de Medicina

VOCALES

Dr. MARIANO ACENA De la Beneficencia Municipal de Madrid.	Prof. A. GARCIA Y TAPIA De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina.	Dr. MANUEL-MARIN AMAT Jefe del servicio de Oftalmología de la Beneficencia provincial de Madrid. Académico C. de la 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. NICASIO MARISCAL Y GARCIA Director del Instituto Nacional de Toxicología. Académico y Secretario perpetuo de la Academia Nacional de Medicina.	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. A. MORANA Y JIMENEZ Análisis clínicos.	Dr. J. SARABIA Y PARDO Pediatra. Decano del Hospital del Niño Jesús. Académico de número de la Nacional de Medicina.
Dr. JULIO BRAVO Jefe de la Sección de Propaganda de la Dirección general de Sanidad. Médico de los Dispensarios Antivenéreos nacionales.	Dr. JOSE GOYANES Y CAPDEVILA Decano de la Beneficencia provincial. Académico de número y Bibliotecario de la Nacional de Medicina.	Dr. F. MURILLO Y PALACIO Ex Director general de Sanidad. Académico de número 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. JOSE GOYANES ECHEGOYEN "Fellow" de la Clínica Mayo. (Rochester). Neurología y neurocirugía.	Prof. J. A. PALANCA Y MARTINEZ FORTUN Ex Director general de Sanidad. Profesor del Instituto Nacional. Académico de la Nacional de Medicina.	Prof. ENRIQUE SUSER Y ORDONEZ De la Facultad de Medicina de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina. Director de la Escuela Nacional de Puericultura.
Prof. A. FERNANDEZ MARTIN Auxiliar de la Facultad de Madrid. De la Beneficencia Municipal de Madrid.	Dr. 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.	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. 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. 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. 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. J. VALDES LAMBEA Jefe de los Servicios de Tuberculosis del Hospital Militar y Profesor de Fimatology del Ejército. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.
Dr. S. GARCIA VICENTE Jefe del Servicio de Laringología de la Institución Antituberculosa Municipal de Madrid.	Prof. GREGORIO MARAÑON Y POSADILLO De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina.	Dres. JULIAN Y SANTIAGO RATERA Y BOTELLA Radiólogos. De la Beneficencia Provincial. Académicos C. de Madrid en la Nacional de Medicina.	Dr. J. M.^a DE VILLAVEVERDE Psiquiatra del Hospital del Buen Suceso. Neurosiquiátrata de la Beneficencia Provincial de Madrid.

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

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

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

PRECIOS DE SUSCRIPCION

En toda España, América y Portugal, 25 pesetas al año, 14 semestre y 8 trimestre. Los demás países, 50 pesetas. Número corriente 1 peseta. — Toda suscripción se considera prorrogada, de no recibir aviso en contra. — Pago adelantado Número atrasado, 2 pesetas.

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

Ayuntamiento de Madrid

EL SIGLO MEDICO

Tomo 97

Sábado 27 de Junio de 1936

Núm. 4307

PROGRAMA CIENTÍFICO

LEMA: PROGRESSI SUMUS, PROGREDIMUS, PROGREDIEMUR

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

SUMARIO.—SECCIÓN CIENTÍFICA: Problemas clínicos de los casos fáciles. XI, por el Prof. G. Marañón.—Novedades oftalmológicas comentadas, por el Dr. M. Renedo.—Quiste hidatídico retroprostático, por el Dr. Angel Pulido Martín.—La vacunación antirrábica por el método supraincubativo de Ferrán, por el Dr. J. Vila Ferrán.—BIBLIOGRAFÍAS.—PERIÓDICOS MÉDICOS.

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

PROBLEMAS CLÍNICOS DE LOS CASOS FÁCILES

XI

El diagnóstico del lumbago y los estados afines.

Por el Prof. GREGORIO MARAÑÓN

I

El médico oye hablar constantemente de lumbago. Es una de las enfermedades para las que se consulta al médico en busca de tratamiento, pero no en busca de diagnóstico, porque éste viene invariablemente hecho ya por el propio paciente. Ahora bien; el vulgo suele llamar lumbago a muchas cosas que no lo son, y el médico suele aceptar estos diagnósticos con excesiva ligereza. Por este motivo, vamos a hacer algunas reflexiones a propósito de una de las muchas enfermas que acuden a la Policlínica quejándose de lumbago.

II

Nuestra enferma, número 13.280, es una mujer de sesenta y cinco años, soltera, sirvienta, de vida sexual normal. No tiene antecedentes familiares de interés. Ha padecido, hasta que se hizo menopáusica, algunas jaquecas.

Hace cinco meses acude a nuestra consulta con un síndrome de hipertiroidismo senil manifiesto, que confirma el metabolismo basal de + 57,9 por 100. Se queja también de dolores y molestias gástricas, al parecer hiperclorhídricas, diagnóstico que confirma el examen del quimismo gástrico. Ligera esclerosis arterial difusa, con hipertensión moderada (160-70). El resto de la exploración es negativo. La orina es normal. Las reacciones serológicas de la sífilis, negativas.

Sin darle gran importancia, la enferma se queja, además, de un "lumbago", que la molesta discretamente y que atribuye a un golpe que se dió dos meses antes, cayendo de espaldas. Las molestias se acentúan con los cambios de tiempo.

La enferma es sometida a un tratamiento con

diyodotirosina, y cinco meses después vuelve a nuestra consulta notablemente mejorada del hipertiroidismo. El peso ha subido cuatro kilogramos. Los síntomas han desaparecido casi por completo, así como los signos objetivos, y el metabolismo basal ha descendido hasta + 19 por 100. Pero, en cambio, se queja de que el lumbago, que meses antes sólo la mortificaba episódicamente, se ha convertido en la actualidad en un dolor constante, a veces agudo, irradiado, que se exacerba por los esfuerzos y la tos y que la obliga a andar con la columna vertebral ligeramente incurvada y rígida. Aun en la cama, los movimientos son muy penosos.

Se le hace un examen radiográfico, y en él aparecen lesiones típicas de osteoartritis deformante, que afectan principalmente a las tres primeras vértebras lumbares, entre las cuales hay establecidos "picos de loro" netos. La segunda vértebra lumbar está ligeramente deformada y más decalcificada que las vecinas, probablemente por la acción del traumatismo.

Es, pues, evidente que nuestra enferma padece una neuralgia radicular, producida por las lesiones osteofíticas de la columna lumbar. Estas lesiones son del tipo del reumatismo deformante senil, y parecen suscitadas por un traumatismo.

III

Aunque sea un problema colateral al objeto del caso de hoy, hemos de comentar, por su excepcionalidad, el curso favorable que ha seguido el hipertiroidismo de esta enferma. Así como el frecuentísimo hipertiroidismo climatérico es uno de los que mejor pronóstico implican, por su obe-

DE EFEDRA ESPAÑOLA



**LABORATORIOS JUSTE
MADRID**

Francisco Navacerrada, 3. hotel
• Apartado de Correos 9030

HISPANOFEDRINA

HISPANOFEDRINA
AMPOLLAS

Asma bronquial, estados
alérgicos, hipotonías, etc.

HISPANOFEDRINA
COMPRIMIDOS

Asma bronquial, coriza
espasmódico, astenia

HISPANOFEDRINA
JARABE

INDICADO en bronquitis,
tosferina, asma bronquial

Ayuntamiento de Madrid

Libros de Medicina para el práctico y el estudiante

Neumann. - El Tratamiento del Cáncer en la práctica diaria

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El mejor libro español sobre Tuberculosis.

Goglia. - GUIA Y FORMULARIO DE TERAPEUTICA

Traducción del Dr. Arteaga Pereira.

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

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

Müller y A. Bittorf. - COMPENDIO PRACTICO DE MEDICINA

Con la colaboración de 22 eminentes Profesores alemanes.

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

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

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

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

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

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

PIDA PROSPECTOS DETALLADOS

Venta en las principales librerías de España y América.

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

MANUEL MARIN, Editor. Provenza, 273.-BARCELONA

diencia a la medicación e incluso por su espontánea evolución hacia la curación, el hipertiroidismo senil suele ser muy tenaz ante los recursos médicos y quirúrgicos, y casi siempre evoluciona hacia estados caquéticos, más o menos prolongados, pero a la larga, gravísimos. Precisamente el único punto oscuro en el pronóstico del hipertiroidismo climatérico es su posible transformación en hipertiroidismo senil. En nuestro caso, un cuadro hipertiroidico senil intenso, con fuerte hipermetabolismo y con lesiones arterioscleróticas claras, aunque no graves, ha evolucionado, como se ha visto, favorablemente. Hemos de atribuir el buen efecto a la rigurosa medicación con diyodotirosina; y lo anotamos, porque, según nuestra experiencia, es precisamente en estos casos seniles en los que menos eficacia hemos comprobado en esta droga, verdaderamente fundamental en el tratamiento de los estados hipertiroidicos.

Por lo demás, el hipertiroidismo de nuestra enferma nada tiene que ver con el reumatismo, objeto principal de nuestros comentarios. En nuestras *Once Lecciones sobre Reumatismo* dejamos suficientemente probada la no relación etiológica y patogénica de los estados tiroideos y las diversas formas de reumatismo.

IV

Volviendo, pues, al lumbago, hemos de examinar los diferentes estados patológicos que bajo este nombre diagnostican los propios enfermos y muchos médicos. Estos estados patológicos son todos aquellos en que duele la región lumbar. Pero debemos separarlos en tres grupos perfectamente distintos, que quedan expuestos en el cuadro siguiente:

- | | | |
|-------------------------|---|--|
| a) Falso lumbago..... | { | Dolores de la región lumbar, sintomáticos de procesos viscerales, sobre todo renales y genitales. |
| b) Lumbago verdadero... | | Muscular (mialgia, fibrositis, mielogelosis); nervioso (lumbalgia tóxica o infecciosa). |
| c) Lumbago sintomático. | { | Neuralgias secundarias a lesiones vertebrales (reumáticas, gotosas, traumáticas, por anomalías vertebrales). |

Este esquema apenas necesita comentarios. Lo importante es no olvidarlo, porque en él se funda el recto criterio del tratamiento.

V

a) En efecto, en un gran número de ocasiones, los pacientes, que se quejan de "lumbago" o de

"dolor de riñones", sufren estrictamente de *reflejos dolorosos en la región lumbar, de diversas lesiones viscerales*. Son éstas principalmente la calculosis renal u otras afecciones crónicas del riñón (sin olvidar las lesiones de las glándulas suprarrenales), y, sobre todo, las lesiones inflamatorias crónicas, y menos veces tumorales, de los órganos genitales: la próstata en el hombre, y los anejos, matriz u ovarios, en la mujer. Singularmente, como de todo médico es conocido, los falsos lumbagos por estas lesiones del aparato genital femenino son extraordinariamente numerosos.

Este dolor reflejo no tiene los caracteres del verdadero lumbago. Es un dolor sordo, a veces penoso, de intensidad variable, pero difuso, sin localización precisa dentro de la región lumbar; y muchas veces, a pesar del nombre con que se le designa, ni siquiera lumbar, sino propiamente sacro.

Hemos, pues, de empezar por eliminar del diagnóstico de lumbago a todos estos frequentísimos casos de dolor visceral reflejo.

VI

b) Para muchos autores, el *verdadero lumbago* sería únicamente el dolor de los músculos lumbares. Se trata de una afección tan frecuente, que apenas habrá ser humano de alguna edad que no lo haya padecido alguna vez. La estadística de Kuhmann da como el dolor muscular más frecuente el de la región dorsal superior, y a continuación, el de la región lumbosacra. Pero, a pesar de la respetabilidad que da a esta estadística su abundancia y la autoridad del autor, la experiencia nuestra, y creo que la de todos, es definitivamente significativa en el sentido de que el dolor muscular más frecuente es el lumbar.

Los músculos generalmente dolorosos son el sacrolumbar y el cuadrado de los lomos, músculos extraordinariamente frágiles a las diversas etiologías. Sin embargo, Schültze anota, con entera razón, que en muchos casos de lumbago lo que duele es principalmente el psoas ilíaco, y lo demuestra el que apenas duele la presión de los músculos lumbares y sí, en cambio, la flexión de las caderas.

No es necesario detenerse en la sintomatología del lumbago corriente, que se presenta, por lo común, después de un enfriamiento (lo clásico es durante los descensos de la temperatura que se producen en el verano, por la noche o a la hora de la siesta, cuando se duerme al aire libre y con poca ropa). El enfermo se ve obligado a caminar ligeramente encorvado y con todo género de precau-

ciones al levantarse o sentarse o moverse en la cama. La presión de los músculos es, en los casos típicos, muy dolorosa. La afección dura desde tres o cuatro días a un par de semanas.

Sobre todo esto, tan conocido, no hay que insistir. Lo difícil es determinar en qué consiste este lumbago muscular. Se incluye, generalmente, entre los "reumatismos musculares" y, efectivamente, lo padecen con especial predilección las personas de constitución reumática o gotosa, muchas veces pacientes ya de otras localizaciones reumáticas típicas, articulares. Pero es difícil determinar en qué consiste la lesión del músculo.

Para unos, se trataría de una verdadera *mialgia*, de un puro dolor muscular, por neuralgia de los nervios musculares; mas es claro que no hay ningún dato objetivo que certifique esta hipótesis.

Para otros, la lesión consistiría en una *fibrositis*, en la formación de nodulillos fibrosos, de naturaleza reumática, a lo largo del tejido intersticial, intermuscular y, sobre todo, en las inserciones del músculo. Este problema de la fibrositis ha tenido gran boga en los últimos años a favor de la opinión de los médicos masajistas, algunos, como Müller, de indudable autoridad científica. Cuantos me escuchan conocen la preocupación con que nosotros buscamos siempre en nuestros pacientes de este género los supuestos nódulos fibrosos y la absoluta excepcionalidad con que los encontramos; y, aun en los casos positivos, las reservas con que nos decidimos a aceptarlos. Contrasta tanto esta precaria experiencia nuestra con la, al parecer, copiosísima que, según los libros, se recoge en otros países, que hemos de aceptar una diferencia fundamental en la patología del reumatismo muscular entre nuestro país y los del centro de Europa, a menos que no sospechemos el que haya una evidente exageración en esos hallazgos de las fibrosis reumáticas. A este propósito, es interesante la opinión del citado Schültze, que, además de ser especialista eminente en reumatismos, los padece, y cuenta que, al ser tratados por el masaje por uno de los más importantes técnicos de su país, tenía la sensación de que los hallazgos de nódulos fibrosos que le anunciaba éste, eran sencillamente ilusiones del masajista, suscitadas por la presión excesiva de los dedos en los puntos de inserción muscular, con la natural provocación de un dolor excesivo.

Otros autores hablan de la *miogelosis*, es decir, de una perturbación en el equilibrio coloidal del sarcoplasma, que ocasionaría la rigidez dolorosa de la fibra muscular y que estaría principalmente provocada por enfriamiento. La hipótesis no tie-

ne tampoco apoyo objetivo alguno, pero es la única que interpreta el dolor como una lesión del parénquima muscular propiamente dicha, a diferencia de la interpretación miálgica y de la intersticial o fibrosítica.

Teóricamente, los autores distinguen este "lumbago muscular" del "lumbago neurálgico", debido a la neuralgia o neuritis de los nervios lumbares. Pero como en nuestro citado libro sobre el *Reumatismo* hemos explicado, *es imposible en la práctica diferenciar un dolor muscular de una neuralgia de los nervios de la región*, por lo menos, en un grupo de casos, y uno de ellos, el del lumbago. Quizá la única diferencia orientadora sería la mayor frecuencia de los lumbagos de naturaleza reumática a consecuencia del enfriamiento, mientras que la neuralgia lumbar tiene las mismas etiologías de todas las neuralgias: las infecciosas (focos sépticos o infecciones generales), las tóxicas exógenas (alcohol, saturnismo, etc.), y las tóxicas endógenas (gota). Pero ni aun este dato es definitivo, porque estados neurálgicos propiamente dichos, infecciosos o tóxicos pueden ser suscitados por la acción del frío; es, por ejemplo, muy frecuente, a nuestro juicio, el lumbago de los gotosos, cuya naturaleza tóxica es indudable, así como su curación específica por el atophan, y, sin embargo, muchas veces sus accesos aparecen provocados por enfriamientos.

En resumen, no haremos hincapié en diferenciar el lumbago "muscular" del "neurálgico" o "lumbalgia", y a los dos les consideraremos bajo el epígrafe común de "lumbago verdadero". Se caracteriza por su aparición aguda, generalmente ligada al enfriamiento; muchas veces, en sujetos reumáticos o gotosos, en el curso de infecciones generales o focales; por su intensidad; por su no raro acompañamiento subfebril, por lo menos, en los primeros días; y por su duración, no superior generalmente a dos semanas.

VII

c) Desde el punto de vista terapéutico, el problema de mayor interés para el médico es el diferenciar estos lumbagos verdaderos (musculares o neurálgicos) del *lumbago sintomático*, del originado en lesiones de la columna vertebral, que vamos a describir someramente ahora. Así como el lumbago verdadero es esencialmente pasajero y aparece como síntoma único, el lumbago sintomático, de origen vertebral, es tenaz y crónico. Y el tratamiento será tan radicalmente distinto en uno y otro caso como distintos son el curso y el pronóstico.

El dolor lumbar de origen vertebral puede aparecer a consecuencia de todas las lesiones de la columna vertebral, tanto las reumáticas (infecciosas, tóxicas o seniles) como las osteíticas (tuberculosas, etc.) y las traumáticas. No es necesario aquí hacer la descripción de cada una de ellas. En todas debe pensar el médico, a la vista de un enfermo que se queja de dolores lumbares que por su persistencia exceden del plazo que comúnmente tienen los lumbagos verdaderos. Y, por lo tanto, debe proceder: 1.º, a recoger minuciosamente los antecedentes que puedan poner sobre la pista de una lesión vertebral; 2.º, a examinar minuciosamente a ésta, y 3.º, finalmente, *a hacer, sin excusa, una o varias radiografías de la región.*

Los antecedentes pueden, no obstante, ser negativos. La exploración clínica de la columna vertebral puede ser difícil, porque el lumbago simple determina una rigidez de la misma tan intensa como la de una espondilitis. Lo esencial, por lo tanto, es la radiografía, que debe ser cuidadosamente examinada, vértebra a vértebra y ligamento a ligamento, porque, como tantas veces hemos dicho, las lesiones que producen el dolor son durante mucho tiempo inaccesibles a la radiografía. Cuando aparecen las grandes deformaciones osteíticas, los picos de loro, tan llamativos, hace mucho tiempo que la neuralgia existe, y aun es posible que la organización de estos grandes osteofitos alivie los síntomas dolorosos, que corresponden más bien a las primeras fases de inflamación de los ligamentos y de los tejidos blandos de los agujeros de conjunción. Por lo tanto, el clínico debe espiar las primeras levísimas deformaciones vertebrales, las primeras tenues opacidades de los ligamentos, insistiendo en las radiografías, en diversas proyecciones, y repitiéndolas con intervalos no muy largos hasta confirmar el diagnóstico.

VIII

De todas las lesiones de la columna que pueden originar el lumbago sintomático, comentaremos sólo tres: el traumatismo, la gota y las deformidades vertebrales.

El *traumatismo* es achacado en muchas ocasiones—como en nuestra enferma—de responsabilidad en estas alteraciones dolorosas. Hemos de distinguir los grandes traumatismos, en los que la gravedad de la lesión deja en lugar secundario los fenómenos dolorosos. Al clínico internista, importan los traumatismos pequeños, como los de nuestra enferma, que pueden secundariamente relacionarse con lesiones reumáticas de la columna. En nuestro citado libro expusimos claramente nuestra

opinión respecto de estos llamados “reumatismos traumáticos”. Es evidente que en un sentido estricto sólo se podrá hablar de “artropatías traumáticas” cuando el traumatismo destruye directamente los tejidos articulares, principalmente los cartílagos, originando en ellos una anquilosis secundaria. Pero esto es raro. Lo que, en cambio, ocurre muchas veces en sujetos de una cierta edad es que, o bien el traumatismo pone de manifiesto una lesión reumática que hasta entonces evolucionaba latentemente, o bien que el traumatismo origina alteraciones óseas discretas que sirven de punto de partido a la degeneración senil osteoartrítica. Téngase en cuenta que en casi todas las osteoartrosis deformantes seniles interviene como factor etiológico un traumatismo fisiológico: el uso excesivo, con frecuencia profesional, de la articulación afectada. El caso más típico es el de la osteoartrosis hipertrofica de los dedos de la mano (nudosidades de Heberden), que aparecen principalmente en pianistas, encajeras, etc. En el caso nuestro, esta marcha de las lesiones es muy clara: el traumatismo originó una pequeña deformación de la segunda vértebra lumbar, y en torno de ella se ha ido realizando la típica lesión deformante, de reumatismo senil, que vemos en la radiografía. Y ello nos explica el período de latencia que suele haber, y que tan neto es en nuestro caso, entre el traumatismo y la instalación definitiva de los dolores.

Respecto de la *gota*, queremos encarecer su importancia en la patogenia de los dolores lumbares, por lo mismo que muchos autores la consideran secundaria. Nuestra experiencia es muy copiosa en el sentido de la responsabilidad de esta intoxicación en hombres y en mujeres hipoováricas o climatéricas. La gota puede producir, o bien el lumbago propiamente dicho, muscular o neurálgico, equivalente a un ataque articular, de duración breve y obediente al colchico y al atofán; o bien lesiones vertebrales espondilíticas con neuralgia secundaria. Es cierto que esta espondilitis gotosa es más frecuente en la columna cervical, pero las localizaciones lumbares no son excepcionales.

Unas palabras sobre las *deformidades vertebrales*. Muchos lumbagos son incriminados a la “lumbalización de la primera vértebra sacra” o a la “sacralización de la primera lumbar” que, en efecto, la radiografía nos muestra en esos casos, con ausencia de toda otra alteración. Son muy discutidas estas responsabilidades. Citemos sólo la gran autoridad de Leri, para el que es esta una de las más importantes etiologías en el lumbago

y de la ciática. Otros muchos niegan esta interpretación, alegando el lógico razonamiento de que no se comprende cómo una alteración congénita produce síntomas patológicos tan sólo en un momento dado de la vida. Se ha pretendido también que estas anomalías serían responsables del dolor únicamente en los casos en que son unilaterales. Pero Fischer, y nosotros mismos, hemos observado enfermos en los que el dolor era precisamente en el lado contrario al de la anomalía.

Para nosotros el problema es claro. Estas anomalías no son capaces por sí solas de producir compresiones, ni dolores, por lo tanto. Pero su frecuencia en los casos con dolor, evidentemente mayor que en los sujetos normales, nos indica que intervienen de algún modo en la patogenia de los síntomas. Y ese modo es, sin duda, el *de ser punto de menor resistencia de las vértebras y, por lo tanto, punto de atracción para las diversas causas reumatógenas*. Es decir, que estas vértebras anómalas serían especialmente sensibles a los pequeños traumatismos, a las inflamaciones gotosas o infecciosas, etc. Nuestra experiencia es muy demostrativa en este sentido.

IX

Lo esencial, en resumen, es no llamar lumbago sino a lo que lo es. Y esto para la mejor eficacia del *tratamiento*. Descartaremos, por ello, lo primero, los falsos lumbagos, los dolores reflejos de lesiones viscerales, cuyo tratamiento es el de la lesión visceral (litiasis renal, prostatitis, anexitis, etc.). ¡Cuántas mujeres, después de haber paseado su reumatismo lumbar por balnearios y consultorios se han curado con una operación ginecológica!

Descartados los falsos lumbagos, estudiaremos los verdaderos, los musculares y los neurálgicos. El tratamiento del lumbago muscular es el reposo, el calor y los preparados del grupo de la aspirina, empleados abundantemente. El lumbago neurálgico, si se llega a hacer su diferenciación del muscular, puede ofrecernos datos etiológicos importantes para el tratamiento; por ejemplo, si se sospecha la responsabilidad de un foco séptico—un diente supurado o unas amígdalas infectadas—habrá que eliminar el foco; si se trata de un gotoso, habrá que recurrir al atópán, etc.—

Si llegamos al diagnóstico del tercer grupo, al del lumbago sintomático a las lesiones vertebrales, habrá que tratar a éstas sin perjuicio de emplear el oportuno tratamiento sintomático. El tratamiento causal es, por lo común, muy difícil. Anotemos sólo la necesidad de un reposo discreto

en toda lesión de la columna vertebral; la inconveniencia de las imprudentes inmovilizaciones; y la relativa, pero aprovechable eficacia de la fisioterapia como la radioterapia y las ondas cortas.

NOVEDADES OFTALMOLÓGICAS COMENTADAS

POR EL
Dr. M. RENE DO

GLAUCOMA

Desde los tiempos de von GRAET, hace casi un siglo, ocupa la oftalmología alemana—Austria comprendida—un lugar preeminente. A la cabeza de tantos oculistas insignes de ambos países han de colocarse como astros de primera magnitud von GRAEF y FUCHS, inventor el primero de la iridectomía antiglaucomatosa, concepción genial, que tantos ojos había de salvar.

La escuela de estos dos colosos se mantiene erguida y rompe las fronteras de su país, extendiéndose sus discípulos por el mundo entero, que contribuye así a mantener el puesto de honor de las publicaciones alemanas.

El Japón, hoy en primera línea; Bulgaria, Checoslovaquia, Rusia, Rumania, Suiza, etc., aportan sus trabajos, enriqueciendo aquella literatura.

Y como no es posible, ni siquiera necesario, ocuparse de todos los problemas planteados durante el año, nos limitaremos a los más importantes aparecidos en lengua alemana, reuniendo, para facilidad de acoplamiento, en grupos de materias, para llevar un orden compatible con la claridad.

Quizá ninguna enfermedad supera en importancia al glaucoma para nosotros. Ya en estas columnas hemos señalado su frecuencia en España y la despreocupación de todos en general—médicos y público—ante la grave afección.

Dos causas tiene la escasa atención que a la enfermedad se dedica. Por parte del público, indudables deficiencias de cultura. Por parte del médico, el considerarla como entidad patológica de respuesta poco brillante a la terapéutica, ya que lo que de ordinario se desea es el éxito fácil, brillante, de ruido; y si se exceptúa un moderado tanto por ciento del grupo del glaucoma agudo, rara vez sigue a la terapéutica, especialmente a la quirúrgica, y de un modo inmediato, ese golpe de efecto a que, por idiosincrasia y por otras razones menos declarables, somos todos tan aficionados.

Decíamos también en esta misma revista que el porcentaje de glaucoma en nuestra estadística personal es abrumadora; y añadíamos, asimismo, los motivos que explicaban que su frecuencia fuese discutida o negada por otros colegas, explicación que hoy no repetimos por querer huir de todo lo que pudiera parecer discusión personal; pero el lector interesado puede encontrarla en uno de nuestros últimos artículos, que con el mismo título que el que encabeza este trabajo apareció en EL SIGLO MEDICO.

En franco contraste frente a los escasos, excepcionales trabajos aparecidos en lengua española sobre glaucoma, lo son en número profuso los publicados en revistas alemanas y objeto de discusión casi diaria en sus Sociedades científicas, lo que justifica que no cejemos en nuestro empeño de tratar el tema y comentarlo.

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARIS

PREMIO ORFILA
1872



PREMIO DESPORTES
1904

DIGITALINE NATIVELLE

CRISTALIZADA

**Obra más regularmente que todas
las preparaciones de Digital**

Gránulos al 1/10 de miligramo. — Solución al milésimo.
Ampollas al 1/4 de miligr. para inyecciones intramusculares.
Ampollas al 1/5 de miligr. para inyecciones intravenosas.

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession — PARIS (XV^e)

Draeger.

Schering presenta:



Frascos de 50 y 100 grs.
Lata de 1.000 grs.

**El nuevo desinfectante ideal
para la consulta diaria**

seguro — económico — inocuo

Para la desinfección de las manos:

“SAGROTAN” desarrolla una acción bactericida segura / posee un efecto desodorizante muy marcado y no irrita la piel, sino por el contrario, la suaviza y conserva sana.

Para la desinfección de instrumentos:

“SAGROTAN” destruye en pocos minutos todos los gérmenes / hace innecesaria la ebullición de los instrumentos / impide su oxidación / los protege y conserva inalterados.

Durante el parto y puerperio es

“SAGROTAN” el desinfectante insuperable para lavados e irrigaciones.

“SAGROTAN” Marca registrada

p-cloro-m-cresol y p-cloro-sym-xilenol disueltos en una solución de jabón graso. Esta combinación hace que el efecto desinfectante del preparado llegue a una potenciación de 100 %. (El método de fabricación de “SAGROTAN” está patentado en todos los países civilizados).

Muestras y literatura a disposición de los señores Médicos solicitándolas de

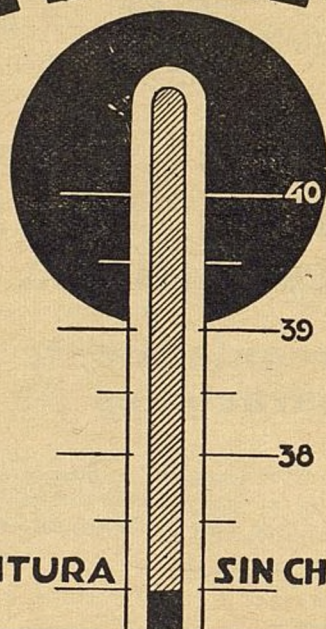
Productos Químicos Schering S. A.,

Apartado 479, Madrid, Apartado 1030, Barcelona.

EN TODOS LOS ESTADOS INFECCIOSOS AGUDOS

SEPTICEMINE

PROVOCA UNA BAJA DE CALENTURA



SIN CHOQUE NI REACCION

LABORATORIOS CORTIAL .15 BOUL^d PASTEUR . PARIS

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

*Dolor
para mi no existes!*

(POSIDONIUS)



SODIODINE

YODURO SÓDICO ESTABILIZADO EN SOLUCIÓN AL CENTÉSIMO

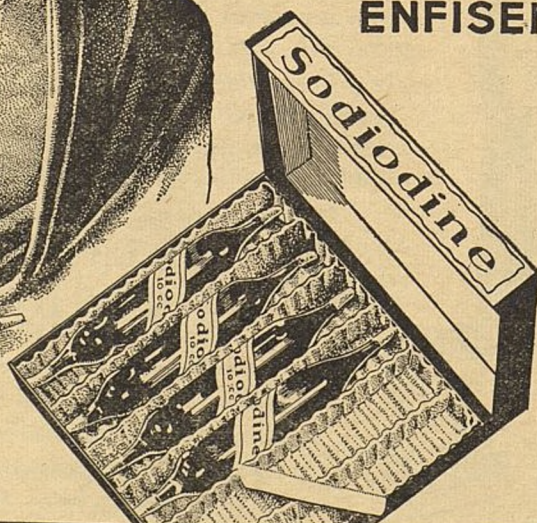
2

NEURALGIAS REBELDES
DESÓRDENES CIRCULATORIOS
ENFISEMA PULMONAR
HIPERTENSION
MICOSIS

2

DOSIS
1 à 2 ampollas por 24 horas

2



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

LABORATORIOS CORTIAL, 7 RUE DE L'ARMORIQUE, PARIS

Precisamente sobre el capítulo que más suele interesarnos—el de la terapéutica—ofrece el año una gran novedad, expuesta por el Prof. SALLMANN, de la Clínica del Prof. LINDNER, de la Universidad de Viena—cuya personalidad destacó de modo tan notorio durante el reciente Congreso Internacional de Oftalmología, celebrado en Madrid—, en la descripción que hace en Z. F. A. de una nueva operación antiglaucomatosa, que atrae por lo ingeniosa y porque el ánimo se inclina a su favor al conocerla, por lo razonado y lógico de sus fundamentos y la sencillez de su técnica.

Es bien sabido de todos que, prescindiendo de las simples esclerotomías anterior y de la iridenclesis, que apenas si se emplean en la práctica, la terapéutica quirúrgica del glaucoma sigue tres orientaciones: en el glaucoma agudo—y apenas sin entablar discusión—la genial operación de GRAEF—la iridectomía total antiglaucomatosa, seccionando la raíz del iris; operación fácil, de buenos resultados inmediatos y tardíos, especialmente los primeros, si se exceptúan los casos de glaucoma maligno, que se hacen patentes precisamente tras una iridectomía y siguen una marcha fatal—; segundo, la ciclodíálisis de HEINE, de práctica frequentísima en los países de habla o cultura alemana, y muy poco practicada entre nosotros, operación de amplísimas indicaciones, capaz de ser repetida varias veces, si ello es necesario, y aun de llevarla a cabo después del fracaso de otras operaciones antiglaucomatosas, como por ejemplo, la iridectomía o alguna de las intervenciones fistulizantes—trepanación de ELLIOT, escleroidectomía de LAGRANGE—; tercero, las operaciones fistulizantes, cuyos dos tipos acabamos de señalar.

Aun suponiéndolo conocido, vamos a resumir en muy breves palabras las dos operaciones fistulizantes tipo del tercer grupo, para, de esta manera, facilitar al lector la comprensión de la nueva operación del profesor SALLMANN y a la vez la ciclodíálisis del segundo.

En realidad, la nueva intervención ocupa un lugar intermedio entre los grupos segundo y tercero, y la podemos llamar ciclotrepanación o trepanociclodíálisis.

FUCHS había observado que, a consecuencia de la operación de catarata, no era rara la producción de un desprendimiento periférico de la coroides, debido a que los desplazamientos del cuchillete, al tallar el colgajo, se transmitían al ligamento pectíneo, desinsertándole, pasando el humor acuoso de la cámara anterior a través de la dehiscencia así creada al espacio supracoroideo, donde se acumulaba, dando lugar al desprendimiento de la coroides, hecho que con anterioridad se había interpretado como un desprendimiento de retina.

Pues bien; uno de los síntomas dominantes de este desprendimiento de la coroides era el de una marcada hipotonía del globo ocular, hipotonía que suele desaparecer al cabo de unos cuantos días o semanas.

De aquí había de partir la idea de provocar artificialmente este desprendimiento, no buscado en la operación de la catarata, en la que se presentaba como complicación postoperatoria, y que permitiese la instauración de una vía permanente de comunicación entre cámara anterior y espacio supracoroideo. Este era el germen de la ciclodíálisis.

No nos atreveríamos a sostener que el efecto buscado se haya obtenido de un modo pleno, ni a decidírnos so-

bre cuál de las explicaciones fisiopatológicas expuestas para comprender la hipotensión consecutiva a la ciclodíálisis es la que más se ajusta a la realidad, puesto que además, al entrar en discusión sobre estos extremos, daría a este trabajo un carácter y una extensión incompatible con lo que queremos que él sea, y que no es otra cosa que un comentario de novedades oftalmológicas, sin aportar más conceptos personales que los indispensables para comprender con más facilidad el tema a que se hace referencia.

He aquí la técnica de la ciclodíálisis de HEINE:

Incisión de la conjuntiva bulbar, a cinco milímetros del limbo esclerocorneal, quedando bien libre la herida de todo tejido subconjuntival y bien visible la esclerótica; incisión de esta última con la lanza en una extensión de unos dos o tres milímetros, respetando cuidadosamente el músculo ciliar; introducción por la herida así creada de una espátula roma, que, bien pegada a cara profunda de esclerótica, avanza hasta cámara anterior, desprendiendo con movimientos de arco un cuadrante aproximadamente de la inserción del ligamento pectíneo. Retirada la espátula, está terminada la operación con un punto de sutura.

En las operaciones fistulizantes—tipo trepanación de ELLIOT y escleroidectomía de LAGRANGE—la idea es la de crear una fístula permanente entre cámara anterior y espacio subconjuntival, resecaando para lograrlo un trozo de esclerótica en las inmediaciones del limbo esclerocorneal; es decir, en la zona correspondiente a la raíz o inserción del iris que se secciona, resultando, tanto en la técnica de ELLIOT como en la de LAGRANGE, una escleroidectomía.

Con estos elementales datos ya comprenderemos fácilmente la idea y la ejecución de la nueva técnica de la trepanación ciclodíálisis que propone SALLMANN y que creemos llamada a prestarnos muy útiles servicios.

El autor, con su técnica, aspira a mantener mejor abierta, cuando menos por algún tiempo, la vía de fistulización creada por la ciclodíálisis desde la cámara anterior al espacio supracoroideo, sirviéndose para ello de un orificio de trepanación en la esclerótica en sustitución de la incisión corriente con la lanza, según indicábamos más arriba.

Técnica.—Previa anestesia del ojo, talla de un amplísimo colgajo conjuntival de forma triangular con su vértice dirigido al ecuador del globo, y cuyo borde convexo se aproxima hasta unos cuatro milímetros del limbo esclerocorneal. Colocación de los puntos de sutura en conjuntiva, que servirán para anudar rápidamente, una vez terminada la operación, y que ahora se dejarán sueltos; colocación de un punto de sutura que comprenda la esclera y que nos sirva de punto de fijación para dirigir el globo en la dirección que más nos convenga. Trepanación cuidadosa de la esclerótica, a ocho milímetros del limbo, sirviéndonos del trepano de 1,5 ó del de 1,7 de diámetro. Puesta al descubierto la úvea, en el sitio de la trepanación, despegamiento del cuerpo ciliar en la extensión de un cuadrante, sirviéndonos de la espátula roma, introducida por el orificio creado por el trepano. Después de dejar vaciarse la cámara anterior, anudamiento rápido de los puntos que habíamos dejado colocados en conjuntiva, quintando el hilo fijador de la esclerótica y quedando, por lo tanto, perfectamente cubier-

to el orificio de trepanación por el colgajo de la conjuntiva.

En caso de aparecer sangre en cámara anterior, colocación de un vendaje ligeramente compresivo.

Aparte de la trepanación, se diferencia esta técnica de las demás en el perfecto recubrimiento conjuntival del orificio de trepanación escleral. El disponer de una amplia vía de entrada facilita la penetración y el avance de la espátula, que se desliza cómodamente, controlándose bien si el instrumento ocupa la deseable profundidad, ventaja muy estimable, ya que la úvea puede herirse con la lanza y aparecer el vítreo, siendo también oportuno recordar que, según BUNGE, los raros casos de desprendimiento de retina observados son una consecuencia de la perforación de la coroides y retina en las incisiones practicadas con la lanza lejos del limbo. Finalmente, también se han descrito en los casos histológicamente estudiados de ojos operados con la lanza y técnica corriente lesiones traumáticas producidas sin darse cuenta con la espátula.

En el cuadro postoperatorio destaca, en oposición a lo que se observa en la ciclodíálisis, según la técnica original de HEINE, una marcada hipotensión, que dura días y hasta semanas. Si la zona de la trepanación queda perfectamente recubierta por la conjuntiva y con ello subsiste una libre fistulización, se aprecia en el sector donde se ha operado—e incluso en todo la extensión de una semicircunferencia—una amplia ampolla que levanta la conjuntiva y que sólo desaparece pasado un período variable entre tres y seis días.

A veces, la cámara anterior es menos profunda que antes de operar, como se puede observar comparándola con la del ojo no intervenido, pudiendo también aparecer una ligera iritis o, mejor dicho, una irritación del iris, como es lo corriente en la operación de ELLIOT, pero con la moderna técnica que hemos descrito, los fenómenos irritativos son de menor intensidad, hasta el punto de que de ordinario únicamente se traducen por un moderado aumento de células en cámara anterior flotando en el humor acuoso y sólo demostrables con el auxilio del microscopio corneal.

En algún caso se ha observado desprendimiento plano de coroides.

Lo que parece evidente es que en los días que siguen a la operación existe un amplio desagüe de humor acuoso que, siguiendo la vía creada por la espátula, llega al tejido subconjuntival, lo que, sin duda, y según opinión de Lindner, puede favorecer la reabsorción de la hemorragia que pueda haber en cámara anterior, hemorragias que, como es sabido, se presentan en todas las formas de ciclodíálisis y que son, quizá, consecuencia de la nueva vía de evacuación—cámara anterior, espacio supracoroideo—artificialmente creada.

Por lo demás, pasadas algunas semanas, apenas si es posible distinguir el punto donde se ha practicado la trepanación o se reconoce únicamente como una mancha grisácea sobre la que se desliza con facilidad la conjuntiva.

En resumen: puede decirse de esta nueva operación, tanto en el glaucoma crónico inflamatorio como en el glaucoma simple, ya operado, sin haber conseguido una regulación de la tensión, que los resultados son extraordinariamente favorables, siendo también buenos en los

casos de glaucoma crónico tratados solo con este medio terapéutico. En las hipertensiones secundarias—en la afaquia, luxación traumática de cristalino—, la superioridad de esta nueva técnica es notoria comparada con lo que ocurre con la ciclodíálisis corriente.

En el pequeño número de casos de glaucoma agudo inflamatorio en que ha sido practicada la operación, los resultados no son parcialmente alentadores; pero, para evitar un juicio severo y definitivo, debemos señalar que en los casos de esta naturaleza, en los que la operación fracasó, se trataba una vez de un glaucoma que había reaccionado como maligno después de practicar una iridectomía, no impidiendo tampoco la ciclotrepanación la marcha progresiva de la enfermedad; en otra, de un glaucoma maligno, ya operado, de ambos ojos, y que mejoró algo con la nueva técnica, en tanto que las otras intervenciones anteriores—iridenclesis, fístula posterior—actuaron agravando el proceso.

Ningún resultado se obtuvo en otros dos ojos ciegos; pero teniendo en cuenta que ya de antemano se había formado un pronóstico malo, no permite este fracaso el deducir la no utilidad de la operación en todos los glaucomas inflamatorios.

Debemos hacer resaltar el hecho importante en la práctica de que sólo por excepción se ha visto alguna recidiva que no fuese fácilmente vencida con la terapéutica médica.

Hemos de terminar este comentario reconociendo que la nueva operación cuenta con garantías teóricas, además de las grandes prácticas del actor y de la clínica de donde el trabajo procede, y que son suficientes para que todos procuremos ensayarla, para exponer los resultados definitivos, que es de esperar sean beneficiosos para la lucha contra el temible síndrome del glaucoma, especialmente de las formas crónicas inflamatoria y simple.

Y, puesto que estamos comentando terapéutica quirúrgica del glaucoma, procede señalemos aquí los estudios experimentales, en el hombre y en los animales, practicados por TEWBIN, PROPOW y URNISHAWSKA para investigar la influencia de las distintas operaciones efectuadas en un ojo sobre la tensión ocular del otro, y que demuestran que en aquellas operaciones en las que el globo ocular no ha sido abierto—como, por ejemplo: extirpaciones de saco lagrimal, estrabismos—, la tensión no se modifica; en cambio, cuando el bulbo se abre, la tensión del segundo ojo se comporta de un modo variable. En algunos casos se observa una hipertensión primaria dependiente de un reflejo vasomotor provocado por la sensación de dolor, y en los casos en que esta reacción simpática del oftalmotono falta, es porque la anestesia es perfecta y se trata de enfermos muy tranquilos.

También, después de las operaciones antiglaucomatosas, pudieron observarse variaciones de tensión, hiper, o hipo, no modificándose en algunos. Pero, en todo caso, conviene recordar que, después de una operación practicada en el ojo afecto de glaucoma absoluto o en el que tiene la peor visión, no deberemos contar siempre con un efecto favorable sobre el otro ojo glaucomatoso aún con visión o con la mejor visión.

Respecto a tratamiento médico del glaucoma, lo más interesante son los trabajos experimentales de VELHAGEN, culminando en la aplicación a los enfermos, con

buen resultado, del DORYL, que se ha mostrado como el agente más enérgico en su acción sobre el músculo del esfínter de los animales de sangre caliente.

La solución de este producto, al 1/2 por 100, obra con mayor intensidad que la de pilocarpina al 2 por 100, y de modo análogo a la de eserina al 1/4 por 100.

Mediante su aplicación se consigue, en todos los casos de glaucoma simple y en la mayor parte de los secundarios, una disminución considerable de la tensión ocular, sin que jamás se hayan observado efectos perjudiciales locales en el ojo, hipersensibilidad, ni fenómenos duraderos o serios de intoxicación general. Sólo alguna vez han experimentado algunos enfermos, en las primeras horas después de la instilación del nuevo miótico, ligera cefalea y un leve malestar general.

Szass expone los resultados de la aplicación de la ergotamina, que provoca una hipertensión primaria con vasoconstricción y retardo en los cambios metabólicos del ojo como expresión de una irritación de terminaciones nerviosas de trigémino y después una persistente hipotensión con vasodilatación y aceleración de metabolismo, consecuencia de la consecutiva parexia de fibras simpáticas. VILA CORO cita los buenos efectos de las inyecciones de ginérgeno en el ataque agudo de los glaucomas crónicos.

Transcurridos diez años desde que HAMBURGER preconizó el empleo del glaucosán, informa con detalle de los resultados obtenidos con su empleo, y considerándole como insustituible en las iritis para romper las sinequias cuando todos los demás midriásicos hayan fracasado, creyéndole también un recurso insuperable en las iritis glaucomatosas.

En cambio, en el glaucoma crónico, el resultado no es tan perfecto. Aquí el glaucosán no puede desplazar a los mióticos, sino más bien auxiliarlos cuando fracasen, puesto que no es raro ver cómo mióticos que se mostraron impotentes actuar plenamente después de la aplicación del glaucosán. El peligro de que el glaucosán provoque una hipertensión aguda, es muy escaso, si la tensión inicial está por debajo de los 40 mm. Hg.; ahora bien, si la tensión es superior a esta cifra, es de recomendar antes el masaje con adrenalina, y si el ojo lo tolera, aplicar primero una sola gota de glaucosán en el ojo eserinado, instilando otra vez mióticos pasada hora y media.

En todo caso, sólo estaremos autorizados a operar después de haber fracasado el glaucosán.

En los ojos operados de glaucoma, el glaucosán no es capaz de provocar, sino muy rara vez, una hipertensión, aun cuando la tensión sea y haya sido muy alta.

Como valioso medio terapéutico en el tratamiento del glaucoma agudo y subagudo, especialmente para ser aplicado antes de la operación, señala LAW la diatermia—electrodo inactivo en el brazo; intensidad: 300 a 600 miliamperios; aplicación: una sesión de cinco minutos cada día—, con la que ha conseguido la desaparición del dolor, un descenso de la tensión y un aumento de acción miótica de la aserina.

Para terminar este capítulo de terapéutica antiglaucomatosa, registraremos la extravagante propuesta de SsAPR, que recomienda practicar una tenotomía incompleta de los cuatro músculos rectos, y que da lugar a una notable disminución de la tensión, lo que cree depende de

la menor cantidad de sangre que llega a la úvea por la sección de los vasos ciliares anteriores.

Respecto a diagnóstico y diagnóstico precoz del glaucoma, expone Poos las dificultades de efectuar en la práctica de la consulta y policlínica la prueba de carga y la curva diaria de la tensión, por lo que propone un método personal fácil de ejecutar, y que él llama de prueba fisiológica de carga. Se trata de una simulación de sueño, es decir, que el enfermo ha de permanecer acostado durante treinta o cuarenta minutos, con los ojos cerrados.

A esta prueba responden los normales con un mínimo aumento o disminución de la tensión, y, en cambio, el 70 por 100 de los ojos afectados de glaucoma primitivo presentan una hipertensión que llega hasta 15 mm. de Hg.

El autor considera que las causas de esta hipertensión son el éxtasis venoso de la cabeza, favorecido por la posición horizontal, y la falta de acción del masaje ocular al desaparecer la acción de los músculos oculares y palpebrales, al estar el ojo en reposo, unido a la falta de la tensión activa del orbicular que supone el hecho de tener los ojos abiertos.

Como valioso medio auxiliar diagnóstico precoz en el glaucoma puede señalarse la exploración propuesta por BIRCH-HIRSCHFELD de determinar la agudeza visual variando la iluminación de la escala. Si se traza una curva de manera que las abscisas representen la variable iluminación y señalemos sobre las ordenadas los valores reconocibles de la escala visual, se observan evidentes variaciones de la curva normal, en todo caso de glaucoma primitivo, y esto sucede en un período en el que aún no es posible encontrar dato patológico alguno ni mediante el tonómetro, perímetro y oftalmoscopio, ni por la determinación de la agudeza visual sirviéndonos de las escalas corrientes. Al lograrse, por medio de la aplicación de los mióticos, la compensación del glaucoma, la curva vuelve a parecerse a la normal.

Estos hallazgos demuestran que las alteraciones de la tensión ocular, en el sentido de elevación, pueden dar lugar a un ligero trastorno funcional central, que no es siempre demostrable con el examen corriente de la agudeza, y cuyo trastorno retrocede o desaparece del todo al disminuir la tensión.

La observación durante varios años de una serie de enfermos permite sostener a GIANNINI que el grado de hipertensión y su duración no son por sí solos datos definitivos para la conservación o disminución de la agudeza visual y de las modificaciones patológicas del campo, aceptando, en cambio, la intervención de otros factores constitucionales, anatómicos, etc., que de seguro han de jugar un importante papel.

La experiencia de nuestra práctica nos permite suscribir por completo este juicio de GIANNINI.

Sobre la frecuencia del glaucoma en Grecia y Turquía, informa TRANTAS. En ambos países el porcentaje calculado sobre un número igual de enfermos oculares es tres veces mayor que en Alemania y Francia. En el 85 por 100 de los casos se trataba de glaucoma crónico simple. En Budapest, WEINSTEIN, entre 3.000 glaucomatosos, encuentran un 40 por 100 de hombres, y el 60 por 100 mujeres. Es muy interesante el que el ataque de glaucoma agudo es mucho más frecuente en los meses de invierno y muy raro en el verano. De 100 casos, el

23 por 100 eran emétopes, 62 por 100 hipermetropes y 15 por 100 miopes.

Patogenia.—Muchísimos trabajos se refieren a patogenia.

Para la mayoría de los casos encasillados con el título de "glaucoma sin hipertensión", y que sólo ofrecen como síntomas la reducción funcional y la excavación, se da la explicación de que la hipertensión sólo existe durante algunas horas, lo que impide una medición exacta y segura de la tensión, explicación no aceptada por BAILLIART, que supone como causa de la hipotensión alteraciones de la red vascular anterior, y de la excavación, análogos trastornos de la red vascular posterior, y no siendo obligada—aunque sí frecuente—la aparición simultánea de alteraciones en ambas redes vasculares, puede existir durante mucho tiempo excavación sin hipertensión, y viceversa. Como el mejor medio para dominar estos trastornos circulatorios señala la acetilcolina, si bien debe aplicarse también la pilocarpina en toda excavación, aun cuando no exista una hipertensión comprobable. A conclusiones análogas a las de Baillart llega GALLOIS.

De 27 enfermos de anemia perniciosa estudiados por SUKER, se deduce un curioso paralelismo entre la tensión ocular y el grado de anemia, sin que fuese posible descubrir complicaciones intraoculares o alteraciones vasculares.

Para RYCROFT, el glaucoma se debería a una dilatación de los capilares del ojo. La histamina o sustancias análogas en constitución química, que pueden demostrarse por reacciones biológicas en determinadas circunstancias en cámara anterior de los ojos afectados de glaucoma agudo, serían capaces de elevar la tensión por una acción refleja sobre los capilares intraoculares, llegando a conclusiones análogas DUKE-ELDER, que considera que, cuando la circulación está dificultada—como es el caso en el glaucoma agudo—, la presencia en libertad de una sustancia del grupo de la histamina es responsable de la mayor dilatación de los vasos del iris y de la hipertensión. De igual modo, IWATA atribuye a la presencia de histamina en el suero de estos enfermos la propiedad de excitar la musculatura lisa y aumentar la permeabilidad de los capilares, habiéndose encontrado sustancias análogas en la cámara acuosa de conejos tras la provocación artificial de un estado de glaucoma agudo producido por la ligadura de las venas verticosas.

Sobre las relaciones del glaucoma simple y secreciones internas llega LARSEN en varios trabajos a las conclusiones de que la hipofunción del tiroides puede darse como excluida como causa de glaucoma. Las ligeras hipertensiones observadas en el mixedema quedan aún en la zona de normalidad, creyéndolas debidas a las modificaciones de cubiertas oculares, de modo análogo a las que provoca aquella enfermedad en piel y tejido celular subcutáneo. La instilación en saco conjuntival y la inyección endovenosa de diversos extractos glandulares en conejos ha sido ensayada por MOSSEA, sin que se modifique la tensión si se aplican en instilación o inyección subconjuntival y lográndose una hipotensión tras la inyección intravenosa de extracto de tiroides e hipertensión con el de páncreas. La inyección subcutánea de extracto de glándula lagrimal de buey da lugar a una ligera y transitoria hipertensión; en cambio, su aplicación

por vía endovenosa provoca una fuerte hipertensión ocular, que se mantiene durante varios días.

Algunos casos de glaucoma infantil dependen, según HARDOSTY, de hipoplasia del timo o hipofunción de suprarrenales.

KIRWAN describe un curiosísimo síndrome observado en la India con carácter epidémico y que en muchos síntomas se parece al glaucoma simple.

Los enfermos aquejan ver los colores del arco iris alrededor de las luces y disminución de visión, que se hace como entre nieblas. No existe dolor. Objetivamente se aprecia hiperemia de vasos conjuntivales, edema de córnea y, si la afección se prolonga, excavación de papila y defectos característicos en el campo visual. Es digno de anotar que la profundidad de la cámara anterior no se modifica, o quizá sea algo mayor que lo normal, siendo también normal el diámetro de la pupila, que reacciona bien y pronto a la luz. La tensión suele oscilar entre 50 y 70 mm. de Hg., no siendo raro alcanzar los 100.

Estos ataques de glaucoma aparecen como síntomas del llamado edema generalizado o retención general acuosa, y es debido a la toxina de un agente que se desarrolla en el arroz húmedo y caliente, mantenido en los grandes almacenes, alimento que, como es sabido, constituye la base de alimentación del país, siendo los síntomas principales de la enfermedad general los edemas que se extienden por todo el organismo y que son debidos a una dilatación de la red capilar.

Para explicar la hipertensión ocular se acepta un aumento de filtración de líquidos intraoculares favorecida por la mayor permeabilidad de los capilares.

Como tratamiento, además del causal de suprimir el arroz de la alimentación, está indicada la trepanación de Elliot, puesto que todos los mióticos se muestran sin acción alguna frente a la enfermedad ocular, dato de grandísimo interés práctico, que sirve de modo decisivo para hacer el diagnóstico diferencial con el glaucoma primario simple genuino.

(Continuará.)

Quiste hidatídico retroprostático

POR EL

Dr. ANGEL PULIDO MARTIN

Del Hospital de San Juan de Dios, de Madrid

La comunicación del Dr. Pascual a la Academia Nacional de Medicina sobre "Un caso de quiste hidatídico retroprostático", y su invitación a quienes podamos aumentar la estadística de observaciones análogas, para que demos a conocer nuestra experiencia, me trae a la memoria el recuerdo de un enfermo a quien operé hace ya algunos años, por un quiste retroprostático. Si antes no di conocimiento de este enfermo y publiqué su historia, se debe a que la evolución fatal del proceso provocó en mi ánimo ese tan conocido mecanismo del deseo de sumersión en el olvido del caso, de sus detalles y de los esfuerzos hechos por el cirujano para salvarle...

Todos los operadores saben de esos esfuerzos de la propia mente para liberarse del recuerdo de un caso que no curó como nosotros deseábamos, y a pesar de cuanto hicimos para que curara...

Es que confiábamos demasiado en nosotros mismos, en nuestras capacidades, y la realidad, brutalmente, nos puso frente a frente de nuestra limitación...

Se dirá que, entonces, todo enfermo que fallece después de una intervención quirúrgica debería darnos esa amargura, y no es así, aunque, de hecho, todo enfermo que muere nos apena, pero la intensidad, la profundidad de nuestro dolor, aparte otras razones personales, etcétera, etc., depende de la esperanza, de la fe que pusimos en nuestras fuerzas para sanarle... Hacemos algunas operaciones para aprovechar las pocas posibilidades de devolución de la salud a un enfermo condenado a la muerte, enfermos muy intoxicados, muy infectados, en los que la operación es el *último recurso*; entonces vamos decididos a aprovechar una ocasión entre ciento, y si el enfermo sigue el curso natural de la enfermedad, curso que nosotros temíamos, nuestra conciencia recibe resignada la lección de la experiencia; pero si hemos llegado a suponer vencido el proceso, curado el enfermo por nuestra habilidad o por nuestra diligencia, y el enfermo cae ante la fatalidad, nos indignamos contra nosotros mismos y buscamos el consuelo en el olvido. Todo esto lo han dicho los psicólogos modernos mucho mejor que yo: es el proceso del rechazamiento en la subconsciencia, que no sólo es propio de la muchacha a la que engaña el novio, como exaltan los discípulos de Freud, sino que también se da en los cirujanos a los que engaña la confianza en sí mismos... (Y si no confiáramos en nosotros mismos, no habría Cirugía.)

Me llevaron a la clínica un enfermo de unos cincuenta años, sin antecedentes individuales precisos, sin historia de gonococia reciente ni antigua y con el diagnóstico de oclusión intestinal y urinaria reciente...

Ofrecía el enfermo, en efecto, el cuadro de una oclusión intestinal completa y de una retención aguda de orina, aquejando grandes dolores por su incapacidad para expulsar la orina, vómitos que empezaban a ofrecer el carácter de fecaloideos, gran meteorismo abdominal, facies hipocrática, etc., etc.

Como el enfermo localizaba el origen de sus molestias en el último tramo del tubo digestivo, hago un tacto rectal que me permite apreciar una tumoración del tamaño de una naranja grande o granada pequeña en el lugar ocupado normalmente por la próstata. Esta tumoración es esferoidea, de superficie lisa, igual, indolora, parece llena de líquido en gran tensión, no es renitente ni ofrece la resistencia de un tumor sólido. Como no hay antecedente gonocócico, como *no ha habido fiebre*, y como faltan las zonas de empastamiento, tan frecuentes en los flemones de la próstata, diagnosticó una oclusión por un quiste prostático y opero al enfermo por la *vía perineal*. Hago la incisión de Celso y llevo la intervención del modo que se practica una prostatotomía. Apenas seccionado el nudo del periné, aparece la superficie blanquecina de un quiste hidatídico. Lo incindo y sale el agua de roca. Extirpo la pared, tapono, y, sin que el paciente pierda una gota de sangre, lo devuelvo a la cama, muy contento yo de haber terminado sin accidente una intervención tan rara..., y de haber solucionado una oclusión intestinal...

A pesar de todo, a pesar de que nada hay en la herida

operatoria que explique el mal estado del sujeto, éste fallece un par de días después...

Hacemos la autopsia y encontramos varios quistes hidatídicos en la cavidad abdominal, algunos en el hígado y los intestinos, ocluidos en parte y en parte distendidos. Se ha perdido la permeabilidad de su luz. Nuestra operación ha sido inútil. Este caso puede calificarse de quiste retroprostático, aunque, claro que llegaba hasta la pared posterior de la vejiga, pasando por encima de la próstata; pero es evidente que su desarrollo mayor lo había tenido detrás de la próstata. No era un quiste primitivo, puesto que el gran número de quistes en la cavidad abdominal y en el hígado explicaban su dependencia de otras formaciones análogas. Era un quiste *hidatídico*.

La vacunación antirrábica por el método suprainensivo de Ferrán

POR EL

Dr. J. VILA FERRAN

La lectura de un trabajo del Dr. Remlinger, publicado en *La Presse Médicale* del 25 de marzo último, y reproducido en el número 4.302 de *EL SIGLO MÉDICO*, bajo el título "La Vacunación Antirrábica llevada al domicilio del mordido", me decide a borrar unas cuartillas destinadas a recabar para la Medicina española la gloria de lo que el Dr. Remlinger, con una constancia digna de mejor causa, pretende desconocer desde hace muchos años y desviar ahora hacia otros investigadores.

El año 1927, en la Primera Conferencia Internacional de la Rabia, el Prof. Remlinger presentaba unas conclusiones, en virtud de las cuales "*rogaba que los investigadores sobre el virus lírico enfocaran sus estudios a encontrar una vacuna que, superando a las actuales—decía el Dr. Remlinger—, permita un rápido y seguro tratamiento que evite la traslación del paciente*".

Hoy, como diez años atrás, la autoridad del Prof. Remlinger parece olvidar el pequeño detalle de la existencia, desde el año 1888, de la *vacuna antirrábica suprainensiva*, de Ferrán, que reúne, desde aquella remota fecha, todas las condiciones exigidas modernamente por los neófitos representados por el director del Instituto Pasteur, de Tánger, y su escuela.

Este ilustre sabio, en su citado artículo, nos expone como gran novedad que, gracias a las vacunas fenicadas, entre ellas la de Fermi, le fué posible a H. Palavandoff iniciar, por el año 1925, la descentralización de los servicios antirrábicos en Rusia.

También escribe el Prof. Remlinger en dicho artículo, continuación de otro aparecido bajo el mismo tema en la *Presse Médicale*, del 13 de julio de 1935, que: "La vacunación descentralizada, destinada a ser aplicada semanas, e incluso meses, después de ser elaborada, ha de efectuarse forzosamente con una vacuna muerta." Tal afirmación es una prueba más del absoluto desconocimiento de los trabajos de Ferrán. No, no es necesario abandonar la idea del maestro Pasteur de utilizar virus vivo para la inmunización antirrábica, aun en la modalidad descentralizada.

Para satisfacción de nuestros colegas hispanos, dire-

mos al Prof. Remlinger una vez más que tales novedades proceden de algunos lustros ha de aquende los Pirineos. Hablen si no de ello los jefes de los servicios antirrábicos siguientes: Ayuntamiento de Alcira, Laboratorio Municipal de Alicante, Hospital Provincial de Oviedo, Laboratorio Municipal de Valladolid, Instituto Selma, de Zaragoza; Instituto Murga, de Sevilla; Laboratorio Municipal, de La Línea; Dr. Eladio Candia, de Foz (Lugo); Dr. Fernández Aenlle, de Meiras; Dr. Aurélio Amaro, de Lucena (Córdoba); Dr. Angel Escobar, de Granada; Hospital Provincial de Málaga, Laboratorio Municipal de Murcia (con una estadística superior a 1.000 casos; Laboratorio Municipal de San Sebastián, Hospital Provincial de Toledo y muchos otros, que, repartidos por toda España, vienen aplicando desde el año 1900 la vacuna antirrábica de Ferrán *con virus fijo vivo*, preparada en Barcelona, servida tras petición telegráfica, y cuya actividad, reiteradamente controlada por nosotros, supera a los dos meses de duración. Ello es prueba suficiente de que el mérito de la descentralización no corresponde en prioridad a Fermi, Semple y otros, sino a Ferrán.

Brevemente expondremos el fundamento y técnica del método de nuestro gran bacteriólogo, que en esto, como en tantos otros problemas de la microbiología, se anticipó en muchos lustros a sus contemporáneos.

Ferrán fué llamado por el Ayuntamiento de Barcelona a crear el segundo Instituto Antirrábico del mundo, pocos meses después de haberse iniciado el funcionamiento del Instituto Pasteur en París. Puesto en comunicación con su maestro, Pasteur, Ferrán adquirió prontamente su técnica, y así púdose inaugurar en poco tiempo el Laboratorio Microbiológico Municipal de Barcelona. Como en París, pronto se observaron en Barcelona casos de rabia de laboratorio, debidos a imperfecciones inherentes al primitivo método pasteuriano. Fué entonces cuando Ferrán, investigando las causas de aquellos fracasos, a la vez que buscaba la forma de resolverlas satisfactoriamente, emitió la hipótesis de que tales casos eran debidos, por una parte, a la inutilidad del empleo de las medulas atenuadas excesivamente por larga desecación, y luego, al acarreo por vía hemática de partículas del virus activo inoculado con las emulsiones de las medulas frescas correspondientes a los últimos días del tratamiento pasteuriano, y que, llegando inoportunamente a los centros nerviosos, desencadenaba en ellos el proceso rábico, por no encontrar ningún anticuerpo que anulara su neurotrópica virulencia.

Tal hipótesis ferraniana fué confirmada por la experimentación práctica. Ferrán, modificando la técnica de Pasteur, tomó como antígeno, no medulas atenuadas de mayor a menor grado por desecación de hasta diecisiete días de duración, sino dosis masivas de pulpa cerebral hipervirulenta, emulsionada en solución de bicloruro de mercurio al 1 por 2.000, a fin de conferir a la vacuna un quimiotaxismo positivo frente a los leucocitos, con lo que Ferrán evita el prematuro transporte leucocitario de virus rábico a los centros nerviosos. Y fué desde el momento en que se inició la aplicación de la nueva técnica ferraniana, cuando cesó la aparición, hartó frecuente en aquel entonces, de los tristes casos de rabia de laboratorio.

La técnica de preparación y aplicación del método su-

praintensivo antirrábico de Ferrán no puede ser más sencilla y eficaz. A la obtención del virus fijo por pases sucesivos en series de conejos inoculados por vía corneal, procedimiento muchísimo más práctico que la trepanación, le sigue el envase de las dosis, utilizando como elemento conservador la glicerina bidestilada.

A los cuatro gramos de antígeno puro les acompaña la cantidad suficiente de bicloruro de hidrargirio para que el médico de cabecera o el compañero que a ello se dedique en la comarca, pueda hacer extemporáneamente la emulsión a la proporción del 10 por 100. De esta emulsión se preparan cada día 8 cc.—con 0,80 gr. de antígeno—, de los cuales se aplican sólo 6 cc., en tres dosis de a 2 cc., en la pared adominal, por vía subcutánea, y administradas en una sola sesión. Estas curas se repiten sólo durante cinco días consecutivos, con lo que los mordidos quedan intensivamente inmunizados contra la rabia.

Este método, que en España ha sido aplicado en más de 45.000 casos, ofrece una tal seguridad, que el porcentaje de fracasos no alcanza al $\frac{1}{2}$ por 1.000, y aun ellos son imputables al excesivo retraso con que, por desidia o ignorancia de los pacientes, se inició el tratamiento.

Resumiendo, destacaremos las ventajas de la técnica antirrábica ferraniana:

Innocuidad absoluta.

Eficacia máxima por emplear 3 gr. de antígeno vivo.

Rapidez del tratamiento por durar sólo cinco días—plazo que contrasta con los quince y diecisiete días de los métodos extranjeros.

Facilidad de aplicación; las quince inyecciones provocan una ligera reacción flogósica local, perfectísimamente soportada por los mordidos.

Economía de producción y economía de aplicación, por cuanto evita el desplazamiento del paciente.

En esto, pues, consiste, sucintamente descrito, el método de Ferrán, que pretende ser desconocido por los primates de la ciencia oficial extranjera, para, así, nacionalizar, donde prefieran, el mérito de una prioridad que pertenece de pleno a España.

BIBLIOGRAFIA

PRÉCIS D'ANESTHÉSIE CHIRURGICALE (ANESTHÉSIES GÉNÉRALE, RACHIDIENNE, LOCALE), por el Prof. Forgue, miembro de la Academia de Medicina de París.—Un volumen de 340 páginas en octavo, con 92 figuras y unas palabras-prólogo del autor.—Editeurs, G. Doin et Cie. 8, Place de l'Odeon.—París (VI).—París, 1934.—Precio en cartón, 50 francos.

En un volumen de más de 340 páginas, el Prof. Forgue, cuya competencia en la materia se apoya en una experiencia de cincuenta años de cirugía activa y en un esfuerzo diario de todo este tiempo dirigido hacia este problema capital de la anestesia quirúrgica, ha realizado la "mise au point" del mismo de modo insuperable. Ya que forma un estado completísimo de la cuestión tal y como se encuentra en el momento actual, estudiando sus más recientes adquisiciones y haciendo la crítica de las mismas.

La obra se halla dividida en tres partes: la primera

FOSFORO

POTASIO

MANGANESO

Una Ayuda Para Combatir la Sépsis Crónica

CALCIO

SODIO

HIERRO

La colesistitis crónica, la prostatitis crónica, y la colitis crónica, son unas pocas de las condiciones comunes que ocasionan un estado de sépsis crónica.

EL JARABE DE FELLOWS suple los elementos minerales que necesita el organismo en estas condiciones. La dosis que se sugiere es la de una cucharadita cuatro veces al día, en agua.

MUESTRAS A PETICION

Distribuidores en España:

SOCIEDAD ANONIMA DE DROGUERIA VIDAL-RIBAS,

Cortes, 639 — Barcelona

JARABE de FELLOWS

PROPIDON

CALDO
STOCK-VACUNA MIXTO
DEL PROFESOR
PIERRE DELBET

VACUNACIÓN CURATIVA
DE LAS
AFECCIONES PIÓGENAS

VACUNACIÓN
PRE-OPERATORIA

CAJAS DE
3 AMPOLLAS DE 4 cc.

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
—Specia—

MARQUES "POULENC Frères A. USINES du RHONE"
21, rue Jean-Goujon, PARIS, 8^e

■ SELLOS ■ GRANULADOS ■

TRICALCINE

VITAMINA D
SALES DE CALCIO

IRRADIADA

RECONSTITUYENTE
GENERAL

LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA. 21. RUE CHAPTAL. PARIS. IX^e

EL TRATAMIENTO DE LAS TUBERCULOSIS QUIRURGICAS

ACEITE IODADO
INYECTABLE
FINIKOFF

POR EL
METODO
DEL
D^r FINIKOFF

CALCIUM
FINIKOFF
(INTRAVENOSO)

Laboratoire des Produits SCIENTIA. 21 Rue Chaptal. Paris. 9^e.
Literatura y muestras : D.M. Moses. 2 D^a Plaza Independencia. Madrid.

PEPTALMINE

MAGNESIADA

MEDICACION ANTIANAFILACTICA POLIVALENTE

COLAGOGO

PEPTONAS DE CARNE Y DE PESCADO. EXTRACTOS DE HUEVOS Y DE LECHE.
HARINA DE TRIGO - SULFATO DE MAGNESIA

INDICACIONES

TRASTORNOS HEPATO-BILIARES
CONGESTION DEL HIGADO. COLITIS. JAQUECAS
INSUFICIENCIA HEPATICA. ESTREÑIMIENTO

POSOLOGIA

DOS CUCHARADAS DE LAS DE CAFE DE GRANULADOS Ó CUATRO
GRAGEAS UNA HORA ANTES DE CADA UNA DE LAS 3 COMIDAS
COMO COLAGOGO : 2 Ó 3 TOMAS CON UN QUARTO DE
HORA DE INTERVALO POR LA MAÑANA EN AYUNAS

PEPTALMINE
MAGNESIADA

PEPTALMINE
MAGNESIADA

Laboratorio de los Produits SCIENTIA. 21. rue Chaptal. Paris 9^e.

trata de la anestesia general; en la misma, después de un capítulo de generalidades históricas, resume en otro las bases fisiológicas de la narcosis, traza la orientación actual de la anestesia general e insiste sobre el progreso considerable que constituye la anestesia de base y la prenarcosis. En un capítulo crítico y clínico expone las indicaciones y contraindicaciones de los diversos medios de la anestesia general; en otro hace con un mayor detenimiento la elección de la misma en sus diversas variaciones (éter, cloroformo, protóxido de azoe y gases). Formula en sus reglas fundamentales la pernarcosis, la narcosis y la narcosis de base, y en un subcapítulo se ocupa con gran detenimiento de la administración de la avertina. Con idéntico detalle se ocupa de las otras anestésias, cuyas reglas fundamentales estudió en capítulos precedentes.

Dedica dos capítulos asaz extensos a tratar de la vigilancia durante la anestesia y después de ésta. En otro se ocupa, por creerlo de gran importancia práctica, de la anestesia general en la cirugía del cuello y de la cara, y los tres últimos de esta primera parte tratan de la narcosis por vías extrapulmonares, la anestesia con circulación reducida y la anociasociación de Crile.

Trata la segunda parte de la anestesia raquídea, y toda ella está expuesta con precisión en sus bases fisiológicas, sus indicaciones y contraindicaciones, su técnica y sus resultados. Hace ya cinco años, el *rapport* de los Profs. Forgue y Basset al Congreso de Cirujanos francés había hecho decir al Prof. Sebrichts: "El trabajo de Forgue y Basset sobre anestesia raquídea marca una etapa en la historia de la anestesia." Forgues, hoy en su obra ha llevado aquél mucho más adelante, ya que ha estudiado métodos nuevos, tales como el de Pitkin, y la raquipercaínización de Howard-Jones y Quarella.

La última parte de la obra se halla consagrada a la anestesia local y regional, estudiando con gran detenimiento los avances de ésta en la actualidad, así como su empleo en intervenciones de importancia, lo cual la ha elevado a un primer plano; estudia las bases fisiológicas de la misma y el formulario posológico para el empleo de la misma según la región o el producto, como así la técnica a emplear en los diversos casos. Los dos últimos capítulos se hallan dedicados a la anestesia paravertebral y epidural.

Tal es, en conjunto, esta obra, que constituye la puesta al día de problema tan complejo y evolutivo como éste, y que será para el estudiante una iniciación clara y precisa—aclorada por profusas figuras—, para el médico práctico una guía útil en cirugía de urgencia y para el cirujano una buena guía que recuerde cuestiones que, por poco importantes, a veces se olvidan.

La obra va prologada muy brevemente en frases llenas de sinceridad y cariño para los médicos y estudiantes por el autor.

La edición, muy cuidada, igual que todas las de la gran Casa Editorial Doin.—J. H. SAMPELAYO.

TRATADO DE UROLOGÍA, por el Prof. Hans Wildbolz (Berna). Versión española de la 2.^a edición alemana. Un volumen de 855 págs., 218 ilustraciones. Editorial Pubul, Barcelona, 1936.

La Editorial Pubul, de Barcelona, ha llevado a cabo la plausible idea de presentar al público de habla espa-

ñola el "Tratado de Urología", del Prof. Wildbolz, de Berna.

El Prof. Wildbolz es, sin duda alguna, uno de los más destacados maestros de la Urología mundial, y su servicio del Hospital de Berna, uno de los mejor organizados. Por otra parte, el urólogo suizo, con su dominio de idiomas, posee una cultura urológica internacional y con ella una visión no unilateralizada de la especialidad, cualidad esta no muy frecuente entre los maestros de la Urología mundial. Si a esto se añade su gran experiencia, se comprenderá que haya pocos urólogos tan capacitados como el autor para escribir un "Tratado de Urología".

No es posible hacer en una breve reseña bibliográfica el análisis completo de la obra del Prof. Wildbolz. Por otra parte, no hace mucho tiempo que nosotros mismos hemos publicado la reseña de la edición alemana. Baste, por consiguiente, decir que en la obra de Wildbolz destaca en todo momento el criterio clínico y didáctico, lo que le da un carácter eminentemente práctico. Merecen señalarse, no obstante, los magistrales capítulos dedicados a la tuberculosis urinaria y a la hipertrofia prostática. El autor describe la técnica seguida por él en la prostatectomía perineal, con la que obtiene resultados extraordinarios, según nosotros tuvimos ocasión de observar en su servicio hace algunos años.

El Prof. Wildbolz ha incluido en esta edición algunos capítulos que no aparecían en la edición de 1924, tales como los referentes a la blenorragia masculina, las nefritis y la urografía por inyección intravenosa o eliminación ("ausscheidungsurographie").

De acuerdo con la finalidad clínica y didáctica de la obra, el autor ha tenido el acertado criterio de no incluir cita bibliográfica alguna.

El "Tratado de Urología" del Prof. Wildbolz no es una obra más de la especialidad: es, por el contrario, un libro llamado, no lo dudamos, a figurar en toda biblioteca, urológica o no, al lado de otros tratados similares y ya clásicos.

La Editorial Pubul, de Barcelona, presenta la obra con todo lujo y cuidado, hasta el punto de que la edición española, no sólo no desmerece de la alemana, sino que, hasta en muchos puntos, la supera.—ALFONSO y EMILIO DE LA PEÑA Y PINEDA.

TRABAJOS DEL DISPENSARIO ANTITUBERCULOSO DE SANTA CRUZ DE TENERIFE. Volumen XI, año 1935.

En el presente volumen vemos cómo este Dispensario de nuestras bellas Islas lleva a cabo una labor de gran encomio científico, la cual le coloca al nivel de los mejores establecimientos peninsulares de esta índole.

En el mismo, después de describir minuciosamente la labor llevada a efecto en el pasado curso, vemos trabajos de los Dres. Guigo, Pérez, García López, Cervia y Maffiotte.

Todos ellos son de un gran interés, si bien queremos destacar uno de ellos, debido al joven clínico Pablo Maffiotte, culto discípulo del maestro Marañón, en el cual hace atinadas observaciones acerca de las de índole médicosocial, relacionadas en escolares, punto, como todos hoy saben, de la máxima importancia en las Asambleas y Congresos pediátricos.—J. H.

PERIODICOS MEDICOS

E. P. BURZEWA.—*El plasma sanguíneo en el tratamiento de las hemorragias.*

El plasma se conserva en ampollas cerradas a la lámpara; de este modo puede utilizarse incluso diez meses después de obtenido, con tal de que se tenga en sitios frescos y fuera del alcance de la luz. Para combatir hemorragias internas se utiliza en inyecciones intravenosas, pues por vía subcutánea su acción es nula. El autor lo ha utilizado en 106 enfermos de aparato digestivo atacados de hemorragias gástricas o intestinales. El número de inyecciones que practicó fué de 143. Para detener las hemorragias, bastan, de ordinario, una inyección de 20 cc. Asimismo se han utilizado estas inyecciones para detener hemorragias de las vías urinarias y hemorragias por septicemias. Pero sus mejores efectos se obtienen en las debidas a hemofilia. Hay que tener en cuenta que el plasma es ineficaz en los enfermos ya muy extenuados por pérdidas de sangre repetidas y profusas. En tales casos hay que prescindir, desde luego, del plasma y recurrir a las transfusiones sanguíneas: es la única forma de salvar la vida de los enfermos. En las hemorragias ginecológicas hay que inyectar, por lo menos, 40 a 50 centímetros cúbicos de plasma; pero los resultados son igualmente satisfactorios, y las hemorragias cesan con gran rapidez. Sobre todo, en las metropatías se consiguen éxitos sorprendentes.—(*Westn. chir. im. Grekow*, tomo 39, pág. 110, ap. en *M. m. W.*, 1936, número 15.)—F. G. D.

DR. ARTURO RICHIERI.—*Patogenia y tratamiento de las diarreas hipertiroideas.*

Después de pasar revista a las diferentes teorías sobre la patogenia de estas diarreas de los hipertiroideos (Mabius las considera como una respuesta a la eliminación de la tiroxina segregada en exceso, con las que están conformes Ballet y Enríquez; aumento de la grasa en heces, por Schmidt). Salomón, Almagia y Bittorf las explican, conforme a la teoría de Schmidt, por una lesión del páncreas, opinión de que participa Falta. Balint y Molnar han encontrado aumento de los fermentos pancreáticos en las heces, por lo que creen en una hipersecreción pancreática. Umber piensa que este aumento de peristaltismo impide la absorción normal. Eppinger y Hess, Marañón, Noorden, las consideran como la expresión de una vagotonía; Klose y Volpe las creen de origen gastrógeno. Bonorino Udaondo no está conforme con esta teoría, lo cual han demostrado que no es exacto Marañón, Hernando, Gualtier y Noorden y otros muchos. Podemos decir que el tiroides influye en ellas, que se considera como primordial la acción que tiene sobre el vago, y que las influencias que pueden tener las secreciones de otras glándulas son secundarias.

Entre los medicamentos a utilizar, tenemos:

La adrenalina (en enema): 15 a 20 gotas, en 200 centímetros de agua, dos o tres veces al día. Excita el simpático.

Atropina: de medio a un miligramo diario, por paralizar el vago; belladona por vía gástrica.

Como medicación de momento, tenemos los opiáceos.

Las reglas generales son: reposo intelectual, físico y moral, clima de campo.

Régimen alimenticio substancial e hipotóxico.

Medicamentos a emplear: tenemos el lugol, que obra lo mismo sobre los diferentes bocios, pero, aunque hay algunos autores que no opinan así, no es medicamento curativo, pero mejoran con él muchos síntomas y sirve de preparación a la intervención quirúrgica.

Después de las investigaciones de Harington y Dandall y de Abellin, se explica la eficacia del yodo, porque, una vez absorbido, se combina, ya en la sangre, ya en el intestino, con productos de hidrólisis de las albúminas, entre ellas de la tiroxina, para dar lugar a la di-yodotiroxina, por lo que algunos autores aconsejan el empleo de ésta en lugar del lugol.

La quinina y, sobre todo, la quinidina, se usa asociada al yodo, por la acción que ejerce sobre la taquicardia que presentan estos enfermos.

Los calmantes y el ginergeno son útiles.

Por sus riesgos, aconseja la radioterapia mejor que la intervención, y cree, por último, que los éxitos de la cirugía en el Basedow son cortos.—(*La Pren. Méd. Argentina*, núm. 5, enero 1936.)—H. S.

C. OLMEDA VIORRETA.—*Contribución al estudio vitamínico de los alimentos españoles.*

Hemos llevado a cabo la determinación del complejo B y de la vitamina C, mediante la provocación de los cuadros de avitaminosis, obteniendo los siguientes resultados:

Se advierte alguna modificación en la riqueza vitamínica de la yema de huevo cuando se la somete a las diferentes manipulaciones de cocina, según que actúe el aceite hirviendo más o menos tiempo o el agua. Mientras que la yema cruda presenta un cierto poder vitamínico —complejo B—, al igual que en la yema frita—en la que se supone que la rápida coagulación del aceite hirviendo tal vez proteja a la yema—, por el contrario, la yema pasada por agua, cocida y en tortilla a la francesa tiene, respecto de este complejo, un valor nutritivo nulo. Ello nos permite una lección, tomando los huevos crudos y fritos con preferencia a los pasados por agua, cocidos y en tortilla a la francesa, atendiendo a su sentido nutritivo.

Que la yema de huevo sometida a cualquiera de estas cuatro manipulaciones de cocina tiene una buena proporción de vitamina A.

Que la forma cruda es la que posee un valor vitamínico más alto, ya que a la dosis de treinta centigramos diarios permite un almacenamiento sensible de vitamina A. Le sigue en la riqueza la yema frita, que, como cruda, asegura la vida de una rata a la dosis de treinta centigramos diarios, pero no permite almacenamiento sensible como la primera. En último lugar, se encuentra la yema pasada por agua y cocida, que, a igual dosis o mayor que las anteriores, no proporciona la cantidad de vitaminas A necesaria diariamente para el metabolismo normal de una rata.

Sometidos los animales de experimentación a régimen de curación, hemos visto que:

Parece ser que el aceite de conservas "Albo" arrastra consigo la casi totalidad de la vitamina A de las sardinas, por su acción directa y prolongada sobre las mismas.

La espinaca fresca es altamente rica en vitamina A, ya que a la dosis diaria de 50 centigramos logra normalizar las alteraciones producidas por la falta de la misma, y luego cumple con las necesidades para man-

tener normal la economía del animal, pudiendo considerar que el aporte en vitamina A de 50 centigramos de espinaca fresca es próximo a cuatro unidades.

El tomate fresco del mercado tiene un contenido grande en vitamina A. A la dosis de 10 a 25 centigramos satisface ya las necesidades de una rata, y puede considerarse—comparando con la rata tomada como tipo—que su contenido en vitamina A es igual a cuatro unidades. Las curvas de peso de las ratas, que toman uno a un gramo y medio de tomate, nos indican que estas dosis son suficientes para garantizar el desarrollo y entretenimiento de los animales, ya que permiten un almacenamiento sensible, pues una vez privadas del problema en su dieta diaria, siguen viviendo una semana.

Sobre un primer ensayo del pimiento verde del mercado nos demuestra un cierto contenido en vitamina A, aunque a las dosis ensayadas no alcance a cubrir las necesidades de la rata, por lo cual, a partir de la cantidad máxima ensayada, repetimos este trabajo hasta fijar la cantidad mínima necesaria y su equivalencia en unidades internacionales. (*Revista de Sanidad e Higiene Pública*, Madrid, marzo 1936. Año XI, núm. 3, pág. 205.)—M. A. C.

MARCO CIANI.—*Intoxicación aguda por el bismuto seguida de muerte.*

Refiere el autor en este trabajo un interesante caso de intoxicación aguda por el bismuto con comprobaciones anatomopatológicas, observado en una mujer de cuarenta y siete años, sífilítica desde hace veinticinco, que no había efectuado más tratamiento que cuatro inyecciones de sublimado a raíz del contagio. Recientemente emprendió un tratamiento con un compuesto de yodo bismutado de quinina. Puestas dos inyecciones, por error, únicamente con cuarenta y ocho horas de intervalo, fué presa de fiebre, vómitos y diarrea. A estos síntomas se añadieron poco después una estomatitis úlcero-membranosa y lesiones inflamatorias análogas sobre las restantes mucosas, con hipotermia, oliguria, ictericia y una pigmentación parda oscura sobre el dorso de ambas manos.

La muerte se produjo al cabo de treinta y seis días de enfermedad, y el examen necrópsico puso de manifiesto una pequeña ulceración en vías de cancerización en la región yuxtapilórica, degeneración de los parénquimas y arteriosclerosis renal.

El examen histológico e histoquímico pusieron de manifiesto en diversos órganos, así como en la piel de la mano, abundantes granulaciones, que parecían ser debidas a depósitos de bismuto.

Con motivo de este caso desgraciado, el autor ha efectuado un detenido estudio experimental en conejos inoculados por distintas vías, con la misma preparación que había servido para el tratamiento de esta enferma.

Hace notar con este motivo que la afirmación de Hudedo y Rabut, en 1924, según la cual el tratamiento no contaba entre sus accidentes ningún caso de muerte, es demasiado optimista. Indudablemente que puede asegurarse que el número de accidentes graves es extraordinariamente pequeño en comparación con el número de inyecciones practicadas; pero estos accidentes existen, y pueden, como en el caso mencionado, dar lugar a la muerte. En un trabajo publicado, de Beermann, en 1932, se recogen, dispersos en la literatura, 28 casos de muerte, a

los cuales hay que añadir los que se han publicado más recientemente.

Beermann divide los accidentes mortales debidos al bismuto en tres categorías:

1.^a Casos de muerte inmediata o muy rápida, observados, sobre todo, después de inyecciones intravenosas y estando, en su mayor parte, producidos por un choc colideoclásico.

2.^a Casos de muerte tardía, que son los más numerosos, aparecidos, en su mayor parte, después de inyecciones intramusculares y con una sintomatología muy variada.

3.^a Casos dudosos, es decir, casos de muerte aparecidos en sujetos sometidos a la medicación bismútica, sin que pueda afirmarse de un modo absoluto que el bismuto es la causa de la muerte, y menos aún el mecanismo en virtud del cual se ha producido aquélla.

Todos estos casos registrados en la literatura vienen a demostrar que el tratamiento bismútico, considerado por la mayoría de los prácticos como inofensivo, puede en ocasiones producir accidentes de una gravedad irreparable, y que, por lo tanto, para la aplicación correcta de un tratamiento de este género, debe efectuarse previamente un examen profundo y metódico del enfermo, con el fin de poder descubrir afecciones más o menos ocultas que puedan agravarse con el tratamiento y ser causa de accidente mortal. Los órganos que principalmente deben ocupar nuestra atención en este sentido son la boca, el hígado y el riñón.

Debe hacerse resaltar igualmente que la mayoría de los casos de muerte observados están relacionados con el empleo de yodobismutatos de quinina, sin que por el momento, al menos, pueda explicarse el porqué de ello. (*Il Dermosifiliografo*. Año 10, núm. 4; 1935.)—T. B. G. ANDRIEU y J. HENRION.—*Las meningomielitis del sarampión.*

El estudio de las enfermedades infecciosas, sobre todo de las fiebres eruptivas, ha motivado observaciones sobre complicaciones de origen nervioso. Durante cierto tiempo se consideraron excepcionales estas neuromeningitis y muchos tratados clásicos hablan poco de esta complicación en el sarampión.

La frecuencia cada vez mayor de las meningomielitis del sarampión se debe, en especial, a la mejor observación que a ellas se presta. Su etiología y patogenia son muy mal conocidas, y presentan problemas de valor en cuanto a epidemiología, profilaxia y tratamiento.

No puede hablarse de una anatomía patológica de la meningomielitis que clínicamente se han observado en el curso del sarampión: neuritis óptica aislada o asociada a encefalitis, encefalitis—las más frecuentes—, las encefalomielitis, mielitis, polineuritis y aun meningitis puras o aisladas a otra afección de encéfalo o medula.

En la aparición de las meningomielitis del sarampión parece tener importancia las taras orgánicas; parece existe cierta predisposición individual; son casos que, con ocasión de enfermedades infecciosas, han presentado complicaciones nerviosas.

Clínicamente, las complicaciones nerviosas del sarampión aparecen en la fase de exantema o varios días después de su desaparición, cuando ya el enfermo se consideraba curado.

Nunca se observan al iniciarse el sarampión, carác-

ter que diferencia las lesiones nerviosas propiamente dichas de los sarampionosos con tintomatología nerviosa.

Su principio es brusco; por elevación térmica y rápidamente se instala el síndrome neurológico. Bien es una mielitis transversa, una mielitis difusa aguda, una mielitis ascendente aguda.

Característica de los accidentes nerviosos del sarampion es comportarse en la generalidad de los casos con un pronóstico favorable. Después de algunos días, a veces semanas, los trastornos regresan, y poco a poco terminan por desaparecer completamente, siendo excepcional las secuelas.

La ausencia de secuelas encefalomielíticas en los sarampionosos es carácter que permite diferenciación con la encefalitis gripal—enfermedad de Ecónomo—y con la enfermedad de Heine-Medin.

Las modificaciones del líquido cefalorraquídeo son banales y sin valor diagnóstico: es un líquido claro, raramente lechoso, con hiperalbuminosis moderada, glucosa no modificada o ligeramente aumentada, elementos celulares en número variable, pudiendo llegar a 400 por milímetro cúbico, pero sin paralelismo con la gravedad del proceso. Citológicamente hay: linfocitosis pura o linfomonocitosis; raramente hay polinucleosis inicial y transitoria.

Desde el punto de vista terapéutico, no hay tratamiento específico para las encefalomielitis del sarampion; a lo más, cuando por las condiciones individuales del niño hagan posible pensar en una complicación nerviosa, se utilizará el suero de convalecientes unido a las prácticas antiinfecciosas generales y corrientes.—(*Paris Médical*, París, 11 abril 1936, año XX, número 15, pág. 314.)—M. A. C.

M. A. LEGRAND.—*La pancreatina antichoc y antianafiláctica.*

Para estas experiencias, llevadas a cabo en colaboración con el Dr. Forgeot, hemos tomado cobayas adultos, cuyos pesos varían entre 400 y 750 gramos. La pancreatina puesta a nuestra disposición proviene de laboratorios muy especializados, y contiene una actividad al menos igual, sino mayor, que la que indica la farmacopea.

En el curso de nuestras experiencias, la pancreatina es administrada de los modos siguientes:

- a) Vía bucal.
- b) Vía parenteral.
 1. Inyección intraperitoneal.
 2. Inyección subcutánea.

Nunca la inyección intravenosa en la yugular, por ser mortal.

Hemos seguido los mismos tiempos y dosis que en la clínica.

La inyección preparatoria es una inyección de suero equino normal al 1,50 (un centímetro cúbico). La inyección desencadenante, practicada un mes después, y a la dosis de tres centímetros cúbicos, determina en todos los testigos una muerte cierta a los dos o tres minutos, con todos los fenómenos de la anafilaxia.

Pancreatina por vía bucal.—Hemos procedido con dosis creciente en cantidad y en días que preceden a la I. O.

Una dosis débil: un gramo antes de la I. D.; dos gramos una hora antes de la I. D.; un gramo en la vigilia y un gramo una hora antes de la I. D.; dos gramos

durante dos días y dos gramos antes de la I. D. Reacciones violentas, sobreviniendo la muerte a los dos o tres minutos.

Elevando las dosis hemos llegado a obtener que cuatro gramos por día durante siete y dos gramos el octavo, una hora antes de la I. D., las reacciones eran casi nulas. Esto justifica la fórmula: dosis elevadas y prolongadas.

Pancreatina por vía intraperitoneal.—Hemos visto los accidentes a que esto da lugar, por las repetidas inyecciones y por la cantidad de líquido que se inyecta en el peritoneo.

Pancreatina por vía subcutánea.—Hace las dosis crecientes y duraderas, y saca las mismas conclusiones que ya hemos dicho.

Después de hacer estudios para determinar si esto es debido al peso de albúminas heterólogas a la sangre, hemos sacado la conclusión positiva.

Trata también esto con sueros antitóxicos, y saca las siguientes conclusiones: en los accidentes séricos juegan las heteroalbúminas un papel principal.

Hacemos otra serie de pruebas para determinar la hora de la inyección, y decimos que es de todo punto conveniente que el sujeto a que vamos a tratar esté en ayunas.

La pancreatina, pues, está indicada en todos aquellos casos que vamos a utilizar el suero, dándola de cuarenta y ocho horas a una hora antes que ésta; pero, para obtener una verdadera eficacia, se han de seguir las siguientes reglas: dosis elevadas durante los ocho primeros días, tres a cuatro gramos; dosis reducidas durante los diez días siguientes, 2,5 gramos. Estas dosis son, en general, suficientes durante los casos más frecuentes. El ciclo de un tratamiento preventivo y curativo no debe ser inferior a dieciséis días.—(*Bull. et Mem. de la Soc. de Med. de Paris*, núm. 16, 23-11-1935.)—J. H. S.

FERNANDO SÁNCHEZ GERONA.—*Investigaciones sobre las propiedades alimenticias del aceite de oliva.*

Creo de interés copiar las conclusiones de este breve trabajo, ya que tiene con la Medicina una evidente relación:

Primera. Que los aceites naturales procedentes de la aceituna contienen las vitaminas A, B, C, D y E.

Segunda. Que, por ser hidrosolubles las B y C, no deben lavarse los aceites de oliva.

Tercera. Que los aceites, expuestos a la luz solar, pierden vitaminas.

Cuarta. Que los aceites refinados de oliva y de orujo pierden los factores A y B, por ser termolábiles.

Quinta. Que del factor C debe haber un C', soluble en el etersol, uno por ser liposoluble, y el otro en el agua.

Sexta. Que las vitaminas A, D y E son solubles en el sulfuro de carbono, y por esta razón están contenidas en el aceite de orujo.

Séptima. Que siendo ciertas todas estas deducciones, hay que buscar un método para extraer íntegro todo el aceite de la aceituna, para que no quede en los orujos cantidad de aceite industrial, ya que de éstos no se le puede separar sino con un disolvente que los hace impropios como comestibles.—(*Memoria al Congreso de Oleicultura de Lisboa. Instituto de Higiene de Jaén, 1934.*)—H. S.

NATEINA

(Comprimidos de vitaminas A B C D y fosfato cálcico)

EVITA Y COHIBE LAS HEMORRAGIAS

(Elósegui, Pittaluga, Pi y Suñer, Niekau, Klemperer, V. Domarus, Finkelstein, V. Falkenhausen, Bjoern-Hansen, etc.)

TRATAMIENTO ESPECÍFICO DE LOS ESTADOS DE CARENCIA Y DE DESCALCIFICACIÓN

COADYUVANTE EFICAZ EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS (Klemperer)

NATEINA administrada durante el embarazo evita complicaciones hemorrágicas. Administrada a la madre durante la lactancia evita y cura los estados escorbúticos del niño y asegura su desarrollo normal.

DOSIS: DE 6 A 18 COMPRIMIDOS AL DÍA



NATEL

Alimento vitaminado completo, de ingestión grata y tolerancia perfecta

HARINA NATEL (Vitaminas A B C D, fosfato cálcico y harina tostada).

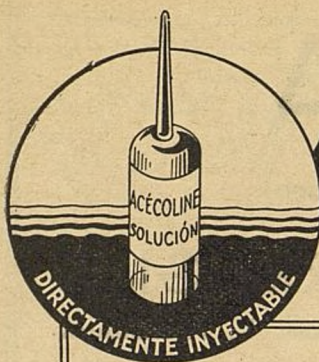
NATEL LACTEADO. Es una nueva forma en la que se ha sustituido la harina por leche desecada al vacío en polvo, por lo que puede emplearse en la lactancia artificial desde el primer día.

LABORATORIO LLOPIS, S. A.

Directores: F. y M. Llopis, Farmacéuticos.

Nueva dirección:

VELAZQUEZ, 28. - MADRID



REBLANDECIMIENTO CEREBRAL

Hipertensión arterial

ESPASMOS RETINIANOS

Arteritis - Gangrenas

CLAUDICACIÓN INTERMITENTE

Síndrome de Raynaud

ANGINA DE PECHO

Cólicos de plomo

SUDORES DE LOS TUBERCULOSOS

CLORURO DE ACETILCOLINA EN SOLUCIÓN ANHIDRA Y ESTABLE

ACÉCOLINE SOLUCIÓN

LA ACÉCOLINE DILATA LAS ARTERIOLAS Y DISIPA LOS ESPASMOS VASCULARES
CAJAS DE 6 AMPOLLAS DE 2, 5, 10 o 20 cgr.

Forma nueva

L. LEMATTE, DOCTOR EN FARMACIA, 52, RUE LA BRUYÈRE - PARIS-IX*

MUESTRAS Y LITERATURAS : SEÑORES JUAN MARTIN S. A. F.

ALCALÁ 9, APARTADO 310
MADRID

CONSEJO DE CIENTO 341 Y 343
APARTADO 698 - BARCELONA



DRENOL

ASOCIACION DE SULFATO MAGNÉSICO
PEPTONA Y MENTA

Indicadísimo para las
afecciones hepáticas y
vías biliares en general



INSUSTITUIBLE PORQUE:

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



DRENOL

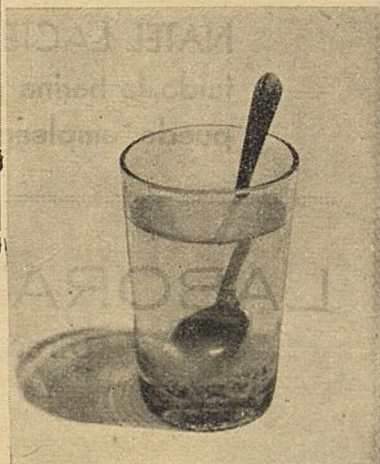
Fábrica de Productos Químicos y Farmacéuticos

ABELLÓ

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

AGENTES EXCLUSIVOS PARA ESPAÑA:

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



PROGRAMA PROFESIONAL

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

SUMARIO.—SECCIÓN PROFESIONAL: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—ACADEMIAS Y SOCIEDADES.—El Dr. Noguera y el Seguro Social de Enfermedad, por J. H. S.—Muerte de un médico ilustre: D. Nicolás Sánchez Real, por A. S.—En torno a las iniquidades del Reglamento: Todavía más difícil, por A. Lozano Borroy.—Ingratitud: Tres leyes, por Sisinio Crespo.—Se difiere la fecha de celebración del II Congreso Español Pro-Médico.—Facultad de Medicina de Madrid: Curso especial.—II Centenario de la Universidad de Harvard.—SECCIÓN OFICIAL.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Tertulia.

BOLETIN DE LA SEMANA

Foguera de por San Juan

Cada nuevo año es motivo de mayor actualidad y holgorio la celebración de fiestas como las llamadas *fogueras* de San Juan o fallas de San José, que, limitadas durante muchos años a Alicante y Valencia, van extendiendo su campo de atracción a muchas otras poblaciones de España.

Festejo es éste de un gran sabor tradicional, y que nunca mejor que ahora representa un holocausto ante la fecha sagrada de un día. Acaso el movimiento de publicidad de estas fiestas haya sido el motivo de despertar en nosotros el deseo de un comentario. Nos parece que en estos tiempos toda España es una *foguera* de por San Juan, en la que, por el disfrute y alborozo de unas horas, quemamos en vistoso espectáculo toda la representación de los valores culturales, artísticos y sentimentales de la Patria, deshechos en chispas y humo en este ambiente del junio que agoniza.

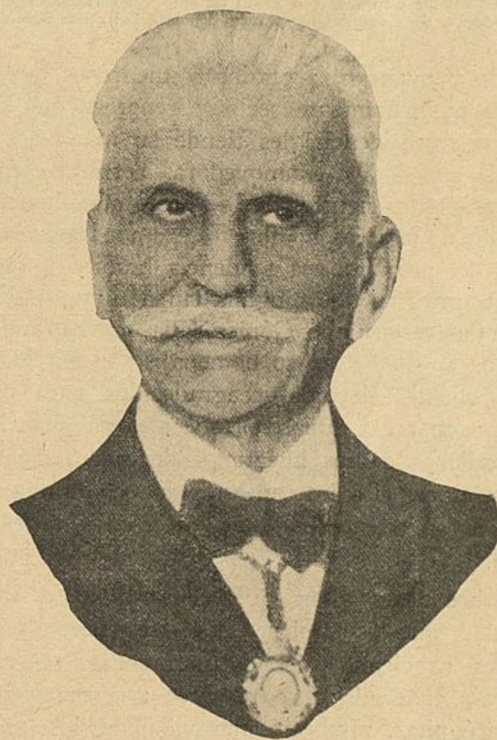
Decio Carlán también aspira a llevar en estos momentos unas figuras tradicionales y representativas de algo de la espiritualidad española a esta inmensa *foguera* de España, sabiendo que van a perecer entre las llamas devastadoras de la crítica pasional y ardiente de la actualidad.

Una de las figuras que pretende Decio Carlán llevar a la inmensa falla española es la de la ternura, forjada por las emociones que han sabido despertar en su ánimo dos hechos sobresalientes de esta semana: uno de ellos, relativo a un anciano glorioso; el otro, a la juventud huérfana y desvalida de nuestros compañeros.

Una Sociedad extranjera, la International Society of Medical Hydrology, en su última reunión ha tenido un movimiento candoroso y sublime para acercarse al lecho de dolor en que perece lentamente un anciano glorioso para la Medicina, el Arte y la Literatura española. Nuestro muy amado Presidente, el Dr. Amalio Gimeno y Cabañas, recibe, ciego y enfermo, en el 86 aniversario de su vida, el homenaje tierno y emocionante de esta Sociedad de sabios, que se llega a él para ofrendarle el título de honor que se merece quien tanto laboró por el prestigio de la ciencia hidrológica y representará en su historia uno de los hitos más visibles para las generaciones futuras. Y se llega al ilustre enfermo, con

un movimiento puramente sentimental, tierno y dulce, como el beso de un ser amado, a depositar una hoja más entre los laureles de su corona; a templar la amargura de los días tristes y oscuros en que ni el sol nace ni se pone en un alma que está ya del otro lado de las vanidades mundanas.

Figura magistral de este sentimiento que eleva el alma a las grandezas divinas, y que hoy parece des-



Nuestro muy querido presidente del Consejo de Redacción científica, el ilustre Prof. Amalio Gimeno, Conde de Gimeno.

terrado de la materialidad de los impulsos rectores de todas las actividades nacionales.

Reciba la Sociedad Internacional de Hidrología Médica el cálido testimonio de nuestro agradecimiento. Ese gesto tierno y señor de la ilustre Corporación científica ha sabido conmover, más hondamente que al corazón del interesado, los pechos nobles de quienes se educaron en su ejemplo y le acompañan en los momentos de su ocaso con todo el respeto y la veneración de los discípulos leales.

Junto de esta figura, queremos llevar a la gran *foguera* de por San Juan la de un grupo eminentemente dramático: un niño y una niña, desolados y tristes, se separan del montón obscuro de sus com-



El ilustre cirujano, con gesto de emoción cordial, va entregando su obsequio a las huerfanitas, mientras la noble y bondadosa señora de Gómez Ulla parece depositar el santo beso de su maternal sonreír sobre aquellas frentes torturadas por la desgracia.

pañeros y avanzan, azorados y medrosos, ante un hombre eminentemente recto y generoso que desde una mesa presidencial les tiende su mano acompañada de una dádiva conmovedora. Ternura ejemplar la de este acto, signifiante de cómo aún duerme en el fondo de algunos hombres ese amor hacia la desgracia del prójimo, esa tendencia heroica a reparar la desventura en que ninguna culpa tuvimos. El acto del ilustre cirujano Gómez Ulla, consagrando los ingresos aportados en su homenaje por nutrida masa de clientes devotos y agradecidos para consagrarla a cuarenta donativos que alegren unas horas las desdichas de los huérfanos de médicos es algo que estremece el ánimo en estos días como una esperanza en el momento de mayor agonía y desesperación.

Muchos dicen ahora que el sentimiento es una debilidad, que el hombre debe ser fuerte y abordar los problemas del destino como se extrae una raíz cuadrada o se resuelve una ecuación con dos incógnitas. ¡Imbécil maravilla de los tiempos modernos, a cuyo extremo no valía la pena de haber llegado y que refleja más la ignorancia bárbara de las generaciones actuales que un progreso que a todas luces se oculta!

Nosotros queremos hacer constar que, ante el compañero ciego y enfermo, moribundo día tras día en la tremenda soledad de su gran historia y de su limitado porvenir, y ante las espantosas tragedias de esos seres hijos de la carne y el espíritu de los compañeros muertos, que comienzan su marcha por la vida en la amarga desolación de su daño injusto, hemos sentido romperse el corazón y llenarse nuestros ojos de lágrimas, y con el consuelo dulce recibido por nuestro espíritu ante esas dos tiernas dádivas del homenaje y del apoyo, nos sentimos arrastrados a plasmar en estas columnas esas figuras, que resultarán quizá burlescas y escenográficas a

los ojos de la idiotez del día y que verán muchos arder en la foguera de por San Juan que desde los cuatro puntos de nuestra muy querida España lanza sus chispas criminales y sus humos asfixiantes a perderse en la inmensa vacuidad del éter.

DECIO CARLÁN.

ACADEMIAS Y SOCIEDADES

ACADEMIA MEDICOQUIRURGICA

Presidencia. Dr. V. M. Nogueras

(Sesión del 15 de junio de 1936.)

A PROPÓSITO DE SIETE CASOS DE APENDICITIS Y ÚLCERA DUODENAL, por el Dr. José Antonio Sánchez Martínez.

Comienza pidiendo benevolencia a los académicos al juzgar este trabajo que esta tarde trae a la Academia, inaugurando así su entrada oficial en la misma, lo cual le llena de honra, y dice cómo va a exponer con toda detención estos siete casos por él observados en la clínica quirúrgica que en la Facultad de Medicina dirige su maestro el Prof. León Cardenal. De éstos, cuatro casos pertenecen al tipo de cólicos apendiculares típicos, dos, al de formas dispépticas puras, y uno, a la forma dispéptica descrita por Skintres en un trabajo, hace ya tiempo aparecido. A continuación, con gran profusión de datos, tanto de orden clínico como de laboratorio y radiognóstico, que proyecta, el Dr. Sánchez Martínez reseña las historias clínicas antedichas. Pasa a continuación revista a todos los trabajos sobre este tema escritos hasta el día por autores nacionales y extranjeros, haciendo un análisis muy detenido de cada uno de ellos. Pasa, acto seguido, a leer las conclusiones de su trabajo, en las cuales dice así:

1.ª Es innegable la existencia de un reflejo neuro-humoral, apendículo, gástricosintomizante de las funciones motoras y secretoras gástricas.

2.ª Como reflejos apendiculogástricos normales podemos considerar los tres siguientes: a) Hiperperistaltismo con espasmo de píloro. b) Hiperperistaltismo con

liperevacuación. c) Atonía con espasmo de píloro. Sus diferencias se deben, según el autor, a las distintas genotipificaciones neurohumorales, más que a las diferencias de intensidad del estímulo reflejo.

3.^a En las inflamaciones apendiculares, los plexos ganglionares nerviosos situados en la encrucijada cecoapendicular, actuando como espina irritativa, lanzarían reflejos subintrales y reforzados, pero normales.

4.^a En los casos expuestos de lesiones ulcerosas y apendiculares simultáneas presentaban un fondo genotípico anatómico, con ligero predominio vagal. El reflejo cecoapendicular era en estos casos el de tipo B.

5.^a Los cuadros disiónicos de estos enfermos eran iguales a los de los ulcerosos del tipo segundo.

6.^a Por cuadros evolutivos clínicos, estos enfermos mostraban una tendencia a la curación una vez extirpado el apéndice, y una persistencia atenuada del cuadro disiónico y neurohumoral; estimamos, pues, que el apéndice inflamado actúa como espina irritativa, exagerando la inestabilidad del vagosimpático y actuando como causa mediata del úlcus duodenal.

Dr. Felipe Sicilia.—Le dice al autor cuánto interés tienen los procesos dermatológicos en su relación con los por él expuestos.

Dr. Juan Madinaveitia.—Estima la necesidad de estudiar bien al enfermo antes de operarle, para que no se den casos de ver un proceso y el otro no, lo cual irroga al paciente grandes molestias. Dice cómo, a su juicio, ni los análisis ni las radiografías pueden dar un diagnóstico fijo e inamovible. Pide se le conceda en clínica el valor que merece, y que hoy no se da, a la válvula ileocecal.

Dr. Eusebio Oliver.—Estima mucho más complejo que lo que dice el Dr. Sánchez Martínez el problema de las disomías, y a continuación dice cómo en gastropatología nunca se ven enfermos puros.

Dr. Muñoz Areños.—Tan sólo le recuerda al comunicante una cita bibliográfica.

Dr. San Román y Rouyer.—Le dice al Dr. Sánchez Martínez cómo pudo asistir el pasado año, en un balneario al que asistió, a muchos enfermos como los por él expuestos en sus historias.

PRIMEROS RESULTADOS OBTENIDOS CON EL INSULINATO DE PROTAMINA, por los Dres. Manuel Izquierdo y Antonio Palacios.

Hagedorn, Jensen, Krarup y Wostrup, de Copenhague, han publicado recientemente sus primeros resultados conseguidos con una nueva preparación de insulina. Root, Prscill, White, Marble y Stotz, han confirmado los anteriores trabajos, así como Scott (en mayo). El fundamento y la base de todos estos estudios son los siguientes: Desde el descubrimiento de la insulina y, sobre todo, al generalizarse su empleo a la mayoría de los diabéticos, ya que al principio sólo se usaba en los casos de acidosis y coma, se vió claramente que esta apoterapia sustituía, sí, a la fisiología, pero en forma bien distinta, por su brusquedad, a como el organismo lo hace, pues, por ser preciso administrarla en inyección, no se podía aprovechar en iguales condiciones que las normales. Desde hace años se pretende encontrar una forma de administración que se parezca, por su lentitud de absorción, a la normal increción de insulina por los islotes de Langerhans.

La inyección de insulina en forma de suspensión o emulsión en aceite, propuesta por Leyton en 1929, tenía

tales inconvenientes—formación de oleomas, inconstancia cronológica en la absorción, etc.—, que fué, a poco, abandonada. La inyección simultánea de insulina y sustancias vasoconstrictoras estudiada por Clausen tampoco dió resultados, y, en muchos casos, no estaba exenta de peligros.

Ultimamente se ha pretendido inyectar un compuesto de insulina que, sin alterar las propiedades de ésta, sea poco soluble en los líquidos tisulares, y Hagedorn y sus colaboradores antes citados lo han conseguido mezclando la insulina con protaminas extraídas del esperma de peces, en la proporción de un 10 por 100 en peso. Este insulinato de protamina debe tener un pH de 7,3. Así se consigue que en el tejido subcutáneo quede depositado un líquido de concentración prácticamente constante en insulina y partículas sólidas, cuya cantidad va disminuyendo. Esta es la base de una absorción lenta de la insulina. La solubilidad de estos compuestos es mejor que en el agua, en el plasma de los tejidos, y en él es la menos soluble de todas las combinaciones de la insulina con una monoprotamina extraída del esperma del salmón.

Esta insulina lenta se presenta en tubos como los actuales, a los que es preciso añadir para obtener el pH adecuado una solución de fosfato sódico de 10 por 100 en proporción de 1 cc. de éste por 5 cc. de insulinato de protamina. La mezcla, que se hace en el mismo tubo de la primera, por inyección de la segunda a través de su tapón de goma, sólo es utilizable durante ocho días, y toma aspecto lechoso, siendo preciso agitarla antes de su empleo.

La inyección, hipodérmica o intramuscular, se realiza con la misma técnica de la insulina corriente, pero hay que tener en cuenta, al medir esta insulina con la jeringuilla adecuada, que la dosis queda reducida en un sexto, por la adición de la solución alcalina.

La acción directa del insulinato de proteína sobre la glucemia es como sigue, en un caso nuestro, poniendo al nivel de las cifras las obtenidas con igual número de unidades de la insulina pura, en el mismo enfermo. (D. 492 de nuestra consulta del Servicio del Prof. Marañón.)

	Insulina lenta	Insulina pura
Glucemia inicial, en ayunas.	1,54	2,05
<i>Inyección de 16 u (en ambos casos): ++</i>		
A la media hora.....		1,78
A la hora.....	1,53	1,15
A la hora y media.....		0,80
A las dos horas.....	1,33	0,53
A las tres horas.....	1,10	0,53 (1)
A las cuatro horas.....	0,87	
A las cinco horas.....	0,89	

Claramente se aprecia con las cifras de glucemia señaladas—obtenidas todas con la técnica de Hagedorn y Jensen—que la reacción hipoglucémica es mucho más lenta con el insulinato de protamina que con la insulina pura. La cifra más baja se obtiene a las cuatro horas, con la primera, sin que se observe síndrome hipoglucémico alguno. Y queremos insistir sobre ello, porque con esta nueva preparación de insulina no lo hemos visto nunca, ni en los niños siquiera, que han tolerado doble

(1) Síndrome hipoglucémico, ingestión de azúcar terminándose la prueba.

número de unidades de la insulina pura. Depende esto, a nuestro juicio, de que precisamente por la lentitud en el descenso de la glucemia, el organismo tiene tiempo de poner en acción todos sus recursos hiperglucemiantes, cosa que no ocurre con la insulina pura, que ejerce una acción rápida y violenta sobre la glucemia. Además, está demostrado que el síndrome hipoglucémico—el síndrome clínico—no es consecuencia de una cifra determinada de glucemia, sino de una brusca alteración de las mismas.

Fácilmente se comprende, con el estudio de las cifras adjuntas, las enormes ventajas del insulínato de protamina. A la hora de la inyección de 16 unidades, en un enfermo con glucemia discretamente elevada, no se obtiene descenso alguno, en tanto que, con la dosis de la antigua insulina, ha provocado una baja de cerca de un 43 por 100.

El estudio de las glucemias, a distintas horas, en diabéticos sometidos a régimen adecuado y dosis convenientes de insulina lenta, nos demuestran, en los casos graves, naturalmente, que las reacciones hiperglucemiantes de los alimentos y las hipoglucemiantes de la insulina son mucho menores que cuando empleamos la insulina pura. El detalle de todas nuestras historias clínicas será objeto de otro trabajo, pues en este sólo ofrecemos un rápido resumen de nuestra experiencia de 10 casos estudiados durante un mes.

El momento de la inyección de esta insulina lenta es distinta de la pura. Nosotros, en enfermos tratados con sólo la lenta, la inyectamos a las ocho de la mañana—una hora antes del desayuno—y a las siete o las ocho de la tarde—una o dos horas antes de la cena—, obteniendo, en enfermos graves siempre, iguales resultados que con las tres clásicas inyecciones del desayuno, comida y cena, aunque es preciso administrar dosis algo más elevadas. Pero como repetimos que nunca hemos observado un síndrome hipoglucémico, y el enfermo se ahorra una inyección, el hecho en sí no tiene más importancia que la crematística.

En algunos casos, en enfermos con elevada glucemia, en ayunas, es conveniente inyectar por la mañana la insulina pura para obtener un rápido descenso del azúcar sanguíneo, continuando el resto del día el tratamiento con la lenta, y de esta manera conseguimos una normoglucemia en pacientes que antes del empleo del insulínato de protamina que describimos era totalmente imposible.

Además, la acción sobre la acidosis de este nuevo preparado de insulina es de sumo interés. Ha sido estudiada—dosificando la excreción de amoníaco—por Hagedorn y sus colaboradores, así como por Scott. Nosotros hemos comprobado estas observaciones en cuanto a la eliminación de acetona. Los diabéticos graves con grandes variaciones de su glucemia tienen casi siempre un estado de acidosis, provocado por la misma insulina, a consecuencia de los fuertes descensos de la glucemia: son las acidosis por hipoglucemia, tan admirablemente descritas por nuestro maestro Marañón. Pues bien, al no producirse estas alteraciones bruscas e intensas del azúcar hemático y al metabolizarse todos los hidratos de carbono ingeridos, lenta, pero continuadamente—a la manera que el organismo fisiológicamente lo hace—, desaparecen esas acidosis, imposibles de quitar con la insulina pura.

Esta es la causa de una observación clínica no señalada por los que hasta ahora se han ocupado del insulínato de protamina; y es que los niños tratados con la

insulina lenta duermen mucho mejor que cuando se les administraba la insulina pura, ya que ésta altera su sueño por hipoglucemias y consiguientes acidosis.

Las ventajas del insulínato de protamina son, en resumen, las siguientes:

Su acción lenta sobre la glucemia y, por tanto, sobre el metabolismo, que coloca al organismo diabético en condiciones análogas o muy parecidas a las fisiológicas.

El poderse administrar dos y tres horas antes de la ingestión de alimento.

El no producir—correctamente empleada—síndromes hipoglucémicos, imposibles de evitar, sobre todo en los niños, pese a toda nuestra corrección terapéutica, con la insulina pura. La menor frecuencia con que se producen acidosis. El poderse emplear en enfermos en que no son convenientes alteraciones violentas de la glucemia—cardíacos, etc.—. El reducir el número de inyecciones.

Los inconvenientes son: su lentitud de acción, por lo que no debe emplearse en el coma ni en los estados de acidosis graves que exijan una terapéutica rápida. Los estados infecciosos, en los que parece carecemos de experiencia propia, su acción es mucho menos eficaz que la insulina pura. Y apuntamos una última desventaja, que suponemos, pues por el poco tiempo que hace la empleamos, no la hemos observado: la posibilidad de que las alteraciones hipodistróficas de los tejidos de origen insulínico sean mayores que con nuestra antigua insulina.

Pero todos estos inconvenientes no son verdaderos inconvenientes, sino contraindicaciones para emplearla en lugar de la insulina pura, pues ambas se complementan.

UN CASO DE SÍNDROME DE CUSHING, por los Dres. Barrio de Medina y Guijosa.

Se trata de una enferma, de treinta y dos años, que hace ocho comenzó a engordar, a la vez que aparecía una amenorrea. La obesidad se acompañó de aparición de barba y bigote, caída del cabello y de los dientes, a más, intensa presbicia. De un año a esta parte, se sumó a estos signos un síndrome diabético, con polinuria, de cinco litros, polidipsia y adelgazamiento de 23 kilos. Se encuentra en la exploración: la obesidad, de tipo viriloide; una hipertensión de 18/11; una curva típicamente diabética, un metabolismo basal de + 24 por 100, falta de globulia, y cifras de calcio y fósforo en sangre, normales. En la radiografía de la silla turca no se ve nada de anormal. El Dr. Guijosa hace sobre el diagnóstico del presente caso interesantes consideraciones, y elimina del mismo el síndrome de Froehlich, y trata el complejo problema del basopilismo hipofisario, hoy día tan debatido por todos los autores, con citas de los Profres. Baüer y Kraus, contrarias a la concepción patogénica de Cushing. Se extienden los autores sobre los nuevos conceptos de la hipófisis como "cerebro endocrino" y también acerca de la independencia "hipofisodienrefaloepifisaria", que forma un todo, difícilmente separable. Sugieren que el Cushing podría denominarse "senectud hipertónica precoz", ya que los síntomas del proceso son contingencias que no pasan de ser banales en la vejez. Entraría, por tanto, esta enfermedad en el grupo de las que Rossle denominó "desarrollo o envejecimiento disarmónico".

Dr. Izquierdo.—Le pregunta si el trastorno diabético de la enferma lo era realmente.

Dr. Oliver Pascual.—Dice el interés que en la enferma habría tenido el estudio de las hormonas hipofisarias en sangre y orina.—J. H. S.

SEMINARIO DE ESTUDIOS DE NEUROLOGIA
Y PSIQUIATRIA

HOSPITAL PROVINCIAL DE MADRID

Servicio de los Dres. Huertas y Villaverde.

(Sesión del día 14 de mayo de 1936.)

EL SÍNTOMA DE ARGYLL-ROBERTSON Y SU IMPORTANCIA
EN LA CLÍNICA, por el Dr. Villaverde.

En 1869, Argyll-Robertson se ocupó de cuatro casos de "miosis espinal", y después se demostró que el síntoma en cuestión estaba en relación con la sífilis. Pero en estos últimos tiempos se ha visto que puede hallarse en dolencias del sistema nervioso central cuya naturaleza no es luética, aunque haya autores que se oponen de una manera terminante a esta manera de sentir. Quizá en el fondo de esto ocurra que no hay acuerdo sobre lo que debe entenderse por el síntoma en cuestión.

En la clínica, con gran frecuencia se habla de un síntoma Argyll sin tener en cuenta detalles que no se debieran olvidar. Entre éstos, se hallarían: la integridad de las retinas y su completa excitabilidad a la luz; la miosis; la falta de reacción de las pupilas a la luz, sea cual fuere su intensidad; la contracción a la acomodación; la dilatación imperfecta a la atropina; la dilatación de la pupila al dolor.

Para algunos autores no existiría signo de Argyll si no se reúnen estas condiciones. Y si las cosas ocurrieran de esta manera, es cuando podría hablarse de que sólo en la lúes se produce el signo de Argyll. Pero las cosas no ocurren siempre así, y algunos de los elementos citados pueden faltar, aunque se hable de un Argyll, lo que para muchos neurólogos es del todo correcto.

Al lado de este signo verdadero de Argyll existiría otro falso. La "pupila miotónica"—se contrae con extrema lentitud a la luz y a la convergencia, y se dilata luego de la misma manera—se uniría alguna vez a la ausencia de reflejos rotulianos. A esto se le conoce con el nombre de "síndrome de Adie"—por haber sido descrito por este neuropatólogo en 1932—, y entonces las reacciones de la sangre y del líquido, en el sentido de la lúes, serían negativas. Este síndrome no sería de origen específico.

Para comprender la anatomía y la fisiología del signo de Argyll se han propuesto varios esquemas. Algunos son de oculistas especializados en problemas neurológicos—Wilbrand, Behr, etc.—. Otros han sido lanzados a la publicidad por neurólogos conocedores de los problemas del sistema de la vida vegetativa—L. R. Müller, etcétera—, y todos contienen parte de verdad.

Las vías pupilomotoras, según los estudios de Behr, se entrecruzarían sólo parcialmente en el quiasmo. La excitación de las cintas ópticas produce miosis—Kreidl, Karpus, etc.—. Las fibras en cuestión van al tubérculo cuadrigémino anterior—cerebro medio—y no al cuerpo geniculado externo—cerebro intermedio—. La excitación del brazo conjuntivo del tubérculo cuadrigémino anterior produce también miosis. La excitación del tubérculo cuadrigémino anterior, en cambio, produce midriasis.

Los axones emanados de las neuronas del tubérculo cuadrigémino anterior se bifurcan, tal y como Ramón y Cajal ha demostrado. Una rama pasa al otro lado—a través de la comisura posterior—, y el otro se queda en

el mismo lado. Ambos van a terminar a los núcleos oculomotores. La excitación de la comisura posterior—realizada en estos últimos tiempos por Ranson—ha producido miosis. También ha visto que la excitación entre la comisura posterior y el núcleo oculomotor produce una miosis unilateral. Las fibras fotomotoras que se han cruzado en el quiasma vuelven a hacerlo en la comisura posterior, y esto explica cómo la lesión de las fibras, después de este segundo entrecruzamiento, da lugar a un signo de Argyll unilateral.

En el hipotálamo existe una región en la que se produce una midriasis, por su excitación. Y éstas son las fibras que, excitadas al nivel del tubérculo cuaringémino anterior, determinarían la midriasis, como antes hemos dicho. Estas fibras descienden en el mesencéfalo, la protuberancia y el bulbo, y van a terminar en la medula cervical inferior, al nivel del centro llamado iridodilatador.

Una lesión que se hallara situada en la región de la calota peduncular, delante de la comisura posterior, donde las fibras fotomotoras van a terminar al núcleo del tercer par, produce el signo de Argyll. A este nivel se lesionan también las fibras simpáticas iridodilatadoras citadas, delante del fascículo longitudinal posterior, y fuera de la formación reticulada. Se produciría por ello miosis con una pupila insensible al dolor y dilatándose mal por la atropina.

A este nivel, una lesión cualquiera, un tumor, por ejemplo, produce el síntoma de Argyll. Kinnier Wilson y Guillain son de esta opinión, y por ello creen que el síntoma en cuestión tiene una verdadera significación, más que por la naturaleza de la lesión, por el sitio donde radica.

Para Berheim, el centro de la contracción de la pupila—al que irían a terminar las fibras de la parte centripeta del reflejo—sería el núcleo de Westphal-Edinger. Para otros, los dos núcleos medios de pequeñas células. (Ruge.)

Las fibras centrífugas del arco reflejo marchan en el tronco del tercer par. De esta manera llegan al ganglio ciliar, cuya naturaleza motora parece ser algo indiscutible. Aquí terminan las fibras de la raíz correspondiente del tercer par, en torno a las neuronas del ganglio. Los axones originados en éstas forman los nervios ciliares y termina en el iris. La destrucción del ganglio ciliar produce midriasis, después que ha desaparecido una miosis transitoria. La excitación eléctrica del ganglio ciliar produce miosis y sensaciones dolorosas.

En diversas enfermedades ha sido estudiado el ganglio ciliar por Marina. En los abscesos de la órbita, rabia, tétanos, tuberculosis, etc., ha visto que las células se hallaban en estado de atrofia con acromatosis. En el tabes y en la parálisis general, la atrofia de las células del ganglio eran más manifestas.

Langbey y Dickinson han visto que la acción de la nicotina sobre el ganglio ciliar del gato se traduce en una parálisis total del esfínter y del músculo ciliar.

La vía del reflejo a la convergencia se halla constituida por un centro corticar—voluntario—, que existe, verosíblemente, en la segunda circunvolución frontal. El entrar en juego este centro supone que intenvengan los rectos internos, el músculo ciliar y el iris. El sistema de proyección de este centro se halla constituido por axones que descienden por la substancia blanca, cápsula

interna y pedúnculo cerebral, para llegar al núcleo del tercer par.

En la tabes, el signo de Argyll se presenta en un 80 por 100 de los casos. En la parálisis, es mucho menos frecuente, y sólo se veía en la mitad de los enfermos con tal dolencia. En cambio, se ve con gran frecuencia una rigidez total de la pupila. También en algunos enfermos luéticos antiguos, con alteraciones del líquido, se ve el signo de Argyll.

En la encefalitis epidémica se ve alguna vez el síntoma de Argyll. Más frecuente en esta enfermedad es que haya falta de la reacción pupilar a la convergencia con conservación de la contracción a la luz. En la esclerosis en placas se ha observado alguna vez el síntoma de Argyll, así como también en el alcoholismo crónico.—E. P. S.

* * *

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

Conclusiones aprobadas por esta Sociedad relativas a la comunicación del Dr. Franco Martínez: "Los ruidos en las poblaciones".

1.^a La Sociedad Española de Higiene ruega al excelentísimo señor alcalde y concejales del Ayuntamiento de Madrid que organice una campaña en pro de la tranquilidad de la población de la capital de la República hasta conseguir disminuyan los ruidos nocturnos y los que innecesariamente se producen durante el día. La Sociedad Española de Higiene ayudaría, proporcionando conferenciantes, folletos, artículos periodísticos, etc.

2.^a Como base fundamental, cuenta nuestro Ayuntamiento con lo previsto en sus ordenanzas y en el Reglamento de circulación. Prohibición de emplear señales acústicas de once de la noche a seis de la mañana. Prohibición de pregonar periódicos después de las doce ni hacerlo con gritos desacompañados. Ocasionar ruido alguno en las calles después de las doce, y demás preceptos en ellas contenidos.

3.^a Como medidas eficaces para modificar las costumbres y producir menos ruido debemos obligar a que los espectáculos terminen a la una y la expendición de bebidas alcohólicas a las doce.

4.^a Toda clase de ruidos domésticos, familiares, mercantiles, industriales que tengan trascendencia al exterior deben terminar a las once, y, dentro de las viviendas, a las doce, excepto en industrias de indispensable funcionamiento y con las modificaciones que puedan disminuirlos.

5.^a Los ruidos callejeros de todas clases estarán sometidos a lo que prescriben las Ordenanzas municipales; se exigirá el uso de silenciadores eficientes, debidamente comprobados, para los automóviles y motocicletas.

Se exigirá que el ruido producido por las bocinas y claxons esté comprendido entre los niveles sonoros que fijen las autoridades, aproximadamente de 85 a 90 decibels a siete metros; asimismo, el tono o frecuencia de éstos será de 200 a 300 vn. períodos por segundo.

6.^a Se crearán zonas de silencio alrededor de Hospitales, centros de enseñanza y establecimientos que lo soliciten y se les conceda.

7.^a Sería conveniente que el Ayuntamiento de Madrid organizara una oficina encargada de centralizar y dirigir cuanto se refiera a amortiguar o extinguir los

ruidos urbanos, estudiando los perjuicios del ruido en sus varios aspectos, determinando los remedios y proponiendo las medidas legales más convenientes a estos efectos.

8.^a La Sociedad Española de Higiene debe elevar una exposición de razonamientos al ministro de la Gobernación y los ruegos que hacemos al Ayuntamiento de Madrid para que aconseje u ordene a los gobernadores y alcaldes de poblaciones de alguna importancia tengan cuidado con cuanto se refiere a ruidos molestos, fáciles de evitar.

9.^a Además de la campaña oficial contra los ruidos, la Sociedad Española de Higiene creará o ayudará a las Ligas de vecinos contra los ruidos.

Conclusiones aprobadas por esta Sociedad relativas a la comunicación del Dr. D. Tomás de Benito Landa sobre "Necesidad de incrementar y hacer oficial la vacunación contra la tuberculosis por el B. C. G".

1.^a La vacuna B. C. G. de Calmette-Guerin, dada por vía oral, al niño recién nacido, no le produce trastorno funcional alguno y su práctica debe incrementarse, al objeto de que sus beneficios alcancen el mayor número posible de niños.

2.^a Nuestra experiencia en más de 5.000 niños vacunados sistemáticamente contra la tuberculosis por el B. C. G., en los distritos de Universidad, Centro y Chamberí, de Madrid, nos demuestra que dicha vacuna disminuye positivamente la mortalidad infantil general, debido, indudablemente, a la relativa inmunización que contra una tuberculosis grave confiere al niño.

3.^a Dada la gran difusión que la vacunación por el B. C. G. ha adquirido en España, se hace necesario organizar debidamente este servicio, encomendándolo a aquellas instituciones o laboratorios que cuenten con elementos bastantes a realizarla, con arreglo a las normas científicas y sociales preconizadas por sus autores, siempre bajo la vigilancia del Estado.

4.^a El Estado, que tiene contraída una deuda de gratitud con el genial bacteriólogo español Dr. Ferrán, deberá cancelarla en merecido homenaje, organizando una investigación sobre los efectos preventivos de la vacuna antialfa contra la tuberculosis.

El Dr. Noguera y el Seguro Social de Enfermedad

El pasado sábado, en el Colegio de Médicos, con asistencia de un gran número de éstos, tuvo lugar la conferencia semanal del cursillo del Seguro Social de Enfermedad, estando la misma a cargo del periodista médico Dr. Enrique Noguera, la cual fué por éste intitulada "Posición de los médicos ante el Seguro Social de Enfermedad, adoptada libremente en el Primer Congreso Pro-Médico". Después de las rituales frases de presentación por el presidente del Colegio, Dr. Velasco Pajares, el orador comenzó diciendo:

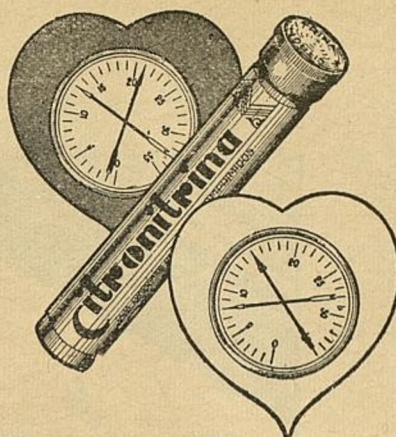
"Quiero agradecer de todo corazón a la Junta directiva del Colegio de Médicos y a su dilecto presidente el que me hayan traído a este sitio en calidad de modesto representante del Primer Congreso Pro-Médico de Zaragoza, celebrado en octubre último, y así voy a tratar de haceros una real pintura de lo que aquél fué en su relación con este tema; pero antes quiero deciros a qué

*Para sus hipertensos
y arterioesclerosos.*

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

Citronitrina

Vergés & Oliveres



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

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

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

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

VERGÉS & OLIVERES
Laboratorio Quimioterápico del Ebro
TORTOSA

MUESTRAS GRATIS A LOS SEÑORES MÉDICOS



LINITUL

Compresas de tul engrasado y esterilizado a 120°

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

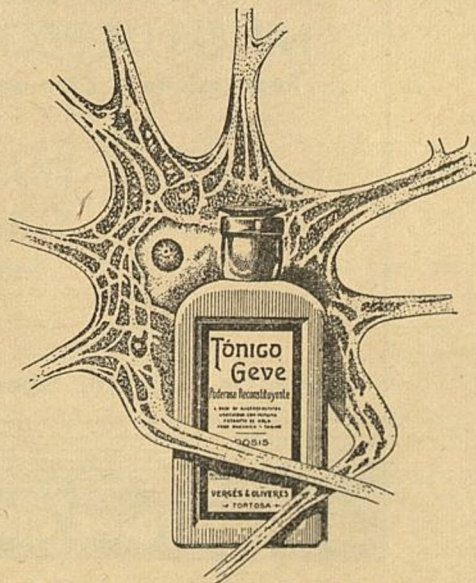
El apósito ideal, tanto en las curas de alta como de pequeña cirugía

PÍDANOS MUESTRAS Y LITERATURA

LABORATORIO QUIMIOTERÁPICO DEL EBRO
VERGÉS & OLIVERES - Tortosa

TÓNICO "GEVE"

Granulado a base de glicerofosfatos asociados a la kola y con pepsina



TÓNICO "GEVE"

fija el calcio de su composición al elemento celular

Dosis. *Adultos:* Cucharadita de las de café, bien llena, después de la comida y cena.—*Niños:* Mitad dosis.

Muestras gratis
a los señores médicos

VERGÉS & OLIVERES
Laboratorio Quimioterápico del Ebro
TORTOSA

GÉLOTANIIN

TANATO DE
GELATINA



CHOAY

**DIARREAS DE LOS
NIÑOS DE PECHO**

Paquetes de 0,25 gramos.

**DIARREAS
ESTIVALES**

Sellos de 0,50 gramos.

**DIARREAS DE LOS
TUBERCULOSOS**

Sellos de 0,50 gramos.



Agente General para España: **E. BOIZOT.**

Luis Cabrera, 47. MADRID
Salmerón, 247, pral. BARCELONA
Av. 14 de Abril, 16. VALENCIA

LABORATOIRE CHOAY - 48. Rue Théophile Gautier. PARIS (XVI^e).

obedeció la convocatoria que para él se hizo. El estado de inquietud y de zozobra con que se anunciaba hace un año la implantación del Seguro, el cual siempre había sido por los Gobiernos sistema de amenaza, tenía consternada a la clase médica, más que, por autores de gran valía, entre ellos el famoso Eppinger, se decía los funestos resultados de este sistema, y todo este malestar aumentó al saber el Convenio adoptado por nuestro Gobierno de implantar el Seguro en la Asamblea de Ginebra, y que llegó a un acmé al implantarse el de Maternidad; por esto fué por lo que nosotros nos decidimos a lanzar por la Prensa científica y diaria la convocatoria de dicho Congreso, en el cual, con un espíritu de libertad magnífico, a todos se escuchó con respeto, por muy dispares que fueran sus ideas en el terreno político y profesional, y así se oyeron igual las voces de los sanitarios que entonces eran gubernamentales como de los médicos que hoy ostentan la investidura de diputados comunistas. Y ahora voy a pasar ante vuestros ojos la película oral del desarrollo de la sesión que el 7 de octubre de 1936, en el gran anfiteatro de la Facultad de Medicina de Zaragoza se dedicó al Seguro Social de Enfermedad por el Primer Congreso Pro-Médico Español. Presidían la sesión los Dres. Enrique Bardají y Alejo Diz Jurado, ponentes oficiales; Nicolás Martín Cirajas, presidente adjunto; Angel Abos, presidente efectivo, y presidentes de los Colegios de Madrid y Barcelona, doctores Velasco Pajares y Brossa; de secretarios actuaban los Dres. Galán y Cortejosa. Abierta la sesión a las nueve de la mañana por el Dr. Abos, concede la palabra al Dr. Bardají, y acto seguido al Dr. Diz Jurado, los cuales leen sus conclusiones—las cuales no insertamos de nuevo, por ser ya conocidas íntegramente por nuestros lectores, por haberse publicado en su día en esta Revista las ponencias íntegras. Al terminar la lectura el doctor Diz Jurado se abre la discusión, siendo el primero en pedir la palabra el Dr. Francisco Haro. Este dice que los Seguros ya han sido ensayados en nuestro país, y como el de Maternidad, ha dado resultados muy medianos, tanto en su aspecto científico como económico, por lo cual el Congreso debe acordar que la entidad que hoy se ocupa del de Maternidad no se ocupe del de Enfermedad. El Dr. Quílez estima cómo los titulares deben acoger la parte propuesta por el Dr. Palanca, y cómo en lo referente a la inspección deben pedir sea llevada a cabo por titulares con más de veinte años en activo. Dice cuán grande es el peligro de la libre elección, que favorecería al esquirolo y desmoralizaría al médico. En cuanto a la libre elección en medios urbanos, expone el mayor peligro de la misma.

Don Angel Navarro Blasco analiza con gran detención el Convenio de Ginebra en cuanto a su aplicación en mineros y labriegos, y cómo el Seguro, con ingresos fijos y gastos variables, va a la ruina si antes no se establece el de Paro. Estima cómo el Seguro lo deben llevar patronos, médicos, obreros y Estado, y cómo no puede encargarse a entidades fracasadas en otros Seguros de tipo semejante.

A continuación hizo uso de la palabra el Dr. Ferrer. En muy breves palabras expone cómo el Seguro no puede tener "contras", y cómo el Estado debe sostenerlo dentro de unos límites que no salgan de la Sanidad.

El Dr. Sanz Barrio dice cómo conviene fijar quién va a administrar las prestaciones del Seguro; cree lo mejor será lo haga el Estado, porque unificará la unidad

de acción y de fondo. El Dr. Daniel Ortega propone varias enmiendas, entre otras, que se reconozca que el Seguro de Enfermedad sólo podrá implantarse con una economía socialista, que se halle dirigido por médicos, farmacéuticos y asegurados, con el control del Estado; que el Seguro sea pagado íntegramente por el patrono, cuando el asegurado sea obrero, y por el Estado o Ayuntamiento, si se trata de un parado. Igualmente propone sean nombrados los médicos por representantes de los asegurados obreros y no obreros, y médicos; la jornada de trabajo para el médico será de ocho horas al día, sueldo mínimo de 8.000 pesetas y no más clientela que la del Seguro. Es obvio decir lo dicho por el Dr. Astigarraga, que llevó a Zaragoza la representación de los médicos de Sociedades, ya que en este cursillo se ha oído no hace muchas semanas su autorizada voz, bien que con carácter particular en ésta. El Dr. Canal expresa su opinión de que la voz de Cataluña se oirá por los dignos representantes que con carácter oficial asisten a esta Asamblea.

A seguida, el Dr. F. Navarro Blasco hace una descripción y crítica minuciosa del Seguro de Maternidad, y dice si debe desglosarse del Seguro de Enfermedad el aspecto económico, si la clase médica debe recabar para sí la organización del mismo con la garantía de los Colegios Médicos, y, por último, si los Poderes públicos desoyesen los razonados argumentos de la clase médica, organizando el Seguro de Enfermedad con normas análogas a las del Seguro de Maternidad, la clase médica deberá inhibirse en absoluto, dejando a las entidades político-financieras la responsabilidad íntegra del Seguro.

En representación del Sindicato de Médicos Catalanes hizo uso de la palabra el Dr. Corachán, actual Consejero de Sanidad del Gobierno de aquella región, quien dijo cómo aquel Sindicato se hallaba en relación constante con todos los Colegios de Médicos de España, y cómo estima, en resumen, debe conservar la Medicina del Seguro obligatorio los caracteres de la ordinaria, orientándola hacia una Medicina preventiva, y reducir al mínimo los intermediarios, con el fin de evitar el encarecimiento y entorpecimiento de la asistencia, que perjudican al enfermo y desprestigian al facultativo.

El Dr. Camon opina no se puede discutir, por razones internacionales, la implantación del Seguro, y tampoco se puede, habiendo en nuestro país Seguro particular, elegir como convenientes los aspectos de índole social y económica del mismo.

El representante del Colegio de Médicos de Barcelona, Dr. Brossa, estima cómo debe huirse del médico funcionario y hacer del mismo uno de los dueños del Seguro y no un asalariado del mismo. El Dr. Cameno pide un reconocimiento de trabajos extraordinarios para el médico, más cuando éste pone honda emoción en su trabajo; y el Dr. Ruiz Heras, en nombre de los médicos titulares, expone esta enmienda a la conclusión cuarta de la ponencia del Dr. Bardají: "El Seguro Social de Enfermedad se organizará en el medio rural con los médicos titulares."

El Dr. Barrio de Medina teme que no se haga más que un simulacro de Seguro, y estima cómo deben nacionalizarse todos—mercantiles y sociales—, para que el Estado pueda así afrontar los grandes gastos del mismo. Fundándose en que, en aquellos países en que la tuberculosis se ha considerado dentro del Seguro, ha fracasado éste, incluso en Italia, que hay Seguro de Tisio-

logía, dice debe hacerse un reconocimiento de esta índole antes de entrar en el mismo, y aquellos que tengan lesiones de tipo agudo serán rechazados, y los de tipo regresivo pagarán mayor cuota.

En nombre de la Comisión oficial del Seguro, hizo uso de la palabra D. Higinio París. El mismo hizo, con gran número de argumentos, las siguientes aseveraciones: el Seguro, probablemente, estará en quiebra desde el momento de su implantación: es una nueva carga para los Ayuntamientos, agravará la situación de los trabajadores y la económica de los médicos, siendo, a más, un bloqueo para las aspiraciones de tipo sanitario de éstos. Por último, a la vez que deshace el actual sistema de beneficencia, crea una jurisdicción especial para los médicos.

El Dr. Tamparillas pide a la clase que preste su mejor ayuda al Seguro, que intervenga de un modo directo en la organización científica, llevando la administrativa las Mutualidades; que los beneficios, descontando los gastos, sean para mejorar el Seguro, y que se halle la inspección a cargo de médicos. Rodríguez Cano pregunta el tipo del mismo, la elección de médicos y otros extremos, que hoy pregunta a todos vosotros nuestro Colegio. Y el Dr. Juste pide, no sólo no se implante, sino que se mejore la Beneficencia y se haga un Seguro de Enfermedades evitables. Colmeiro cree deben dirigirlo los médicos, y Gómez Salvo pide información; Carrasco pide lo deesmenen titulares; Moreno Blasco, de Logroño, comenta ampliamente las ponencias, y Gil Sastre pide que el Congreso acuerde lesivo la implantación del Seguro. Con respecto a la opinión del Dr. Espinosa, nos atenemos a lo dicho más arriba con relación a lo expuesto acerca del Dr. Astigarraga. Sanz Rubert pide respeto a los médicos de Beneficencia, Sociedades y titulares, como asimismo que en la dirección del Seguro se hallen médicos.

El Dr. Martín Calderín pide análogas cosas que el anterior conferenciante, y el Dr. Ocharan, se organice por una Comisión de patronos, médicos y obreros.

A continuación, los oradores concretaron sus proposiciones hechas en el curso de sus intervenciones, modificándose muy ligeramente las conclusiones de los ponentes, que nuestros lectores ya conocen.

"Y ahora—sigue el Dr. Noguera—no soy yo, sino vosotros quienes debéis poner el comentario. Se puso allí de manifiesto lo que tiene de bueno y malo el Seguro, y se inició la lucha para lograrlo dentro de las mayores mejoras posibles; de esta lucha, fuerza es confesarlo, se va logrando muy poco, ya que nadie hace caso de los trabajos de los médicos. Hace poco se presentaron las bases de aquel Congreso al Excmo. Sr. Presidente de la República y a los Sres. Ramos y Bolívar. El primero nos acogió favorablemente, y nos prometió hacernos caso; los segundos, desde sus cargos de ministro del Trabajo y subsecretario de Sanidad, ni caso nos hicieron.

Por lo tanto, es de esperar que tal como ha ido el proyecto a la *Gaceta*, se apruebe "en una alegre sesión parlamentaria". Por lo tanto, yo os pido a todos la más estrecha unión, ya que sin nosotros no hay Seguro posible, y que en esa unión íntima vayamos hasta donde sea menester, con una solidaridad idéntica a la de otras clases de nuestra sociedad. Y para unirnos más, si es preciso, el Comité de los Congresos Pro-Médicos organizará el Congreso o la Asamblea que fuesen necesarios para tomar los acuerdos definitivos."—J. H. S.

Muerte de un médico ilustre

Don Nicolás Sánchez Real

En la plenitud de su vida, cuando aún podíamos esperar de su talento y actividades una intensa labor clínica, ha fallecido el ilustre especialista en enfermedades del estómago Dr. Sánchez Real.

Pertenecía a esa generación de médicos de final del pasado siglo y principios del presente que rehusaban y rehusan el exhibicionismo de las revistas y las Academias; entregado de lleno a una labor eminentemente práctica, ultracientífica, realizada sólo por el enfermo y para el enfermo.

No es este el momento de entrar en consideraciones sobre el acierto o el error de este criterio. Lo que si queremos consignar es que existe una generación de médicos, no eminentes, sino eminentísimos, que han tenido la obsesión de no dar a la publicidad el fruto de sus observaciones. Hoy, con la muerte de Sánchez Real, nos quedamos sin interesantes historias clínicas, comentarios, juicios críticos, consejos de alta patología, que sólo escuchábamos de sus labios sus amigos.

Discípulo predilecto, y ayudante después de D. Juan Madinaveitia, a las órdenes de este gran maestro, nos enseñó a muchos a auscultar y a percutir en las salas del último piso del Hospital Provincial.

Personalmente, era un hombre todo cordialidad, espontaneidad y sinceridad. Tres virtudes de las que hizo un culto. Su gran talento corría pareja con su cultura, y más de una vez le vimos sonreír ante la vanidad y mercantilismo de un gran sector de médicos contemporáneos.

Formaba grupo, con varios compañeros de profesión, también de alta alcurnia intelectual—Francisco Viguera, Germán Asúa, Carlos García Peláez, Paquito Huertas, Gonzalo Lafora, los malogrados Adincero y Urrutia, más otros varios—. Tipos representativos de una época—novecentismo—, de una Escuela—el glorioso Hospital Provincial—, de un temperamento—la distinción espiritual—y de un concepto deontológico: ser médicos y únicamente médicos.

Con nostalgia, con la emoción y el dolor de ver ya lejanos los días de mi estudiantina, en que el caserón de la calle de Santa Isabel era la sede de la Medicina española, despido desde estas columnas al gran internista y gastropatólogo D. Nicolás Sánchez Real, que, si me leyese, se sentiría molesto por estas palabras, que dicen en voz alta lo que saben todos cuantos fueron sus amigos y discípulos.

Cuando se haga la historia de las especialidades médicas contemporáneas, el nombre de Sánchez Real ocupará uno de los primeros puestos en la Gastropatología española.

Modesto, y enemigo de la feria de las vanidades, prohíbe en su testamento que al acto de su entierro se le diése el carácter espectacular que es uso y costumbre. Con ello ha quitado de nuestra retina el recuerdo macabro de la muerte; y, cuando pensemos en él, será refiriendo nuestra evocación a los días de su juventud, gloriosa y triunfante.—ALVAREZ-SIERRA.

En torno a las iniquidades del Reglamento

TODAVIA MAS DIFICIL

(Escrito para EL SIGLO MEDICO.)

Es tanto y tanto lo que llevamos batallando con nuestra pluma para demostrar el sinfín de iniquidades que se han cometido en el nuevo Reglamento con los excedentes forzosos, los llamados aspirantes y los médicos ancianos, que siempre ocuparon plazas de categoría inferior; son tantas las razones que hemos dado para demostrar la injusticia del Escalafón de Categorías tal como se ha concebido, que al fin el ministerio se hizo eco de todas ellas, apropiándose las..., pero precisa y exclusivamente para perjudicar más aún a los ya sobradamente *fastidiados*, corriendo, en cambio, el velo del más absoluto misterio para cuanto cabe aplicar las tan atinadas razones expuestas en favor de los postergados.

En la *Gaceta* del 10 de mayo aparece una disposición suprimiendo en el Reglamento la restricción de igualdad de categoría entre las plazas permutadas, cuya parte positiva dice así:

"... ha de tenerse en cuenta que tal limitación—la de exigir la igualdad en la permuta—carece en absoluto de justificación, pues que la clasificación de las plazas no entraña diferencia alguna en cuanto al caudal científico y competencia profesional de los facultativos que las tienen a su cargo, toda vez que las normas que han regido su provisión han sido siempre las mismas para todas las categorías, pudiendo darse las circunstancias, y de hecho se dan con cierta frecuencia, que plazas de las categorías inferiores (4.ª y 5.ª) se encuentren cubiertas por oposición, en tanto que otras de las altas categorías (1.ª y 2.ª) ofrecen el contraste de hallarse provistas simplemente por un concurso, sin contar aquellos casos en que la provisión tuvo lugar, aun en las altas categorías citadas, a base de un simple nombramiento hecho previamente con carácter de supernumerario o interino, al amparo de cualquier circunstancia totalmente ajena a la capacidad profesional del facultativo y sin la garantía, por tanto, que representa el control de cualquiera de los sistemas de concurso u oposición indicados.

"Tal rigidez, por otra parte, al exigir a estos efectos la igualdad en categoría de las plazas, carece, asimismo, de base, si se tiene en cuenta que la citada categoría no ha tenido a través de los tiempos—desde 1905, en que tuvo lugar la primera clasificación—otra significación ni alcance que la de determinar la diferencia de dotación de cada plaza."

Son tan naturales, tan sencillos esos razonamientos que se nos dan para explicar el porqué de la supresión del requisito, hasta ahora exigido, de igualdad para las permutas, que solamente nos atrevemos a calificar de OLVIDO del legislador al no aplicar esas mismas razones al apartado b) del artículo 8.º del Reglamento, para su supresión absoluta.

Es posible que el 8.º resulte un artículo de primera necesidad para algunos titulares, y esa fuera la causa del olvido. ¡Somos tan suspicaces!

El mencionado apartado dice:

"b) Las vacantes resultantes se anunciarán previamente a concurso de traslado entre los médicos de A. P. D. de la misma categoría de la vacante."

¿Cómo va a razonar ahora el legislador semejante arbitrariedad, si acaba de demostrarnos él mismo que "la clasificación de las plazas no entraña diferencia alguna en cuanto al caudal científico y competencia profesional de los facultativos que las tienen a su cargo", y "sin contar aquellos casos en que la provisión tuvo lugar al amparo de cualquier circunstancia totalmente ajena al mérito y a la capacidad profesional del facultativo"?

Este concurso previo de traslado entre los de la misma categoría—categoría que el legislador reconoce ajena a la competencia profesional de los que la ostentan—es una burla para todos aquellos individuos del Cuerpo que vieron arrebatadas las plazas que solicitaron por otros titulares amigos, parientes, correligionarios o simpatizantes de los caciques y de los mangoneadores de los concursos y oposiciones.

Suprima usted este artículo 8.º, señor legislador, por las mismas razones que ahora nos da usted mismo. Y, naturalmente, como consecuencia, reforme el 9.º, que dice así:

"Artículo 9.º Las vacantes que queden sin cubrir por el turno de traslado serán provistas rigurosamente en los turnos siguientes:

- 1.º Prelación en el Escalafón del Cuerpo.
- 2.º Oposición libre entre doctores o licenciados en Medicina.
- 3.º Concurso de antigüedad en el Cuerpo entre los de categorías inferiores, por orden de categorías, y
- 4.º Oposición restringida entre los médicos del Cuerpo."

Y todos los concurso de antigüedad que se realicen, que sean de verdadera antigüedad, que no admite restricciones.

¿Que procediendo del modo que indicamos queda en, en realidad, suprimido el Escalafón de categorías? Bien, ¿y qué?

Todo esto que decimos ahora, lo dijimos ya en EL SIGLO MEDICO, número 4.210. ¡Hace ya dos años!

Suprimido el Escalafón absurdo de categorías, habremos de darnos todos la enhorabuena: los postergados de siempre y los titulares dignos, "ya que el que logró una titular de un modo justo no vacilará para ponerse en condiciones idénticas a las de todos sus compañeros, y no querrá disfrutar de otros privilegios que los que le otorguen su verdadera antigüedad en los concursos, y su saber en las oposiciones".

Vayamos, pues, al Escalafón Unico, en que el número uno será el que primero ingresó en el Cuerpo, y el número dos, el que le siga, y así hasta el último. Y, para los concursos, que sea éste el único número que sirva; ¡lo demás, son chanchullos!

Y ahora, mis queridos postergados, si la nueva disposición sobre las permutas no va seguida de esta otra modificación que proponemos, medita lo que va a pasar. La cosa se os va a poner a todos ¡TODAVIA MAS DIFICIL!

El que tenga dinero, se va a plantar enseguida en una plaza de 1.ª, y vosotros... lo veréis pasar. Si bien es verdad que no gana con ello más que aquella plaza, y no le sitúa en privilegio vitalicio, si cambia de plaza, ¿qué más da? Esa plaza ya la tiene él, que la compró, que el vendedor, ya se encargará de ganar, por concurso, otra plaza de 1.ª dentro de cinco años, pues el artículo 8.º vie-

ne en su ayuda. Ya tenemos dos en 1.ª Y así, hasta el infinito.

Por tanto, si queréis ocupar una plaza de 1.ª categoría, os habréis de esperar a que se mueran todos los titulares de primera... y que fallezcan todos los titulares que hayan tenido dinero para comprar a otro una permuta de una plaza de primera.

Claro que ya sabemos que os hablarán de las oposiciones... y os lo dirán... los que no necesiten de ellas para escalar las alturas.

Vosotros, sonreiros entonces, y pedid al que así os hable mil pesetas para hacerlas, cifra astronómica, de la que seguramente ninguno de vosotros habréis oído hablar.

Mientras tanto, ¡seguid dando vivas y pesetas a la Asociación!

Ocurrirá lo de siempre: el pobre, el postergado, el irredento, seguirá con su pobreza, con su postergación, con su irredención.

Para ellos, principalmente, nos hemos lanzado a la lucha y hemos creado nuestra "Cruzada pro Reivindicación Médica". Inscribíos en ella. Contamos ya con verdaderos valores positivos, que, con sus ideas y concepciones geniales, os llevarán al triunfo.

Nosotros os lo garantizamos.

A. LOZANO BORROY,

De "Cruzada pro Reivindicación Médica".

Palamós (Gerona), mayo 1936.

CRUZADA PRO-REIVINDICACION MÉDICA

Interesa que todos los adheridos remitan urgentemente el boletín de adhesión, si ya no lo hubieran hecho, y procuren cuando menos tres adeptos, pues próximamente se editará el manifiesto nacional y es preciso saber de antemano el número exacto de colaboradores.

Los de la provincia de Burgos se excederán, a ser posible, en la propaganda, ya que esta provincia es la elegida para iniciar el movimiento propuesto.

A. LOZANO BORROY.

INGRATITUD

TRES LEYES

Este artículo he tardado en escribirle más tiempo del que yo hubiera deseado; mas esperaba ver uno que mandé a la Prensa, y como el tiempo pasa y éste no sale, no quiero caer en la falta de que a otros acuso.

Primera ley (que tiene la misma fecha que la segunda): "Se quita la restricción de igualdad de categoría entre las plazas permutadas." ¿En qué se funda? Copiemos: "... ha de tenerse en cuenta en tal limitación, al imponer como condición previa y fundamental que las plazas objeto de permuta hayan de ser de la misma categoría, carecer en absoluto de justificación, pues que la clasificación de aquéllas no entraña diferencia alguna en cuanto al caudal científico y competencia profesional de los facultativos que las tienen a su cargo, toda vez que las normas que han regido su provisión han sido siempre las mismas para todas las categorías, pu-

diendo darse la circunstancia, y de hecho se da con cierta frecuencia, que plazas de las categorías inferiores (cuarta y quinta) se encuentran cubiertas por oposición, en tanto que otras de las primeras categorías (primera y segunda) ofrecen el contraste de hallarse provistas simplemente por un concurso, sin contar aquellos casos en que la provisión tuvo lugar, aun en las altas categorías citadas, a base de un simple nombramiento, hecho previamente con carácter de supernumerario o interino, al amparo de cualquier circunstancia totalmente ajena al mérito y a la capacidad profesional del facultativo y sin la garantía, por tanto, que representa el control de cualquiera de los sistemas de concurso en oposición indicados.

"Tal rigidez, por otra parte, al exigir a estos efectos la igualdad en categoría de las plazas carece asimismo de base, si se tiene en cuenta que la citada categoría no ha tenido, a través de los tiempos—desde 1905, en que tuvo lugar la primera clasificación—otra significación ni alcance que la de determinar la diferencia de dotación de cada plaza, y esto sin tener en cuenta que aquella restricción, como reguladora de permutas, determina, al propio tiempo, gran quebranto en el criterio que informó su implantación, que no es otro sino el facilitar a los interesados el traslado de su plaza, persiguiendo en todo momento como única finalidad la necesaria cordialidad y armonía que debe existir en las relaciones de estos facultativos y el vecindario con el que ha de convivir al proporcionarles su asistencia."

Pues bien: y ahora pregunto yo: ¿existe razón alguna para la restricción en la permuta de plaza? Según los razonamientos de este preámbulo de la ley, mi argumentación, razonada y justa, que yo pido, por crearla también razonada, justa y apropiada, al propósito de la formación del Escalafón de categorías. ¿A qué aportar más razonamientos? Con lo que este preámbulo de la ley señala hay muy suficiente para que el Escalafón de categorías que consideramos injusto no sea tal hecho, porque entonces todo lo que en él se dice dejaría de ser cierto, y eso no es posible, porque la verdad es siempre una.

Segunda ley: los señores concursantes al primer concurso de antigüedad pueden estar tranquilos, pues si la plaza obtenida objeto de sus aspiraciones se encuentran defraudadas, pueden tranquilamente quedarse con la que tenían, gracias a la derogación del párrafo último del artículo 18 de nuestro Reglamento. Y como yo, en EL SIGLO MÉDICO, he sido el primero que pedí su derogación, porque no era justa, por eso soy el más obligado en dar desde aquí las gracias al Sr. Subsecretario de Sanidad que tal hizo, así como particularmente ya lo he hecho. Bien está que de mí nadie se acuerde. Señores médicos de Asistencia Pública Domiciliaria: ¿habéis hecho igual con el Excmo. Sr. Subsecretario que nos hizo justicia? ¿No lo habéis hecho? No sois agradecidos.

Tercera ley: artículo 1.º: "Se abre una información pública por término de veinte días naturales, a fin de que las personas, Asociaciones y entidades a quienes pueda interesar, formulen por escrito las observaciones que estimen procedentes en relación con las bases del anteproyecto para la unificación de los Seguros Sociales."



Prescriba el ANTISEPTICO LISTERINE

Si precisa un antiséptico eficaz, rápido e inofensivo, prescriba LISTERINE. Es conocido en todo el mundo por su gran poder bactericida LISTERINE desinfecta energicamente sin provocar molestia alguna, como garantiza, entre otros ilustres bacteriólogos, el Doctor Caselli, de París, quien resume en la "Gacete des Hopitaux" — 14 Septiembre 1932 — su escrupulosa investigación diciendo: "El antiséptico LISTERINE no irrita, no quema, no intoxica, aun aplicándolo en dosis muy fuertes y en condiciones de severa experimentación clínica"



El estímulo del peristaltismo

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



'Sal de Fruta' ENO

MARCAS INDICADA EN LA ATONIA INTESTINAL REGIST.

ne en su ayuda. Ya tenemos dos en 1.^a Y así, hasta el infinito.

Por tanto, si queréis ocupar una plaza de 1.^a categoría, os habréis de esperar a que se mueran todos los titulares de primera... y que fallezcan todos los titulares que hayan tenido dinero para comprar a otro una permuta de una plaza de primera.

Claro que ya sabemos que os hablarán de las oposiciones... y os lo dirán... los que no necesiten de ellas para escalar las alturas.

Vosotros, sonreíos entonces, y pedid al que así os hable mil pesetas para hacerlas, cifra astronómica, de la que seguramente ninguno de vosotros habréis oído hablar.

Mientras tanto, ¡seguid dando vivas y pesetas a la Asociación!

Ocurrirá lo de siempre: el pobre, el postergado, el irredento, seguirá con su pobreza, con su postergación, con su irredención.

Para ellos, principalmente, nos hemos lanzado a la lucha y hemos creado nuestra "Cruzada pro Reivindicación Médica". Inscribíos en ella. Contamos ya con verdaderos valores positivos, que, con sus ideas y concepciones geniales, os llevarán al triunfo.

Nosotros os lo garantizamos.

A. LOZANO BORROY,

De "Cruzada pro Reivindicación Médica".

Palamós (Gerona), mayo 1936.

CRUZADA PRO-REIVINDICACION MÉDICA

Interesa que todos los adheridos remitan urgentemente el boletín de adhesión, si ya no lo hubieran hecho, y procuren cuando menos tres adeptos, pues próximamente se editará el manifiesto nacional y es preciso saber de antemano el número exacto de colaboradores.

Los de la provincia de Burgos se excederán, a ser posible, en la propaganda, ya que esta provincia es la elegida para iniciar el movimiento propuesto.

A. LOZANO BORROY.

INGRATITUD

TRES LEYES

Este artículo he tardado en escribirle más tiempo del que yo hubiera deseado; mas esperaba ver uno que mandé a la Prensa, y como el tiempo pasa y éste no sale, no quiero caer en la falta de que a otros acuso.

Primera ley (que tiene la misma fecha que la segunda): "Se quita la restricción de igualdad de categoría entre las plazas permutadas." ¿En qué se funda? Copiemos: "... ha de tenerse en cuenta en tal limitación, al imponer como condición previa y fundamental que las plazas objeto de permuta hayan de ser de la misma categoría, carecer en absoluto de justificación, pues que la clasificación de aquéllas no entraña diferencia alguna en cuanto al caudal científico y competencia profesional de los facultativos que las tienen a su cargo, toda vez que las normas que han regido su provisión han sido siempre las mismas para todas las categorías, pu-

diendo darse la circunstancia, y de hecho se da con cierta frecuencia, que plazas de las categorías inferiores (cuarta y quinta) se encuentran cubiertas por oposición, en tanto que otras de las primeras categorías (primera y segunda) ofrecen el contraste de hallarse provistas simplemente por un concurso, sin contar aquellos casos en que la provisión tuvo lugar, aun en las altas categorías citadas, a base de un simple nombramiento, hecho previamente con carácter de supernumerario o interino, al amparo de cualquier circunstancia totalmente ajena al mérito y a la capacidad profesional del facultativo y sin la garantía, por tanto, que representa el control de cualquiera de los sistemas de concurso en oposición indicados.

"Tal rigidez, por otra parte, al exigir a estos efectos la igualdad en categoría de las plazas carece asimismo de base, si se tiene en cuenta que la citada categoría no ha tenido, a través de los tiempos—desde 1905, en que tuvo lugar la primera clasificación—otra significación ni alcance que la de determinar la diferencia de dotación de cada plaza, y esto sin tener en cuenta que aquella restricción, como reguladora de permutas, determina, al propio tiempo, gran quebranto en el criterio que informó su implantación, que no es otro sino el facilitar a los interesados el traslado de su plaza, persiguiendo en todo momento como única finalidad la necesaria cordialidad y armonía que debe existir en las relaciones de estos facultativos y el vecindario con el que ha de convivir al proporcionarles su asistencia."

Pues bien: y ahora pregunto yo: ¿existe razón alguna para la restricción en la permuta de plaza? Según los razonamientos de este preámbulo de la ley, mi argumentación, razonada y justa, que yo pido, por crearla también razonada, justa y apropiada, al propósito de la formación del Escalafón de categorías. ¿A qué aportar más razonamientos? Con lo que este preámbulo de la ley señala hay muy suficiente para que el Escalafón de categorías que consideramos injusto no sea tal hecho, porque entonces todo lo que en él se dice dejaría de ser cierto, y eso no es posible, porque la verdad es siempre una.

Segunda ley: los señores concursantes al primer concurso de antigüedad pueden estar tranquilos, pues si la plaza obtenida objeto de sus aspiraciones se encuentran defraudadas, pueden tranquilamente quedarse con la que tenían, gracias a la derogación del párrafo último del artículo 18 de nuestro Reglamento. Y como yo, en EL SIGLO MÉDICO, he sido el primero que pedí su derogación, porque no era justa, por eso soy el más obligado en dar desde aquí las gracias al Sr. Subsecretario de Sanidad que tal hizo, así como particularmente ya lo he hecho. Bien está que de mí nadie se acuerde. Señores médicos de Asistencia Pública Domiciliaria: ¿habéis hecho igual con el Excmo. Sr. Subsecretario que nos hizo justicia? ¿No lo habéis hecho? No sois agradecidos.

Tercera ley: artículo 1.º: "Se abre una información pública por término de veinte días naturales, a fin de que las personas, Asociaciones y entidades a quienes pueda interesar, formulen por escrito las observaciones que estimen procedentes en relación con las bases del anteproyecto para la unificación de los Seguros Sociales."



Prescriba el

ANTISEPTICO LISTERINE

Si precisa un antiséptico eficaz, rápido e inofensivo, prescriba LISTERINE. Es conocido en todo el mundo por su gran poder bactericida LISTERINE desinfecta energicamente sin provocar molestia alguna, como garantiza, entre otros ilustres bacteriólogos, el Doctor Caselli, de París, quien resume en la "Gacete des Hopitaux" — 14 Septiembre 1932 — su escrupulosa investigación diciendo: "El antiséptico LISTERINE no irrita, no quema, no intoxica, aun aplicándolo en dosis muy fuertes y en condiciones de severa experimentación clínica"



El estímulo del peristaltismo

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



'Sal de Fruta' ENO

MARCAS INDICADA EN LA ATONIA INTESTINAL REGIST.

SPASMOSÉDINE

Antiespasmódico - Sedante nervioso

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

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

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

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

(Firma.)

(Se ruega escribir con la mayor claridad.)

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)

CATARROS BIFOSFOTIOL TOSÉS

SOLUCION ARSENIO FOSFORADA CON TIOL

Se obtienen resultados positivos y rápidos con este preparado en las afecciones pulmonares, catarrros bronquiales y gripales, desgaste orgánico, escrofulismo e inapetencias

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

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

Ayuntamiento de Madrid

¿Han pensado algo sobre problema tan grave nuestros directivos? Porque creemos que el caso bien merece la pena. Caso de que así sea, ¿por qué no lo sabemos los demás?

En virtud del derecho que dicho artículo confiere a las personas, yo me he atrevido a aconsejar, y como no es a mí solo a quien concierne este caso, por eso lo doy a conocer, y he aconsejado, que antes de implantar el Seguro de Enfermedad se haga una revisión de partidos de titulares, haciendo el mayor número posible, con el objeto de que haya muchas titulares para muchos médicos, que desaparezcan las de quinta y cuarta categoría, y queden subsistentes las de tercera, segunda y primera, para que, si se llega a plasmar la idea de iguala única, no resulten, como siempre, beneficiadas las primeras titulares y postergadas las de cuarta y quinta, porque entonces se darían muchos casos de que, en vez de aumentar el estipendio de los médicos que ejerzan en esas titulares, disminuirían considerablemente. Hemos leído que se proyecta a ver si se llega a alcanzar la cuota de 30 pesetas por familia en el Seguro; y calculemos un pueblo—que los hay—de 100 familias o de 120: a 30 pesetas son 3.000 ó 3.600 pesetas. Una usted 1.900 de titular, y le dan 4.900 ó 5.500 pesetas, suma menor a la que hoy pagan, mientras que los de las primeras verían aumentada su dotación considerablemente, pues hoy las igualas en esos partidos—la media—escasamente llega a 20 pesetas. ¿Es esto justo? Con este ejemplo basta.

DOS PUNTOS

Se proyecta una magna Asamblea, que nosotros juzgamos peca del defecto de siempre: que sólo tienen voz y voto un grupo de médicos. Y a los demás, ¿qué les queda? ¿El derecho del pataleo?

Amigo Borroy: los artículos de que le hice mención creo deben dormir el sueño de los justos en las Redacciones de *La Voz Médica* y *EL SIGLO MEDICO*. Mala suerte, sobre todo en *La Voz Médica*, que si la juzgo por lo a mí sucedido, he de tener que pensar que es muy parcial y sólo admite los trabajos de conformidad a su gusto.

SISINIO CRESPO.

Junio, 1936.

Se difiere la fecha de celebración del II Congreso Español Pro-Médico

Concedida amablemente por el ilustre claustro de la Facultad de Medicina de Madrid la autorización para que los médicos españoles y sus entidades representativas puedan celebrar en sus locales el II Congreso Español pro Médico, destinado al estudio doctrinal y científico de los problemas del ejercicio profesional, entre los cuales figura el de la enseñanza de la Medicina, este Comité ha decidido, de acuerdo con el eminente señor decano de la Facultad y vicepresidente, a su vez, de dicho Congreso, diferir la fecha, del 2-12 de octubre, en que se había anunciado la celebración del Congreso, hasta armonizar el propósito con la instalación de la Facultad en la Ciudad Universitaria, a fin de que el Congreso no perturbe en ningún momento la marcha de la enseñanza

y de que pueda celebrarse con el máximo esplendor. La fecha definitiva del Congreso de Madrid será anunciada oportunamente, dentro del plazo que señaló el Congreso de Zaragoza.

El Comité está atento a la marcha del proyecto de implantación del Seguro Social de Enfermedad, por si fuera preciso convocar a asamblea médica nacional y urgente, siguiendo el mandato de Zaragoza, para mantener las posiciones adoptadas por nuestra clase en defensa de la sociedad y de la profesión.

El Comité Permanente de los Congresos Españoles Pro-Médicos.

FACULTAD DE MEDICINA DE MADRID

CUERPO ESPECIAL

El próximo día 1.º de julio dará comienzo en la Facultad de Medicina, a las siete de la tarde, el cursillo que sobre "Trastornos nutritivos del lactante" explicará el Prof. Dr. Suñer, para médicos y alumnos de fin de carrera, con arreglo al siguiente programa:

Lección 1.ª Fundamentos fisiológicos de la digestión. Alimentación del lactante. Bases calorimétricas.

Lección 2.ª La leche de mujer. Caracteres químicos, histológicos y humorales. Valor calorimétrico de la misma. Leche de vaca. Diferencias químicas, histológicas y humorales. Por qué debe preferirse en la artificial lactancia sobre la leche procedente de otros animales. (Demostraciones: Peso de un litro de leche de vacas. Análisis de la grasa. Preparaciones microscópicas de la misma.)

Lección 3.ª Dosificación de la natural lactancia. Técnica. Lactancia mixta. Indicaciones de la artificial lactancia. Técnica de esta última.

Lección 4.ª Trastornos nutritivos. Factores constitucionales. Alergia. Factores alimenticios. (Demostraciones: Pruebas alérgicas para la leche de vaca.)

Lección 5.ª Infecciones e intoxicaciones. Toxicosis. (Demostraciones: Pruebas de la esterilidad del meconio. Gérmenes intestinales más frecuentes. Cultivos y preparaciones microscópicas.)

Lección 6.ª Concepto general de las dispepsias. Sintomatología fundamental. Terapéutica general de las mismas.

Lección 7.ª Terapéutica especial de los estados dispepsicos. (Demostraciones: Presentación de gérmenes lácticos, del "yoghurt" y del "kefir". Fórmula de sopas de Czerny, Bircher, etc.)

Lección 8.ª Diarreas estivales. Las otitis de la escuela de Karelitz. Terapéutica de las mismas. (Demostraciones: Proyección de gérmenes.)

Lección 9.ª Estenosis pilórica en el lactante. Terapéutica de la misma. (Demostraciones: Proyecciones de radioscopias y radiografías.)

Lección 10.ª Estudio clínico de la atrepsia y la hipotrepsia.

Las demostraciones prácticas estarán a cargo del jefe del Laboratorio de Pediatría, Dr. S. Larregla.

Las inscripciones, al precio de 175 pesetas, pueden hacerse, todos los días laborables, de once a una de la mañana, en el Laboratorio de la Clínica de Enfermedades de la Infancia, de la Facultad de Medicina, habiéndose limitado a veinte el número de matriculados.

III Centenario de la Universidad de Harvard

Para celebrar el III Centenario de la Universidad de Harvard, tendrá lugar en Cambridge, Massachusetts, en la primera quincena de septiembre próximo, una serie de actos académicos muy importantes. El principal consistirá en una Conferencia de Artes y Ciencias, a la que han sido invitadas a leer ponencias las personalidades más destacadas del mundo. Para tratar temas de ciencias físicas y biológicas, problemas de conducta individual y colectiva, etc., se reunirán setenta y seis de los más eminentes sabios, entre los que cabe destacar varios consagrados por el premio Nóbel, como Compton y Millikan, de Estados Unidos; Heisenberg, Einstein, Landsteiner, Warburg y Fischer, de Alemania; Hopkins y Adrián, de Inglaterra, y Krogh, de Dinamarca.

Los organizadores de estas reuniones conceden gran importancia a la ciencia pura. Las matemáticas, física, astronomía, física atómica y rayos cósmicos, ocuparán a diecisiete sabios, entre los que figuran, además de algunos nombrados, Bohr, Eddington, Levi Civita y Cartan. No menos de veinte se ocuparán de temas de Medicina y biología: Barcroft, Spemann, Svedberg, Shiga, Houssay, Harrison, Thomas Lewis, Collip, etc. De química se ocuparán Debye, Ruzicka, Bergius. De geología, Bailey y Cowper Lawson. De psicología hablarán Janet, Jung, Mc Iver y Jaeger; de educación, Piaget, Dewey y Malinowski; de economía y sociología, Gini, Rappard, Mitchell. También la religión, la historia, música y literatura ocuparán a Dodd, Meinicke, Hazard, Dent, etc. El único "Harvard man" que ocupará la cátedra será el Dr. A. L. Lowell, el gran presidente de la Universidad, a quien se debe su florecimiento actual.

SECCION OFICIAL

"GACETA" DEL 20 DE JUNIO:

Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión.—La Subsecretaría convoca oposición libre para proveer la plaza de médico de guardia, con carácter eventual, del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas, dotada con 3.000 pesetas.

Condiciones: Doctor o Licenciado; aptitud física; carecer de antecedentes penales; no exceder de treinta años; no ejercer la profesión mientras desempeñe el cargo; residir en el Hospital. Duración, un año, prorrogable por periodos iguales hasta un total de cinco años. Dos ejercicios: primero, exploración, diagnóstico y tratamiento de un enfermo en las condiciones que fije el Tribunal (eliminatorio), y segundo, desarrollar, por escrito, un tema, de diez, que se entregarán veinticuatro horas antes.

Instancias, hasta el 7 de julio, acompañadas de los documentos habituales. Derechos, 25 pesetas.

GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 707,3; ídem mínima, 701,9; temperatura máxima, 27,1°; ídem mínima 12,7°; vientos dominantes, SO.

En esta semana, y en los adultos, los procesos más frecuentes han sido colibacilosis de evolución rápida, pe-

ro no tanto que haya permitido su curación en el curso del septenario. La mayoría de los enfermos se encuentran todavía en evolución, aunque ya con temperaturas bajas.

En los niños, sarampión, y algunos casos de difteria. Lo más característico de los procesos infantiles han sido las epistaxis frecuentes y abundantes.

CRONICAS

"Nota sobre el tratamiento de la blenorragia en su período agudo, según el método de la impregnación constante". Con este título publicábamos, en nuestro número del día 20, un artículo del Dr. Faustino Paniagua, que no fué consignado en el "Sumario" correspondiente, por error de ajuste en nuestra imprenta.

Queremos hacerlo así constar, para conocimiento de todos y para salvar la involuntaria omisión.

Necrología.—En La Campana (Sevilla) falleció el 27 del pasado marzo D. José Domínguez Venegas, padre político de nuestro antiguo amigo D. Arturo Alcón, que, siendo practicante, nos honra con su suscripción hace bastante tiempo.

Al Sr. Alcón y a los familiares del finado enviamos nuestro sentido pésame.

Se ofrece para sustituir, durante algún mes, médico, ex ayudante de Patología médica de la Facultad de Medicina de Valladolid. Para informes, diríjase a D. Manuel Gallego Gómez.—Aspariegos (Zamora).

Alcachofina, (antes Sitocolagol). Adjuntamos con el presente número prospecto del Laboratorio E. Boizot, recomendando su lectura y pedido de muestras a dicho laboratorio.

Permuta.—Permutaría pueblo provincia de Zamora, buenas condiciones, por una de Castilla, cercano a Madrid. Dirigirse a la "Sección de Consultas", con las iniciales A. F. D.

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

Sección de Consultas.—Se advierte a todos los señores suscriptores que se dirigen a esta Sección con consultas y encargos que no deben extrañarse si no reciben contestación a ellas, ya que todas deben venir acompañadas de DOS PESETAS.

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.

Sil - Al Silicato de aluminio, fisiológicamente puro
Laboratorio Gámir, VALENCIA - J. Gayoso, MADRID

Medicación por la quinina. Fiebres palúdicas, gripales, etc.

NIÑOS *Quinintantina*
DELGADO RONCO

En papeles, de acción eficaz y agradable de tomar.

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

UVESTEROL
VITAMINA D CRISTALIZADA PURA
COLESTERINA IRRADIADA
 REEMPLAZA AL ACEITE DE HIGADO DE BACALAO

GOTAS UVÉ

TUBERCULOSIS - LINFATISMO - RAQUITISMO - DESMINERALIZACION

PRIMOS PRODUCTOS FRANCESES IRRADIADOS POR RAYOS ULTRA-VIOLETA

SALES METALICAS
 NI ARSENICO-NI ESTRICNINA
 TODAS LAS ANOREXIAS

LABORATORIOS D. I. C. F. A. R.
 APARTADO 45
 SAN SEBASTIAN

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. Pelvipertonitis. Artritis.
 Orquitis. Cistitis. Prostatitis.

ECZEMA

Curativo del Eczema agudo y crónico.

ESTAFILO

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

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

Laboratorios biológicos Doctor Julio Méndez.-Buenos Aires.

Jugo de carne Valentine's

El mejor alimento para convalecientes el
JUGO VALENTINE'S



El mejor jugo de carne el
VALENTINE'S

Los médicos lo emplean en los Hospitales, en sus clínicas particulares y aun en sí mismos cuando ven que el organismo necesita reponerse. Esto demuestra la fe que tienen en el poder vital de dicho preparado, pues aumenta las fuerzas decaídas cuando los órganos digestivos se han debilitado. Es el mejor alimento.

DR. JULIAN CALLEJA, presidente de la Real Academia de Medicina de Madrid (España): "Tengo una gran satisfacción en informarles que considero el JUGO VALENTINE'S como un poder de gran superioridad para vigorizar el sistema nervioso, por lo cual yo mismo lo empleo en mí y lo prescribo a mis enfermos."

JOHN TANNER M. D. LL. D., médico decano en el dispensario general Farringdon, para enfermedades de mujeres y niños, Londres (Inglaterra): "En los casos de flujos y hemorragias de todas clases, fiebres, formas graves de neumonía y extenuación extremada, cuando el estómago se niega a retener otras preparaciones ordinarias, es cuando el JUGO VALENTINE'S obra como una verdadera maravilla. No puedo hablar en términos más altos de este preparado, puesto que he podido apreciar sus inmensas ventajas en el tratamiento de los más serios y delicados casos que están bajo mi cuidado."

De venta en farmacias y droguerías en Europa y América
VALENTINE'S MEAT-JUICE Co.

RICHMOND, VIRGINIA, U. S. A.

Los señores médicos pueden pedir folletos conteniendo testimonios clínicos

Agentes generales para España y sus colonias
E. DURAN, S. en C.
Calle de Tetuán, 9 y 11. — MADRID

LACTOLAXINE FYDAU

COMPRIMIDOS de FERMENTOS LÁCTICOS LAXANTES
con base de Fermentos Lácticos seleccionados,
Sales biliares, Agar-Agar, Naftol Italeina.

Tratamiento Biológico
del **ESTREÑIMIENTO**
del **ENTERITIS**
PADECIMIENTOS del HÍGADO
ANTISEPSIA GASTRO-INTESTINAL

DOSIS: 1 a 3 Comprimidos por la noche al acostarse.
Se vende en estuches de 6 Tubos de 6 comprimidos.

LABORATORIOS BIOLÓGICOS de ANDRÉ PARIS

Farmacéutico de 1ª Clase,
Ex-interno y Jefe de Laboratorios de los Hospitales de París,
4, Rue de La Motte-Picquet, PARIS (Francia).
SE ENCUENTRA EN TODAS LAS DROGUERÍAS Y FARMACIAS

Depositarío en ESPAÑA
J. Alejandro RIERA, Nápoles 166, BARCELONA

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

arrollo espontáneo y evolutivo de todos los materiales que la integran. Al principio, era una catedral de juguete; después se levantó un poco más, y, finalmente, de un estrón, alcanzó sus proporciones colosales." Tal disparate no despertaría la hilaridad siquiera. Pues bien, incommensurablemente más disparatado es pensar que la "vida", en todas las manifestaciones, se ha podido formar por evolución de lo inerte, sin que interviniese por medio nada que no fuese el progreso indefinido de todo el Universo. Si en el transcurso de tantos siglos y en toda la extensión terrestre no se ha visto formarse evolutivamente una catedral, de tal manera que fuera cayendo piedra sobre piedra, ¿con qué derecho vemos la vida como un momento de la total evolución cósmica? Lo quieto, abandonado a su misma quietud, y lo no vital, por el desarrollo de su fuerza bruta, nada produce que no sean cambios morfológicos más o menos profundos, pero que entrañan siempre el mismo caos original. Por muchas alteraciones que el viento, la lluvia y el rayo produzcan sobre un montón de piedras, siempre seguirá siendo un montón de piedras. Nuestro sentido común nos impide creer que los elementos natu-

Jarabe Bebé. - Tetradinamo. - Septicemilol. - Purgantil (Jarabe de Frutas)
(Véase anuncio, página 1)

rales en lucha con ese montón de piedras, y la acción del medio, engendren, al cabo de los siglos, un magnífico palacio. Tampoco nos hace falta mayor cantidad de sentido común para negar que, de una mezcla de carbono, oxígeno, nitrógeno, hidrógeno, hierro y otros elementos, se produjese, por evolución paulatina, un organismo viviente como la cebra, "exempli gratia", cuya arquitectura somática es enormemente más complicada que la del más grande y laberíntico edificio que podamos concebir en nuestra fantasía.

El hombre, que se rió siempre de la ineptitud de la Naturaleza, no ha podido hasta ahora fabricar más que algún trozo de molécula organizada; y, sin embargo, admitimos que esa Naturaleza, tan torpe en otros menesteres, haya podido crear, sin que en el proceso interviniese el plan magistral de una profunda meditación "a priori", esa formidable obra de arte, de técnica y de genio que es la vida.

Acabamos de ver cómo el humanismo resuelve el origen de la vida y el origen del hombre por la teoría evolucionista. En su libro "El hombre Eterno" clava Chesterton estas palabras: "Muchas modernas historias de la Humanidad empiezan por la palabra evolución. Y es que hay un no sé qué de blando, de suave, de gradual,

de tranquilizador, en la palabra y aun en la idea. Desde luego, no es una palabra práctica, ni una idea aprovechable. Nadie puede imaginar cómo la nada evolucionó hasta convertirse en algo." Se proclama que la gente de hoy no quiere creer en ningún milagro. Está bien. Pero me extraña mucho que crean, en cambio, en el milagro de la evolución, simplemente porque es un milagro lento, por, como si por ser lento, dejase de ser milagro.

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

Frente a la teoría evolucionista, la razón, sin embargo, se acomoda mejor con la que pudiéramos llamar revolucionista, según la cual, las cosas se forman, no por "evolución", sino por "revolución". El mundo no era, y fué; el hombre no era, y es. He ahí todo.

El movimiento humanista, con su religión de la Humanidad y su concepción del Universo, termina, pues, convirtiéndose en un movimiento insuperablemente inhumano. Podemos afirmar que ha llevado al hombre a una "derrota" completa: niega su personalidad y el valor de lo puramente humano (superhombre de Nietzsche, masa de Marx); niega su semejanza divina, haciéndole descender e identificándole con la bestia; finalmente, nuestra esencia inmortal como hombres y aun como seres vivientes, se destruye y quiebra, ya que la vida y la humanidad no son más que momentos superables de la total evolución cósmica. Es decir, el humanismo acabó por presentar al hombre desnudo, despojándole de sus vestidos maravillosos y de sus brillantes quimeras. Lo dejó únicamente con su piel de bestia, propagando hasta la saciedad que, por debajo de la espiritual retórica; por debajo de esa espléndida cobertera con que los poetas, los filósofos y los héroes le habían cubierto, sólo existe un armazón de músculos y huesos, dando en decir que todo lo que el hombre es viene de su carne, viene de su barro. Y del barro viene todo, efectivamente. Pero de ese barro maravilloso y extraño con que las

CALCINHEMOL ALCUBERRO

Poderoso antianémico

ALCALA, 88. — MADRID

manos de Dios construyeron la estatua del Hombre.

Se dice que el mundo aspira a nuevas formas de civilización; se dice que, de una vez para siempre, vamos a arrancarnos la espina del humanismo. En realidad de verdad, los mo-

mentos venideros están llenos de cosas enigmáticas. Pero sí aseguro que los que digan la última palabra no serán precisamente los sabios humanistas, con alto coturno científico, de esta generación antiheroica, antigenial y antihumana, que declina.

JOHN SCOTT HALDANE

El Prof. J. Scott Haldane, filósofo y fisiólogo, ha muerto en su casa de Oxford a la edad de setenta y cinco años. Nació en Edimburgo, y fué educado en esta Universidad y en la de Jena. En 1844 se licenció en Medicina; queda como auxiliar en la Universidad de Dundee, donde realizó, en colaboración con el Prof. Carnelly, extensas investigaciones sobre las impurezas orgánicas existentes en el aire de los lugares confinados. Estos trabajos, publicados tres años después, ponen de manifiesto su temprano interés por la fisiología respiratoria, en cuyo terreno llegó a ser la mayor autoridad del mundo, que logró revolucionar con sus descubrimientos los conocimientos que hasta entonces se tenían. Pronto pasó a ser ayudante en Oxford de su tío Sir John Burdon Sanderson, y allí permaneció el resto de su vida reali-

Ioduros Bern

De K y Na, y café.
nado, químicamente
puros. No provocan IODISMO. Fabricación
nacional.

zando investigaciones de gran importancia científica y práctica. Estudió el aire de las minas, descubrió la acción tóxica del monóxido de carbono, y logró poner de manifiesto su existencia en pequeñas cantidades mediante el empleo de pájaros y otros animales que son más sensibles que el hombre a su acción.

Entre 1892 y 1900 introdujo nuevos métodos, todavía usados para investigar las funciones respiratorias. En 1905 publicó con el Dr. Priestly su más importante descubrimiento sobre la regulación de la respiración por la tensión CO₂ de la sangre arterial. Fué el primero en señalar la extraordinaria delicadeza de la regulación química entre las diversas partes del cuerpo. En 1905 demostró la importancia que tiene la humedad ambiente para disminuir la tolerancia de las temperaturas elevadas. En 1911 realizó una expedición al Colorado para estudiar la acción de las bajas presiones barométricas en la aclimatación de las grandes altitudes. Se ocupó de la manera de combatir los riesgos de la enfermedad de los buzos y de los gases tóxicos en la última guerra.

FILOSOFIA DE HALDANE

Existe en él una parte filosófica que le distingue de los restantes fisiólogos. La filosofía de Haldane no era una di-

versión de su fisiología, sino que estaba inspirada en sus investigaciones y guardaba íntima conexión con ellas. Desde su juventud, combatió la teoría mecanicista de la vida, que es tan corriente entre los fisiólogos como ampliamente extendida entre los escritores profanos. Insistió en que la interpretación físicoquímica de la vida tan sólo tenía un resultado práctico muy limitado, conseguido a costa de abstraer algunos aspectos y despreciar otros, ya que no tenía en cuenta la coordinación, que es el carácter dominante de la vida. El organismo ha de ser estudiado como un todo, y toda su labor demuestra la asombrosa delicadeza con que las diversas funciones del organismo están relacionadas entre sí en la vida normal. Consideraba la fisiología como una ciencia distinta de la física y de la química, por sus métodos de interpretación y por sus axiomas. Recordaba a Plank, quien al decir: "El concepto totalitario debe ser introducido en la física tanto como en la fisiología", quería considerar la física como una última rama de la biología, que contrasta con la opinión de algunos biólogos, que consideran su ciencia como una última y complicada rama de las físicas matemáticas. Expresaba la dificultad con que tropieza la teoría mecanicista de la vida para interpretar las correlaciones que son tan claramente manifestadas, diciendo: "No podemos formar un concepto mecánico acerca de cómo la estructura viva, tan intensamente lábil, tiende siempre a volver hacia la normalidad: cómo están coordinados los procesos de destrucción, para que vayan siempre acompañados de otros de formación. El mantenimiento de la normalidad es un hecho en toda actividad fisiológica, y no puede ser analizado mediante procesos físicoquímicos por separado."

Consideraba que se repetía una falta análoga al no distinguir la psicología de la biología. En la conducta consciente existe algo distinto de la mera vida, cuya unidad se extiende solamente a fenómenos relacionados especialmente, mientras en la conducta consciente la unidad es más amplia; comprende también las relaciones temporales; el pasado y el futuro se unifican con el presente por el interés que los comprende. La biología no trata con personalidades ni valores, sino que de ellos se ocupa la psicología, que trata de la experiencia consciente. Todo conocimiento del universo implica

S A R N A

Cúrase con SULFURETO CABALLERO

percepción. Un análisis de lo que implica percepción comprendería todo el conocimiento, y, así, alcanza la teoría idealista de Berkeley. Para él, el universo tenía personalidad y era manifestación de Dios; pero desechaba el punto de vista común a las religiones de la existencia de un mundo espiritual al lado del físico. Era un Hombre profundamente religioso, que no podía aceptar ningún credo de la religión, a pesar de lo cual, y por su gran antagonismo con el materialismo, fué solicitado para dar numerosas conferencias en congregaciones religiosas. Uno de los ensayos que componen su libro "Materialismo" fué leído por él en una iglesia, y otro, en una sinagoga. En los últimos veinte años se ocupó mucho más de filosofía que de fisiología; pero su relación con la biología le hizo distinguirse siempre de los otros filósofos. Su obra culmina en el libro "La filosofía de un biólogo". Al igual que la filosofía bri-

ANTIPHLOGISTINE

es una ayuda indispensable en el tratamiento de la influenza, gripe, afecciones de los bronquios y pulmonías.

tánica, puede considerarse como idealista, por su gran antagonismo con el realismo, pero en un sentido más profundo, era ampliamente realista, ya que consideraba el universo no retratado en las ciencias como mera apariencia, sino tal y como era. Resumía así su filosofía: "El universo real es un universo con personalidad, y la manifestación de Dios y los aspectos científicos, interpretaciones parciales, cuya naturaleza imperfecta se revela por medio de la crítica filosófica." M. B.

(Del J. of the Am. Med. Assoc.)

Ruidos del corazón en estado normal y patológico

Los estudios fonocardiográficos realizados en los Institutos de Fisiología de Buenos Aires y Córdoba por los Dres. Orías, Braun Menéndez, Cossío, Battro, Solari, Taquini, Segura y Pereira, prueban que en el corazón normal se producen siempre por lo menos tres ruidos, que son: el auricular (auscultable y registrable constantemente por vía esofágica, y, en un 10 a 36 por 100 de los casos, por vía precordial), y el primero y el segundo, auscultables y registrables fácilmente por cualquier vía. El tercer ruido fué registrado en el 60 por 100 de los adultos jóvenes; pero es posible que con los progresos

de la técnica aumente esta proporción. Los sujetos normales que tienen tercer ruido fisiológico poseen, pues, cuatro ruidos del corazón.

El ruido auricular es un fenómeno importante y de gran interés semiológico. La contracción auricular engendra tres fenómenos vibratorios con caracteres de ruido. El primero se produce en la aurícula (vibraciones de las paredes de la propia aurícula); el segundo se produce en el ventrículo (vibraciones de las paredes ventriculares al ser puestas en tensión por la sístole auricular), y el tercero es debido a un cierre parcial de las válvulas aurículoventriculares, al finalizar la sístole auricular.

El tercer ruido fisiológico coincide con los momentos finales del lleno rápido.

La mayor parte de los casos diagnosticados por auscultación como desdoblamiento del primer ruido se deben a ruidos auriculares, y la mayor parte de los llamados desdoblamientos del segundo ruido se deben al tercer ruido.

En la disociación aurículoventricular, todos los signos auscultatorios especiales (sístoles en eco, desdoblamiento accidental del primero o segundo ruido, reforzamiento del primero, segundo o tercer ruido) se deben al ruido auricular.

Con mucha frecuencia se registran al ruido auricular por vía precordial en la hipertensión arterial, y casi constantemente en el bloqueo de rama.

El ritmo de galope es provocado por una exageración de los ruidos normales: auricular o tercer ruido, o, más a menudo, por la adición de ambos. La inscripción simultánea del fonocardiograma y del pulso venoso permitió clasificar los galopes en galopes auriculares, de lleno rápido y de suma (completa o incompleta).

El chasquido de apertura de la mitral, que muy frecuentemente se confunde con un desdoblamiento del segundo ruido, se puede reconocer mediante la inscripción simultánea del fonocardiograma y del pulso venoso. El ruido agregado coincide con el vértice de la onda V, es decir, con el momento en que se abren las válvulas aurículoventriculares.

En la alternancia cardíaca, la intensidad del primer ruido alterna paralelamente con la amplitud del pulso. En cambio, a veces, el segundo ruido, más intenso, coincide con el pulso menos amplio.

DULCIMIDA

PASTILLAS DE 0.03 gr.

DULZOR DE RÉGIMEN

LABORATORIOS MORATÓ

TROMBYL

COAGULANTE NACIONAL

LABORATORIOS MORATÓ

biéndose aumentado extraordinariamente los enfermos de estos Reales Hospitales de Marina, desde el mes de junio de 94, con motivo de haber llegado a este puerto la Escuadra del Theniente General, Don Gabriel Arizabal, infestada por el vomito negro, enfermedad epidémica de este país, fué elegido el exponente entre todos los facultativos de esta plaza, para auxiliar de los dichos hospitales, cuyo servicio executo con la mayor exactitud hasta el 1.º de abril de 95, en que minorado el numero de enfermos se le mando retirar y suspender el sueldo de que había gozado. Verifícase lo segundo, pero no lo primero; porque deseando ser útil a V. Mag. suplicó al Ministro principal de marina, le permitiese continuar su merito, sin extipendio alguno. Concedida esta gracia y la de su retiro, al Medico segundo Don Alonso Romero, quedó a cargo del suplicante, un hospital donde había regularmente, mas de cien enfermos, de graves y distintas dolencias, aquienes pasaba dos visitas diarias, privándose no solamente de la utilidad y credito que en este tiempo, podía adquirir, asistiendo a los vecinos de esta Ciudad, sino tambien exponiéndose a contraer una enfermedad contagiosa y mortal, qual es la del vomito negro: pero lejos de retraerle este peligro asistia con la mayor eficacia a los enfermos mas graves de esa enfermedad, observaba sus sintomas, el exito de los medicamentos que les administraba y quanto pudiera necesitar para escribir con exactitud la historia de este terrible mal, que priva a V. Mag. de tantos utiles vasallos, haciendo sus mayores estragos en la marineria y tropa de mar; Estragos que no puede evitar la pericia de los mejores facultativos de la Escuadra, por ser desconocida en Europa dicha enfermedad y porque nada han escrito sobre ella, los Medicos nacionales y muy poco los extrangeros.

"No había concluido esta obra, quando el 12 de enero de 96, se le separo de los referidos hospitales, por haber concedido V. Mag., las plazas de Medicos Ayudantes a

designado aquél como facultativo encargado "de la conservación del virus".

Tienen explicación suficiente las relaciones entre el Dr. Romay y los médicos de la Armada. Y es que este médico cubano, que llegó a ser catedrático de Filosofía en la Universidad, y de Medicina en la Facultad, y decano, a la postre, en ambas disciplinas, tuvo *una etapa, la de sus primeras incursiones en el ejercicio profesional*, de un gran contacto con el ambiente marítimo, hasta el punto de poder ser considerado como *un médico de la Armada efectivo*, aun cuando no llegase a recaer en él un nombramiento ministerial, como lo pretendió en cierto ocasión.

En Sanidad de la Armada ocupa un lugar muy destacado por sus actuaciones en los hospitales de Marina, y por ello hacemos un sintético comentario de este su aspecto médicónaval, que lo injertamos en la historia de la vacunación en Cuba como algo privativo de la labor específica del Cuerpo.

El Dr. Don Tomás Romay fué bachiller en Artes en 24 de marzo de 1783, y en la Facultad Médica en 3 de abril de 1787. Licenciado, respectivamente, en dichas disciplinas en 1785 y 1791, alcanza el Doctorado en la última en 24 de junio de 1792.

En 10 de junio de 1794 inicia su intervención en los hospitales de Marina de La Habana, en los que afirma su competencia especial y su reconocimiento por parte de sus superiores. En el Ministerio de Marina (Generalidad de Cirujanos) hemos encontrado la solicitud original, en la que expone sus trabajos, justificativos, a su juicio, para solicitar una de las plazas en propiedad de médico de la Armada en los Reales Hospitales de Marina, y en la que descansamos su catalogación como tal facultativo de la Corporación:

"El Dr. Don Tomás Romay, profesor de Medicina y vecino de esta ciudad de Havana, postrado a los R. P. de V. M. con el más sumiso respeto, expone que ha-

TRATE LA TUBERCULOSIS

SEGÚN EL
PROF. DR. FRIEDMANN

REPRESENTANTE:
HOFFMANN.-MENÉNDEZ PELAYO, 27.-MADRID

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

PRECIO: 6,50 pesetas frasco

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

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 Mo-
nografías editadas

por

EL SIGLO
MÉDICO ●

El Problema Médico-Social de la Tuberculosis

PARA MÉDICOS Y PROFANOS

Por el Dr. TOMÁS DE BENITO

Precio, 7,50 pesetas. ●

Pedidos al Apartado 121

Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

Aceite yodado francés a 54 centigr. de yodo puro por centi-cúbico (cubo) sin ningún rastro de cloro de una tolerancia casi ilimitada.

INDICACIONES. — Todas las del yodo, de los derivados yodados orgánicos y yoduros, sin sus inconvenientes; ningún yodismo, ninguna acción congestiva sobre el pulmón.

ARTERIO y PRESCLOROSIS, ENFISEMA, ASMA, REUMA crónico y que desforma, LUMBAGO, CIATICA, GOTA, LINFATISMO, ADENOIDISMO, SIFILIS terciaria y HEREDO-SIFILIS.

FORMAS FARMACÉUTICAS :

Inyecciones - Ampollas de 1, 2, 3 y 5 cc.

Frasco de Aluminio de 20 cc. o sean 30 gramos (un centi-cubo-cúbico) contiene 0 gr. 54 de yodo que corresponde químicamente a 0 gr. 71 de K. I.

Cápsulas : 0 gr. 20 de yodo puro por cápsula (2 a 3 por término medio por 24 horas).

Emulsión : 0 gr. 20 de yodo por cucharadita pequeña.

Se halla en todas las buenas farmacias.

Concesionarios Generales

para la Exportación :

André GUERBET & C^{ie}

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.

○ PAN INTEGRAL INSOJA ○

EL PAN DE MAS ALTO VALOR NUTRITIVO Y SABOR AGRADABLE

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

Panificadora de Usera

Francisco Mora, núm. 40

Teléfono 74548 - MADRID

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

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

PARA LAS ENFERMEDADES NERVIOSAS ELIXIR POLIBROMURADO AMARGÓS

BROMURANTINE (Nombre registrado)

Calma, regulariza y fortifica los nervios

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



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

AGUAS MINERALES NATURALES
DE

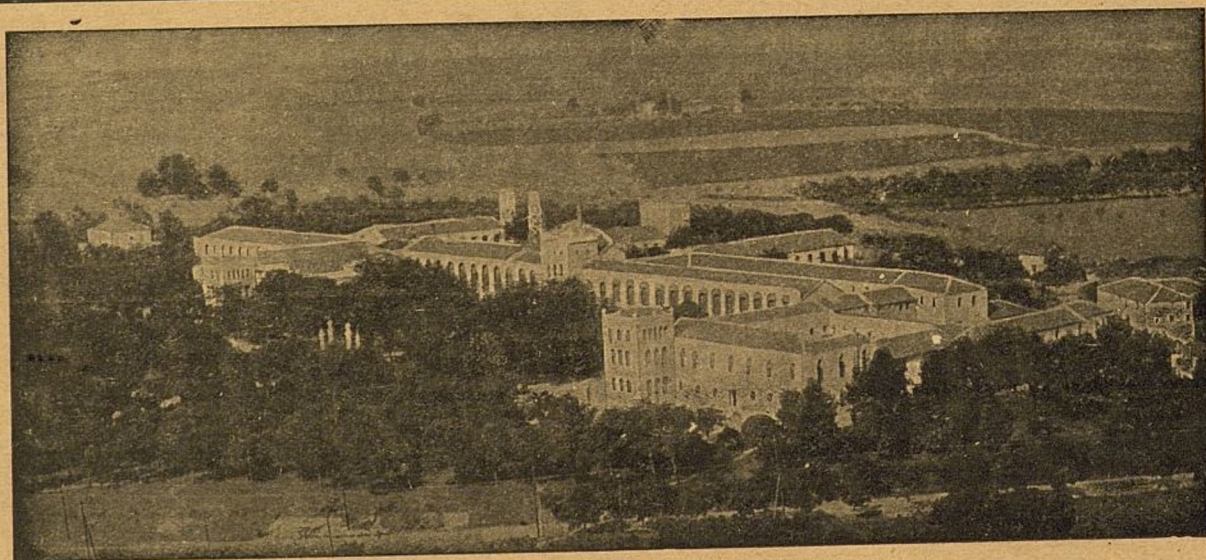
CARABANÑA

«LA FAVORITA»

PURGANTES ~ DEPURATIVAS ~ ANTIBILIOSAS ~ ANTIHERPETICAS

PROPIETARIOS: HIJOS DE R. J. CHAVARRI

== MADRID ==



SANATORIO PSIQUIATRICO ESQUERDO

FUNDADO EN 1877

PARA AMBOS SEXOS, CON SEPARACIÓN ABSOLUTA

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

TRATAMIENTOS MODERNOS ♦ CUATRO MÉDICOS INTERNOS

Director: JAIME ESQUERDO SAEZ

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

SANATORIO... { Carabanchel Alto
Teléfono 20