

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

Núm. 4.291.—Tomo 97

AÑO OCHENTA Y TRES

7 Marzo 1936

También en España, está prefiriéndose siempre más el
Jarabe «Knoll» de Paracodina

Composición:

bitartrato de dihidrocodeína (Paracodina) 0,2, extracto de grindelia 1,5, extracto de altea 1,0, ácido benzoico 0,2, glicerina 10,0, azúcar 40,0, agua destilada c. s. hasta 100,0 g.

Combate eficazmente la tos,
facilita la expectoración,
y es tomado con gusto por los pacientes
(hasta por los ancianos y los niños).

Libre de la receta oficial de tóxicos.

Fascos de 100 g: Pts. 5.75.

Publicidad exclusivamente médica.



La Paracodina surte efectos considerablemente mayores que los de la codeína. Los extractos expectorantes contenidos en el Jarabe refuerzan aún su acción béquica. El sabor agradable y la falta de efectos concomitantes, hasta en hiperdosificaciones, son otras ventajas más del Jarabe «Knoll» de Paracodina, el cual, por tanto, **puede** ser también prescrito a niños y personas de avanzada edad. — Dosis: Adultos: una cucharadita de las de café, varias veces al día. Niños de más de 1 año: $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ de la dosis.

KNOLL A.-G. Ludwigshafen am Rhein Oficina científica Madrid, Apartado 4087

Ayuntamiento de Madrid

Grandes Almacenes y Bazares Médicos LA ESTRELLA ROJA Hijos de DOMINGO QUERALTÓ

INSTRUMENTOS DE CIRUGÍA : MOBILIARIO
CLÍNICO : ALGODONES : GASAS : VENDAS
ESTERILIZADOS : BRAGUEROS : FAJAS
MATERIAL PARA LABORATORIOS Y FARMACIAS : FACILIDADES EN EL PAGO

SEVILLA
Pi y Margall, 9

MADRID
Fuencarral, 39

Correspondencia administrativa

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

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

Don Pedro López Peña, pagado fin diciembre 1936.

D. Santiago González, ídem íd.

D. Luis Díaz Rivero, ídem íd.

D. Manuel García Salgado, ídem íd.

D. Primitivo Orúe, ídem íd.

D. Juan Mariano Parra, ídem íd.

D. José Millán, ídem íd.

D. Francisco León Sotelo, ídem íd.

D. Rafael Garrido, ídem íd.

D. Luis Higuera, ídem íd.

¡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

D. Teófilo Moraleda, ídem íd.
D. Domingo Lumbier, ídem íd.
D. José del Alamo Tejada, ídem íd.
D. Miguel Vicente Figueruelo, ídem íd.
D. Lorenzo García Sánchez, ídem íd.
D. Alejandro Díaz Delgado, ídem íd.
D. Francisco López González, ídem íd.
D. Antonio Peláez, ídem febrero 1936.
D. Abundio de Celis, ídem diciembre 1936.
D. Vicente Granell, ídem íd.
D. Fernando del Rosal, ídem íd.
D. Esteban Franco, ídem íd.
D. Joaquín Gómez Fontova, ídem íd.
D. Jesús Villalvilla, ídem íd.
D. Emiliano del Pozo, ídem íd.
D. Manuel Orenzo, ídem íd.

(Continúa en la página XIX)

WALLERES PROPIOS
LA ORTOPEDIA MODERNA
GRAN CASA CONSTRUCTORA
APARATOS ORTOPÉDICOS
JALONSO S. ALFONSO
ORTOPÉDICO DEL HOSPITAL MILITAR Y DE OTROS CENTROS
Fuencarral, 98 - MADRID Tel.º 15.724

GRAN PREMIO
SEVILLA-PARIS-MILAN

GRAN PREMIO
MADRID-ZARAGOZA-MADRID

PIERNAS Y BRAZOS ARTIFICIALES
UNICA EN CORSES DE CELULOIDE MILETAR

GASAS Y ALGODONES
VENDAS
FAJAS BRAGUEROS
GOMAS

¿Viene usted a Madrid?

Hospédese

Hotel Los Leones de Oro

(entre Puerta del Sol y Gran Vía)

Calefacción :: Baños

Precios económicos : Muchas atenciones para los médicos

Hotel Los Leones de Oro.-Carmen, 30.-Madrid

ELIXIR ESTOMACAL
SAIZ DE CARLOS
(STOMALIX)

Cura el dolor de estómago, acidez, dispepsia, vómitos, diarreas en niños y adultos, dilatación y úlcera del estómago; tonifica, ayuda a las digestiones y abre el apetito, siendo utilísimo su uso para todas las molestias del

ESTÓMAGO .
INTESTINOS

Venta en Farmacias - Fideles Ballea y Laboratorio Saiz de Carlos, Barro, 30-MADRID

ANALISIS

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

Laboratorio del Dr. E. ORTEGA

Sucesor del Dr. CALDERON

Carretas, 14.-Madrid

FUNDADO EN 1866

berán estudiarlas y analizar, tanto su veracidad como las fluctuaciones relativas a los datos semejantes registrados en las semanas anteriores, y también en períodos correspondientes en años precedentes; lo que supone, naturalmente, conservación ordenada y sistemática de las agrupaciones de los datos.

B) Las Inspecciones provinciales de Sanidad procederán en este sector de actividad epidemiológica a:

1.º A la exigencia, con la máxima rigurosidad, de las notificaciones de casos comprobados o sospechosos que estén incluidos en la lista de declaración obligatoria, siendo de recordar al respecto las posibilidades de averiguación de nuevos casos al estudiar los contactos y posibles fuentes de origen de los focos infecciosos.

2.º A fomentar la aplicación de las medidas sanitarias que la declaración de casos de enfermedades infectocontagiosas exijan, bajo un criterio de práctica higiénica moderna, evitando, en consecuencia, toda molestia innecesaria o no justificada plenamente por los conocimientos actuales epidemiológicos, poniendo el máximo celo, por el contrario, en vencer todas las dificultades que pudieran presentarse cuando aquéllas estén recomendadas por su ineficacia.

3.º El estudio cuidadoso semanal de los datos recibidos regularmente cada siete días de los pueblos y villas de la provincia, misión que más personalmente podrá conferirse a los epidemiólogos de los Institutos provinciales de Higiene, y que deberán manifestarse en un informe semanal, elevado, sin excepción, a las Inspecciones provinciales de Sanidad, y que éstas conservarán a los efectos de probables ampliaciones y revisiones verificadas por orden de la Superioridad.

Dicho informe deberá contener:

Primero. El examen y análisis de las fluctuaciones en la salud pública que las cifras representan en confrontación con las de las semanas anteriores y con las de períodos correspondientes en años previos.

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

Reorganización de los Centros de Higiene

MINISTERIO DE TRABAJO, JUSTICIA
Y SANIDAD

Este Ministerio ha tenido a bien disponer:

1.º Que se reorganicen los Centros secundarios de Higiene rural, ajustándose a las consignaciones existentes en los presupuestos del Estado para los mismos y utilizando los créditos disponibles de forma que queden completamente dotados el mayor número posible de ellos, por orden de antigüedad en la creación.

La reorganización se efectuará a base de que los Centros completamente dotados dispongan de:

Un director y una instructora de Sanidad, ambos con prohibición del ejercicio profesional, como único personal de carácter fijo.

Personal técnicoespecialista, con el carácter eventual señalado en los presupuestos, para los servicios de Tuberculosis, Maternología e Higiene infantil (en todos sus grados), Lucha Antivenérea, Odontología, Oftalmología y Otorrinolaringología. La distribución de servicios puede sufrir las modificaciones que aconsejen las circunstancias que concurren en la demarcación, pero sin que el número de especialistas sea superior a seis. Para evitar duplicidad de funciones, en las localidades en que existan problemas de lucha sanitaria especial, atendidos ya por el Estado, como paludismo, tracoma, venéreo u otros, se incorporará su organización al Cen-

tro y el personal que posea llevará aneja la obligación de atender los servicios del mismo correspondientes a la especialidad respectiva.

Personal auxiliar y subalterno eventual, con el carácter de jornalero que señala el presupuesto, cuyas necesidades se fijarán en cada caso por la Inspección provincial de Sanidad, oyendo al director del Centro, y cuyo cuadro será previamente aprobado por esa Subsecretaría.

2.º Corresponderá al director la labor de orientar y coordinar estrechamente las diversas actividades del Centro, encargándose, además, de algún otro servicio, si las circunstancias lo requieren. Realizar el estudio estadístico, demográfico, epidemiológico e higiénicosocial de la demarcación, con vistas a una perfecta discriminación de las causas de enfermedad, para, en consecuencia, desarrollar las normas generales de profilaxia adaptadas al resultado de este estudio. A este fin recibirá todas las semanas de la Inspección provincial de Sanidad un resumen de los datos contenidos en las tarjetas estadísticas de los Municipios de la comarca correspondiente. El parte estadístico semanal del Ayuntamiento en que esté emplazado el Centro, se remitirá por el secretario de la Junta municipal de Sanidad a la Inspección provincial, por conducto del director del mismo. Realizará, como representante en la demarcación de su jefe inmediato el inspector provincial de Sanidad, todas aquellas funciones que, por delegación, le sean encomendadas por el mismo.

En tanto no figure la oportuna consignación en los presupuestos del Estado, los Institutos provinciales de Higiene procurarán facilitar a los Centros que no los posean los medios de transporte necesarios para el cumplimiento de sus funciones en la demarcación.

A la instructora de Sanidad corresponderá dedicar la totalidad o la mayor parte de su tiempo a las visitas domiciliarias, por ser ésta su más específica misión, evi-

Este estudio servirá de base para la concesión de subvenciones y para suspender temporal o definitivamente aquellos cuyo rendimiento sea insuficiente.

8.º Las cantidades consignadas para las atenciones de los Centros de Higiene se girarán a las Inspecciones provinciales de Sanidad, las cuales, de acuerdo con el director del Centro secundario correspondiente, dispondrán la inversión de las mismas.

9.º Se exceptúa de la reglamentación que esta Orden establece el Centro Secundario de Higiene Rural de Vallecas, que se regirá por Reglamento especial.

Queda sin efecto todo lo dispuesto en Ordenes anteriores sobre Centros secundarios y primarios de Higiene rural que se oponga al contenido de la presente.

Gaceta del 13 de febrero de 1936.

Este Ministerio ha tenido a bien disponer:

A) Las Secretarías de las Juntas municipales de Sanidad, encargadas, conforme a la legislación actual, de la coordinación sanitaria en sus demarcaciones locales respectivas:

1.º Exigirán, dentro de las circunstancias particulares de sus jurisdicciones, y en especial de aquellas relacionadas con medios de transporte y comunicaciones, la rigurosidad y urgencia en el envío de los datos estadísticoepidemiológicos, cuidando muy especialmente de mejorarlos todo lo que sea posible, bajo la impresión repetidamente manifestada en esta Orden de considerar servicio de primordial importancia la notificación de los casos y defunciones por enfermedades infectocontagiosas contenidas en la lista de declaración obligatoria.

2.º Que anteriormente a la remisión de estas series semanales al señor inspector provincial de Sanidad de-

TERTULIA MEDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

AMENIDADES

7-III-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.

LEEUEWENHOEK

El primer cazador de microbios (1)

(CONCLUSIÓN)

Vemos con esto que Antonio Leeuwenhoek aceptaba y alababa todo como buen hijo de su tiempo; en aquel siglo, los investigadores no habían llegado aún, como hizo más tarde Pasteur, a desafiar a Dios y protestar airadamente de las crueldades injustificadas que la Naturaleza comete con la Humanidad, con sus hijos...

Cumplió Leeuwenhoek los ochenta años y se le aflojaron los dientes, como tenía que sucederle, aun tratándose de un organismo tan fuerte como el suyo; no se quejó de la inexorable llegada del invierno de su vida; se sacó un diente y examinó con sus lentes los animalillos que encontró alojados en la raíz hueca. ¿Por qué no estudiarlos una vez más? ¿Descubriría tal vez un nuevo detalle que le hubiera pasado inadvertido anteriormente?

Al llegar a los ochenta y cinco años, sus amigos le recomendaron

CARABANA: el mejor purgante

descanso y que abandonase sus estudios. Frunció el entrecejo, y abriendo sus ojos, aún llenos de viveza, replicó:

—Los frutos que maduran en el otoño son los que más duran.

¡A los ochenta y cinco años decía que se encontraba en el otoño de su vida!

(1) Reproducimos este interesantísimo capítulo del notable libro de Pablo Kruif, *Los cazadores de microbios*. Creemos que esta obra debe ser intensamente divulgada entre los médicos, y a ella dedicaremos un estudio especial en breve. La traducción española ha sido hecha con gran acierto por Pablo Martínez Strong, y el libro está editado por la Editorial Granada.

Leeuwenhoek era algo espectacular; le complacía oír los ¡oh! y los ¡ah! de las gentes a quienes consentía asomarse a su mundo microscópico, o a las que dirigía sus deshilvanadas y maravillosas cartas; pero tenían que ser filósofos y perso-



nas amantes de la ciencia. En cambio, no era maestro. «Nunca he enseñado a nadie—escribió una vez al célebre filósofo Leibniz—, porque si enseño a uno tendría que hacer lo mismo con otros. Me sometería yo mismo a una esclavitud, y lo que deseo es seguir siendo un hombre libre.»

«Pero si no enseña usted a los jóvenes, desaparecerá de la tierra el arte de fabricar lentes tan preciosas como las suyas y de observar los nuevos animalillos», contestó Leibniz.

«Hace ya tiempo que los profesores y estudiantes de la Universidad de Leyden, que quedaron estupefactos ante mis descubrimientos, contrataron tres pulidores de lentes para que fueran a enseñarles. ¿Y qué ha resultado de todo ello?

»Nada, a mi juicio, porque casi todos los cursos que allí se dan no tienen otra finalidad que el ganar dinero, validos del conocimiento de las cosas, o conquistar el respeto del mundo mostrando a las gentes lo sabios que son, asuntos que no tienen nada que ver con el descubrimiento de las cosas ocultas a nuestros ojos. Estoy convencido de que entre un millar de personas no hay una que sea capaz de continuar mis estudios, porque para ello se necesita disponer de tiempo ilimitado, gastar mucho dinero y, además, estar siempre ensimismado, si se ha de lograr algo...»

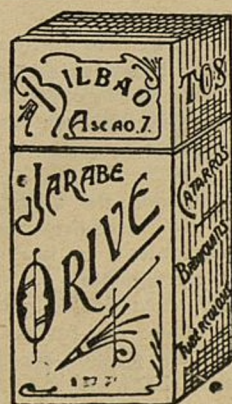
Así fué el primer cazador de microbios. En 1723, cuando contaba

noventa y un años y en su lecho de muerte hizo llamar a su amigo Hoogvliet. No pudo alzar la mano; sus ojos, antes llenos de animación, estaban apagados, y el cemento de la muerte empezaba a pegar sus párpados; aun así, murmuró:

—Hoogvliet, amigo mío, hazme el favor de que pongan en latín esas dos cartas que hay encima de la mesa... Envíalas a Londres, a la Real Sociedad...

Cumplía así la promesa que hubo de hacer cincuenta años antes, y al escribir Hoogvliet, remitiendo las cartas, decía: «Envío a ustedes, doctos señores, este último presente de mi moribundo amigo, esperando que sus postreras palabras les serán gratas.»

Así traspuso esta vida el primer cazador de microbios. Ya oiréis hablar de Spallanzani, que era mucho más brillante; de Pasteur, que supe-



FORMULA
POR 20
GRAMOS

Tihocol.... 23 cent.
Codelna... 1 —
Arrhenal. 2 —

Precio al público 4,95 ptas.

ró en imaginación a Leeuwenhoek; de Robert Koch, que hizo mayor bien aparente e inmediato, tratando de librar a la Humanidad de los tormentos causados por los microbios, y de otros muchos investigadores que gozan hoy día de mucha mayor fama; pero ninguno de ellos ha sido tan honrado, tan desconcertantemente preciso como el conserje holandés, de cuyo magnífico sentido común todos podían haber tomado lecciones.

FIMONAL



VIAS
RESPIRATORIAS

Ayuntamiento de Madrid

LA GUERRA BACTERIOLÓGICA

POR EL
Prof. R. DUPÉRIÉ

Un artículo reciente del publicista inglés Wickam Stee, relativo a las experiencias alemanas de contaminación microbiana de las calles y subsuelo de la región parisense por medio de aviones, ha producido alarma en la opinión, que considera esta gue-

ARTE GRAFICO

Fotografado. Hortaleza, 21. Tel. 14623
Especialidad en trabajos para Laboratorios

rra bacteriana como particularmente peligrosa. Estudiaremos:

A. Mediante qué mecanismo puede verificarse la guerra bacteriana.

B. Qué microbios pueden utilizarse, qué riesgos corremos con la guerra de los microbios y qué daños pueden causarnos.

C. De qué modo podremos defendernos.

A. MECANISMOS DE LA AGRESIÓN DE LOS MICROBIOS DE GUERRA.

1.º Producción de epidemias localizadas en un cuartel, campo o aglomeración, por la contaminación de los alimentos.

La contaminación de fuentes, ríos, pozos, etc., es un procedimiento tan viejo como el mundo, y jamás ha dado resultado.

2.º Actualmente se ambiciona más: interesa crear importantes focos epidémicos. Como la vía aérea es el modo de contaminación más importante y peligroso, lo estudiaremos particularmente.

La puerta de entrada del agente infeccioso es el árbol respiratorio, cuya infección equivale a la inyección subcutánea experimental.

La propagación aérea de los gérmenes patógenos ofrece dos formas:

a) En forma de polvos secos, considerados desde hace ya mucho

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

tiempo poco eficaces o incapaces de producir otra cosa que casos aislados de infección.

b) En forma de polvos microbianos acuosos, gotitas microbianas, en las que los microbios están contenidos en un medio líquido que les sirve de alimento. Estas gotitas microbianas constituyen el medio más nocivo para difundir los microbios. Pueden utilizarse bombas microbianas y pulverizaciones en la atmósfera mediante aeroplanos.

Fácilmente, algunos microbios «en polvo seco» pueden cubrirse espontáneamente con una película acuosa, gracias a la condensación del vapor acuoso atmosférico de la niebla; las partículas microbianas electrizadas obran como núcleos de condensación.

1.º Condiciones físicoquímicas de la dispersión de una nube microbiana.

La producción experimental de una nube en el seno de una atmósfera limitada, en un recipiente cerrado, puede obtenerse mediante una brusca depresión, ya barométrica, ya termométrica, con la condición de que la atmósfera limitada sea rica en vapor de agua y en polvo.

Experimentando en estas condiciones, se observa que la nube acuosa se aclara más o menos rápidamente, las gotitas más voluminosas descienden al fondo del recipiente o se pulverizan; las más pequeñas, nube invisible, descienden a su vez, pero lo hacen a reducida velocidad, que puede ser calculada mediante la ley de Stokes: una gotita del tamaño aproximado de un micrón (una milésima de milímetro) desciende, por ejem-

CAFE HAG
SIN CAFEINA
NERVIOS Y CORAZON

plo, 10 milímetros en diez minutos, a temperatura de 15°.

Se han estudiado los modos de transportarles: serían incorporados a nubes de gases arseniosos (pero arsenas y estreptococos no hacen buenas migas); se ha propuesto contaminar directamente los proyectiles. Advirtamos que la contaminación espontánea de los proyectiles por el contacto con el suelo, vestidos y piel de los combatientes, tal como la realizan los *B. perfringers*, *oedematiens*, *bellonensis*, parece mucho más temible.

Colocaremos en un mismo grupo cierto número de enfermedades, cuyo agente patógeno es conocido y cultivable, pero cuyo modo de propagación es hídrico. Aquí no interviene la vía aérea; las epidemias que causan tienen extensión limitada. Si la mayoría de estas infecciones: disenterias bacilares, cólera, infecciones tifoparáticas, pueden provocar terribles epidemias, no se debe olvidar que contra todas ellas poseemos armas poderosas: vacunas, sueros, bacteriófagos, cuyo empleo se deberá generalizar en tiempo de guerra.

Influencia de la temperatura sobre las nubes microbianas.—El enfriamiento brusco de una atmósfera microbiana de grado higrométrico ele-

vado aumenta el peso de las gotitas, por lo cual su caída es acelerada. Esta caída rápida aumenta las superficies de siembra, facilitando una mayor posibilidad o probabilidad de contagio. Así se explica la influencia del frío en la propagación de las epidemias.

Influencia de las corrientes de aire sobre la conducta de una nube microbiana.—Una corriente de aire, por

CALCINHEMOL ALCUBERRO

Poderoso antianémico
ALCALA, 88. — MADRID

fuerte que sea, es insuficiente para purificar una atmósfera polucionada; experimentalmente, podemos observar el avance de los microbios en sentido contrario al de la ventilación. Sin embargo, el viento arrastra la mayoría de los gérmenes, y hasta puede seleccionarlos; según el tamaño, los mayores y de más edad se separan de los más jóvenes y menos voluminosos. En un local, el uso de ventiladores puede movilizar los gérmenes y localizarlos en puntos determinados.

Influencia de la presión atmosférica.—Un cambio brusco de la presión, por ejemplo, una rápida depresión, provoca una caída casi instantánea de la nube microbiana, y equivale a un enfriamiento termométrico.

La nube microbiana puede «nutrir» los microbios.—Los microbios de las gotitas alimentan con los gases del aire; la composición química de la atmósfera es el factor químico de la propagación de los microbios.

Los productos gaseosos procedentes de la respiración o de las descomposiciones animales y vegetales modifican notablemente dicha composición. De ello resultan ambientes neutros, ácidos o alcalinos que actúan sobre los microbios del aire.

En las gotitas microbianas, forma-

ALMORRANAS Internas, externas

y afecciones del recto. Medicación hemorroidal completa.

Doctor RIBALTA -- Prospectos gratis.

Rambla Cataluña, 44.—BARCELONA

das con agua destilada, los microbios pierden rápidamente vida y virulencia; una y otra las mantienen los vestigios de «alimentos gaseosos». El aire del «metro», cargado de respiraciones humanas, es más favorable para la propagación de los gérmenes que el aire de los sumideros, cargado de gases tóxicos, pero incapaces de alimentar a los microbios.

En medios confinados, la temperatura (Continúa en la página XVIII.)



**UROMIL
SALZ**

Eter etil-fenil-cincónico—Sales de Piperacina—Hexametilentetramina

INDICADO EN LOS CASOS DE
METABOLISMO ANORMAL

Moviliza - disuelve y elimina

EL ÁCIDO ÚRICO

SUPRIME LAS CAUSAS DE LA DIÁTESIS

ANTIGOTOSO

ÁCIDO ÚRICO

INDICADO EN LAS
MANIFESTACIONES DE
LA DIÁTESIS ÚRICA

EFICAZ EN LAS
ENFERMEDADES DEL
METABOLISMO

LABORATORIOS VIÑAS
CLARIS, 71 - BARCELONA

EL SIGLO MEDICO

Desea en las capitales de provincia (excepto Madrid y Barcelona) y en poblaciones importantes

DELEGADOS

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

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

Ayuntamiento de Madrid



UVESTEROL

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

GOTAS UVÉ

SALES METALICAS
NI ARSENICO-NI ESTRICNINA
TODAS LAS ANOREXIAS

TUBERCULOSIS-LINFATISMO-RAQUITISMO-DESMINERALIZACION

PRIMERO PRODUCTOS FRANCESES IRRADIADOS POR RAYOS ULTRA-VIOLETA

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

LABORATORIO MONTESFER
BENITO GUTIERREZ 27
TELEFº 42478 y 43407
MADRID



TIROFÁN

COMPRIMIDOS DE
TIROIDINA Y ÁCIDO
FENILQUINOLINCARBÓ-
NICO

CONTRA EL ARTRITISMO-GOTA y REUMATISMO EN GENERAL

LABORATORIO MONTESFER
BENITO GUTIERREZ 27
TELEFº 42478 y 43407
MADRID

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 REDACCION CIENTIFICA

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

Conde de Gimeno. Presidente de la Academia Nacional de Medicina

VOCALES

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

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

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

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

PRECIOS DE SUSCRIPCION

En toda España, América y Portugal, 25 pesetas al año, 14 semestre y 8 trimestre. Los demás países, 50 pesetas. Número corriente 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 7 de Marzo de 1936

::

Núm. 4291

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: Gases de guerra en Oftalmología, por el Dr. M. Renedo.—Los peligros de intoxicación en industrias donde se maneja benzol o hencina, por el Dr. M. Maestre Ibáñez.—Divulgaciones científicas de actualidad: El insulínato de protamina, por H. C. Hagedorn, B. Norman Jensen, N. B. Krurup e I. W'ostrop, de Copenhague.—La prostatectomía en su fundamento anatomopatológico, por el Dr. Angel Pulido.—BIBLIOGRAFÍAS.—PERIÓDICOS MÉDICOS.

Gases de guerra en Oftalmología

POR EL

Dr. M. RENEDO

Jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital Militar de Madrid (Carabanchel)

Sentido de privilegio el de la vista, vía de entrada del 80 por 100 de nuestra vida espiritual, órgano por excelencia que nos proporciona la percepción de la belleza, el encanto de la luz y sus maravillosas tonalidades, es de esencial valor en la guerra para la defensa y en el ataque.

Es lógico que, desde que la guerra existe—que es igual que decir desde que aparece la humanidad—, haya sido importante cometido táctico y estratégico el dificultar la función visual de los ejércitos enemigos, concediéndose a este hecho una gran significación.

Antes del comienzo de nuestra Era Cristiana, ya encontramos datos concretos respecto al empleo de humos, gases o polvo como medio de quebrantar la resistencia del enemigo al dificultarle la visión.

Alcibiades, en la guerra de Sicilia (415 a. de J.), utilizó como medio estratégico el prender fuego a las plantaciones de enebro que separaban a los ejércitos de Atenas y Siracusa. Aprovechando un fuerte viento contrario a los segundos, que empujaba las grandes nubes de humo, obligó al enemigo a emprender una rápida fuga, logrando una gran victoria.

Durante las guerras púnicas sicilianas, el caudillo cartaginés Himilco (405 a. de J.), en el sitio de Cranión y frente a las tropas de Dionisio, aprovechó también la oportunidad de un fuerte viento para quemar grandes cantidades de leña, pudiendo avanzar los soldados del primero, ocultos por el humo, sin ser vistos por los griegos sicilianos, hasta las mismas murallas de la ciudad, en la que, sirviéndose de una traición, lograron penetrar.

Iscolaos, luchando con los atenienses en Tracia (primera mitad del siglo IV a. de J.), los desplaza proyectando nubes de humo, obligándolos a una retirada por terreno, de un lado, abrupto y lleno de precipios, y batido por sus soldados por el otro, consiguiendo así la victoria. En esta misma guerra, el general en jefe de los atenienses, Ipócrates, hace una retirada perfecta durante la noche, favorecido por la atmósfera de humo provocada por el incendio de un bosque, y sin que el enemigo se diese cuenta, lo que le permite caer sobre

él por sorpresa al día siguiente y destrozarlo, cuando se dedicaba tranquilamente al pillaje en las posiciones abandonadas por aquél el día anterior.

Tomadas posiciones por Epaminondas en el año 367, ante un puente del río Spercius, logra atravesarlo atacando a los de Tesalia, ocultando su ejército durante la noche quemando montañas de hierba seca. El mismo caudillo, en Tegea, durante la guerra con los espartanos, ordena unas maniobras de caballería que levantan ingentes nubes de polvo que el viento arrastra hacia el enemigo, cegándole y logrando derrotarle.

En otras ocasiones los caudillos han ordenado a sus tropas procuren dirigir sus ataques a los ojos del enemigo. Así fueron vencidos los galos por los romanos en la batalla de Telamón, en Etruria, el año 225 antes de la Era Cristiana.

El mismo César, en la batalla de Farsalia (año 48 a. de J.), ordena a sus legiones dirigir los golpes a los ojos del enemigo, que, levantando las manos para protegerlos, huyen a la desbandada.

En la campaña de Sartorio contra los cartagineses en España (año 77), y aprovechando un fuerte viento Norte con dirección al enemigo, ordenó a sus tropas remover una gran cantidad de tierra, lanzándola al alto para que el aire la arrastrara, con lo que el polvo, penetrando en las cuevas defendidas por los cartagineses, y cegando sus ojos, obligó a los nacionales a rendirse al tercer día de lucha.

De medio agresivo de guerra contra el aparato visual—y para citarlo como curiosidad—puede calificarse el deslumbramiento producido por una luz intensa, y que también ha sido utilizado en la antigüedad con fines estratégicos y tácticos.

Timoleón (año 339 a. de J.), favorecido por una violenta tempestad que batía la espalda de sus tropas y el frente del enemigo, al que cegaba la luz intensísima de los continuos relámpagos, logró el aniquilamiento de los cartagineses en una batalla sostenida en el río Crimisos, en las proximidades de Segesta, en Sicilia.

En los campos Randios presentó Mario batalla a los cimbrios (101 a. de J.), y suponiendo que el enemigo,



es necesario una suficiente aportación de las vitaminas A y D, dosificadas individualmente, lo que sólo es posible con el uso combinado de

VIGANTOL

VITAMINA D CRISTALIZADA Y

VOGAN

VITAMINA A ESTANDARDIZADA DE ALTA CONCENTRACION

los dos preparados clásicos para el tratamiento de las afecciones originadas por carencia de las Vitaminas A y D.

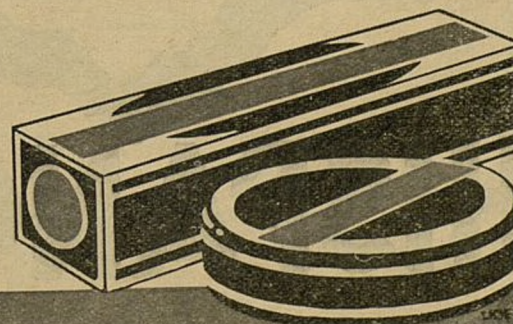
FABRICADOS Y GARANTIZADOS
MANCOMUNADAMENTE POR

» *Bayer* «

LEVERKUSEN a. Rh.

E. MERCK

D A R M S T A D T



DE EFEDRA ESPAÑOLA

EFEDRINA 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

La medicación clásica de la **EPILEPSIA**

JARABE ANTI-EPILEPTICO URGELL

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

Pureza de componentes. Tolerancia máxima.

De venta en farmacias y centros de específicos.

FORMULA:

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

EL SALVADO El más apetitoso correctivo del estreñimiento



Cuando el paciente es en demasía refractario a las medicinas o no tolera los laxantes habituales, puede recetarse el salvado con seguridad absoluta, sobre todo si se trata del Kellogg's ALL-BRAN.

Con el salvado se consigue el volumen tan necesario para la debida eliminación. El proceso especial a que está sometida la fabricación del Kellogg's ALL-BRAN hace a éste excepcionalmente fino, tierno y sabroso. Además obra como vigorizante de la sangre por su riqueza en hierro.

Servido con leche fría o con nata es delicioso. A cualquier médico que lo pida se le enviará, gratis, un paquete entero.

Kellogg's
ALL-BRAN

(TODO SALVADO)

el remedio benigno y natural contra el ESTREÑIMIENTO

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

Plaza Mayor, 24-MADRID

:: Campaneros, 26-VALENCIA

Asociación
Digitalina - Uabaina



Reemplaza con ventaja la
Digital y Digitalina

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

LABORATORIOS DEGLAUDE
15, Boulevard Pasteur.-PARIS

Muestras y José M.^a Balasch Cuyás (Farmacéutico)
literaturas: Avenida 14 de Abril, 440.—BARCELONA



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)

*Gripe, Neumonías
Bronconeumonías*

Profiláctico de la gripe

Pulmoquinol

*Quinina básica
y alcanfor en
solución etéreo-
balsámico-oleosa*

DOSIS
para niños y adultos

NIÑOS: Caja de 5 ampollas de 1,1 c. c.
ADULTOS: Caja de 10 ampollas de 2,2 c. c.

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, CIÁTICA, 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

LABORATORIOS
CAMPOS FILLOL
VALENCIA

LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal

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

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día

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

LACTOBULGARINA

Ayuntamiento de Madrid

Vaya de esta forma la respuesta al Dr. García de Maguregui, que en atenta carta nos pregunta cuál es nuestro programa definitivo, para, en su caso, incorporarse varios compañeros a nuestro movimiento.

Creemos que nunca puede darse un programa definitivo más bello que ese: justicia. Pero como comprendemos que quizá resulte esa palabra un término demasiado abstracto para lograr adheridos, repetimos a nuestros compañeros que tenemos el propósito de enviar a todos una circular en la que exponremos nuestros proyectos y nuestro particular criterio, para que después de perfilado con las opiniones de todos los adheridos podamos lanzar un manifiesto a toda la clase médica española, con nuestros nombres y apellidos, como garantía—por nuestra historia de escritores médicos—de que no nos mueven al hacerlo otros fines que los de una reivindicación de clase justa, humana y necesaria.

A. LOZANO BORROY.

Palamós (Gerona), marzo de 1936.

NUEVOS TRIBUNALES para juzgar los ejercicios de oposición a plazas de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria

MINISTERIO DE TRABAJO, SANIDAD Y PREVISION

Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia.—Circulares.

Habiendo presentado la renuncia de sus cargos algunos señores vocales que componían los Tribunales para juzgar los ejercicios de oposición a plazas de médicos de Asistencia Pública Domiciliaria, se ha hecho preciso modificar tales Tribunales y, en uso de las facultades que se le confieren por las disposiciones vigentes, esta Subsecretaría ha tenido a bien disponer que dichos Tribunales queden constituidos definitivamente en la forma siguiente:

TRIBUNAL DEL PRIMER GRUPO

Presidente, D. Enrique Bardají López, inspector provincial de Sanidad de Madrid.

Vocales: D. Manuel Bastos Ansart, auxiliar de la Facultad de Medicina de Madrid.

Don Jesús Sahagún Torres, médico del Instituto provincial de Higiene de Avila.

Don José Aguila Collantes; y

Secretario, D. Modesto Para Santa Engracia, médico del Cuerpo de Asistencia Pública Domiciliaria.

Suplentes.

Presidente, D. Joaquín de Prada F. Mesones, inspector provincial de Sanidad de Salamanca.

Vocales: D. Ricardo Díaz Sarasola, auxiliar de la Facultad de Medicina de Madrid.

Don Santos Novillo García, médico del Instituto provincial de Higiene de Ciudad Real.

Don Santiago Torres Alonso; y

Secretario, D. Conrado Gutiérrez Panadero, médicos del Cuerpo de Asistencia Pública Domiciliaria.

TRIBUNAL DEL SEGUNDO GRUPO

Presidente, D. Tomás Peset Aleixandre, inspector provincial de Sanidad de Valencia.

Vocales: D. Isidoro Rodríguez Trigueros, auxiliar de la Facultad de Medicina de Madrid.

Don Eduardo Suárez Peregrín, médico del Instituto provincial de Higiene de Granada.

Don Nicolás Martín Cirajas; y

Secretario, D. Antonio Salamanca Rodríguez, médicos del Cuerpo de Asistencia Pública Domiciliaria.

Suplentes.

Presidente, D. Emilio Ferragud Folqués, inspector provincial de Sanidad de Alicante.

Vocales: D. Manuel González Ralero, auxiliar de la Facultad de Medicina de Madrid.

Don Eugenio Peralta Alférez, médico del Instituto provincial de Higiene de Almería.

Don Francisco Manzano Godino; y

Secretario, D. Francisco Forte Merino, médicos del Cuerpo de Asistencia Pública Domiciliaria.

TRIBUNAL DEL TERCER GRUPO

Presidente, D. Pedro García-Dorado Seirullo, inspector provincial de Sanidad de Avila.

Vocales: D. Dionisio Herrero García, auxiliar de la Facultad de Medicina de Madrid.

Don Guillermo La Rosa King, médico del Instituto provincial de Higiene de Madrid.

Don Araceli Carrasco; y

Secretario, D. Rafael Fernández Franco, médicos del Cuerpo de Asistencia Pública Domiciliaria.

Suplentes.

Presidente, D. José Pérez Mel, inspector provincial de Sanidad de Albacete.

Vocales: D. Vicente Sanchís Perpiñán, auxiliar de la Facultad de Medicina de Madrid.

Don Mariano Carderera Riva, médico del Instituto provincial de Higiene de Huesca.

Don Eduardo Albert Arambul; y

Secretario, D. Tomás Rey González, médicos del Cuerpo de Asistencia Pública Domiciliaria.

Lo que se hace público para general conocimiento.

Madrid, 28 de febrero de 1936.—El subsecretario, C. Bolívar Pieltain.

* * *

El Tribunal para las oposiciones a ingreso en el Cuerpo Médico de Sanidad Nacional quedará constituido definitivamente en la forma siguiente:

Presidente, D. Santiago Ruesta y Marco.

Vocales: D. Manuel Tapia Martínez, D. Emilio Luengo Arroyo, D. Jesús Jiménez Fernández de la Reguera y D. Julio Freijanes Malingré, actuando el más moderno de secretario.

Suplentes: D. Pablo Montañés Escuer y D. Rodrigo Varo Uranga.

Lo que se hace público para general conocimiento.

Madrid, 28 de febrero de 1936.—El subsecretario, C. Bolívar Pieltain.

(Gaceta del 29 de febrero.)

SECCION OFICIAL

"GACETA" DEL 13 DE FEBRERO:

Ministerio de Trabajo, Justicia y Sanidad.—Reorganización de los Centros de Higiene rural. (Se publicará en el folletón, para incorporarla a la obra "Oposiciones".)

Ministerio de Trabajo, Justicia y Sanidad.—Orden.—Ilmo. Sr.: Presentadas en este Centro diversas solicitudes de médicos del Cuerpo de Sanidad Nacional solicitando acogerse a los beneficios del Decreto de 29 de junio de 1933, por el que se consideraba en servicio activo, dentro del Escalafón del expresado Cuerpo, a los médicos que posteriormente a su ingreso en el mismo hubiesen obtenido cargos cifrados en el presupuesto de Sanidad no pertenecientes a las plantillas de su Cuerpo de origen,

Este Ministerio ha tenido a bien disponer que, interpretándose el expresado Decreto estrictamente a su letra y espíritu, sean denegadas todas las solicitudes que de acogerse al mismo se presenten, ya que la expresada disposición limitó su efectividad en su artículo primero a los que en aquella fecha se encontraban en la mencionada situación.

"GACETA" DEL 14 DE FEBRERO:

Ministerio de Trabajo, Justicia y Sanidad.—Decreto que concede la inamovilidad y permanencia en sus cargos a los profesores titulares y auxiliares de la Escuela Nacional de Puericultura que obtuvieron sus cargos mediante concurso-oposición.

"GACETA" DEL 15 DE FEBRERO:

Ministerio de Instrucción pública y Bellas Artes.—Orden que concede 50.000 pesetas para establecer un Sanatorio de Investigaciones Clínicas y una instalación de radioterapia anejos a la cátedra de Terapéutica quirúrgica de la Facultad de Medicina de Madrid. (Esta cátedra desaparece en el nuevo plan de estudios recientemente decretado.)

Otra, concediendo otro tanto para la reforma y conservación de la Escuela de Matronas de Santa Cristina.

"GACETA" DEL 18 DE FEBRERO:

Ministerio de Trabajo, Justicia y Sanidad.—Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia.

Ilmo. Sr.: Dispuesto en el artículo segundo del Decreto de 22 de enero último que continúe en vigor la organización de la Comisión permanente de Investigaciones sanitarias, y siendo de urgencia el dar comienzo nuevamente a su funcionamiento,

Este Ministerio ha tenido por conveniente disponer que la mencionada Comisión quede constituida definitivamente en la siguiente forma:

Presidente. D. Gustavo Pittaluga Fattorini.

Vocales: D. Teófilo Hernando Ortega, D. Marcelino Pascua Martínez, D. Sadí de Buen Lozano, D. Manuel Tapia Martínez y D. Antonio Madinaveitia Tabuyo.

Secretario, D. Francisco Martínez Nevot.

Este Ministerio ha tenido a bien disponer que, en lo sucesivo, quedarán redactados en la forma que a continuación se expresan los artículos siguientes de la Orden del Ministerio de la Gobernación de 16 de mayo de 1932:

Artículo 8.º Los Tribunales serán nombrados por la Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia, debiendo formar parte de ellos: el inspector provincial de Sanidad, como presidente, y dos vocales, uno de los cuales será el médico director del Dispensario de Higiene Mental de la provincia donde exista, o, en su defecto, un representante psiquiatra de la Liga Española de Higiene Mental, designado por la Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia entre una terna propuesta por dichas Sociedad, y otro, un psiquiatra de la Beneficencia provincial, designado por el mismo procedimiento.

Artículo 9.º Las actas de examen serán remitidas a la Sección de Psiquiatría e Higiene Mental, extendiéndose por la Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia los oportunos diplomas.

GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 701,3; ídem mínima, 686,8; temperatura máxima, 8,8º; ídem mínima, —1,2º; vientos dominantes, O. NNE. y SO.

En los adultos, han sido frecuentes los procesos reumáticos articulares agudos, con iniciación brusca por escalofríos y fiebre alta. También lo han sido los catarros agudos de las vías respiratorias, con abundante expectoración.

En los niños disminuye la frecuencia del sarampión, pero subsiste la de la tos ferina. También abundan las adenitis fínicas y el conjunto de procesos que se denominan escrófula.

CRONICAS

Cosido al periódico enviamos prospecto de la Casa Bayer. Recomendamos su lectura y pedido de muestras a nuestros suscriptores.

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

"Treinta Lecciones de Análisis Clínicos", por el Doctor M. Maestre Ibáñez.—Adjuntamos con este número un prospecto que contiene los sumarios de los diferentes capítulos de este libro.

Para certificados de Penales, para el pago de derechos a oposiciones de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria, para adquisición de libros, diríjanse a la Sección de Consultas y Servicios Anejos, regentada por D. Manuel Blázquez.

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

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

CESTONA AGUAS Y BALNEARIO DE CESTONA

(S. A.)

GUIPUZCOA (cerca de San Sebastián)

EL CARLSBAD DE ESPAÑA

Unicas indicadas con éxito maravilloso para las enfermedades del
HIGADO, INTESTINOS, ESTREÑIMIENTO, ARTRITISMOS, NEURASTENIA, ETC., ETC.

Se exportan en botellas de a litro.—De venta en todas las farmacias y droguerías.

TEMPORADA OFICIAL: DE 15 DE JUNIO A 30 DE SEPTIEMBRE

ITINERARIOS: Para viajeros procedentes de la línea del Norte, estación Zumárraga.—Para la línea de los Vascongados de Bilbao a San Sebastián, estación Zumaya.—El ferrocarril eléctrico de "UROLA", de Zumaya, se une con el Norte en Zumárraga y en Zumaya con el de los Vascongados, pasando por Cestona, con estación en el mismo balneario, llamada CESTONA-BALNEARIO.

Pídanse noticias directamente a CESTONA (Guipúzcoa)

¿Usa usted gafas?

Para todo uso debe exigir de su óptico despache
su receta con los nuevos cristales

«Puntual Cuyás»

Cristal Puntual ANACTINICO (prácticamente
blanco), que filtra la luz y aumenta la agudeza
visual.

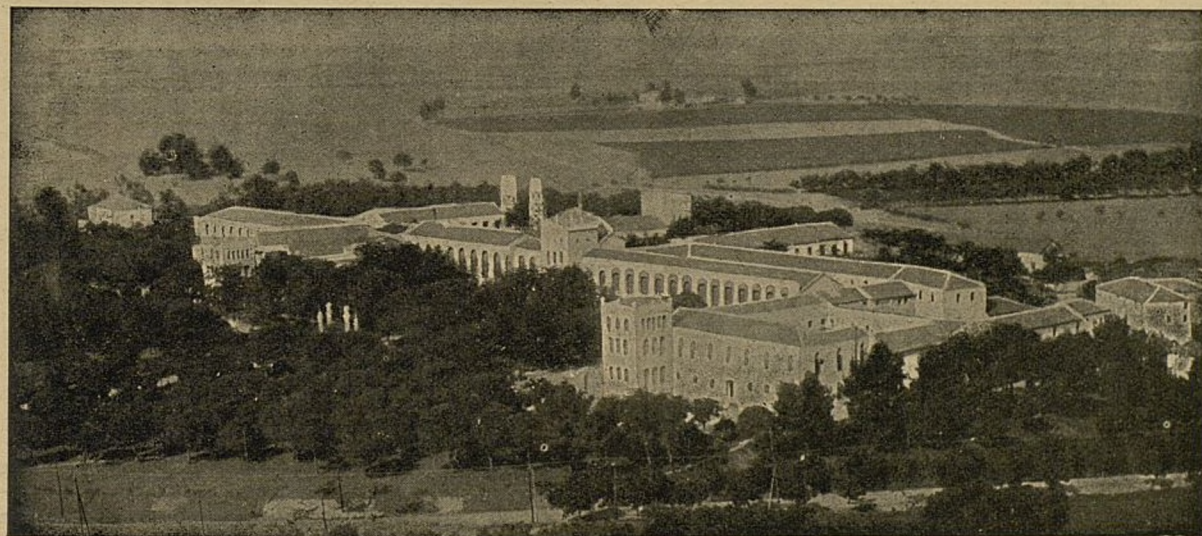
Cuando deba proteger sus ojos de una luz intensa,
debe usar los cristales de color científico

«Luxtal»

que absorben los rayos infrarrojos sin colorear las
imágenes.

SE FABRICAN EN TODAS LAS GRADUACIONES

PIDA FOLLETOS EXPLICATIVOS A TODOS LOS OPTICOS DE ESPAÑA



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



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 ==

Vías respiratorias

JARABE FAMEL
a base de Lactocresosol soluble

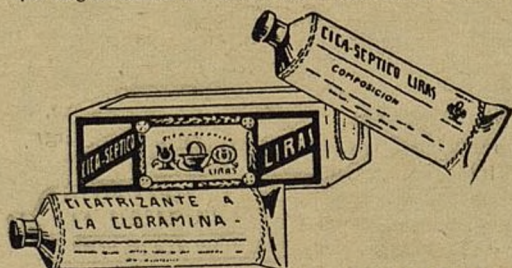
**ACCIÓN
RÁPIDA
Y
SEGURA**

calma la tos
facilita la expectoración
reanima el estado general

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

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.—Laboratorio Liras.—Burgos Villadiego

ALMORRANAS



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

tura elevada, que dificulta la dispersión física de los gérmenes, favorece la multiplicación de los microbios alimentados. El descenso de la temperatura, por el contrario, fija los microbios y dificulta su multiplicación. Las ropas frías de un visitante que acaba de llegar de la calle a la habitación caliente de un enfermo recogen y fijan los microbios y se los llevan. Las cámaras frigoríficas se oponen a la pululación de los microbios, porque los fijan.

De este estudio de las condiciones fisicoquímicas de la dispersión de los microbios (nociones debidas a M. A. Trillat, del Instituto Pasteur), ¿qué uso puede hacer el «guerrero»?

Los estados mayores no darán órdenes a los microbios con la misma autoridad que a los aviadores encargados de propagarlos. Los factores fisicoquímicos que rigen la táctica microbiana hacen esta arma mucho más problemática de lo que la lectura del artículo de sir Wickham Steed podría hacer suponer.

Imaginemos un aviador vertiendo sobre Burdeos una nube invisible de gotitas microbianas. La atmósfera, al aire libre, no es la misma que la de la caja de cristal de un laboratorio. El barómetro, como el termómetro y el higrómetro no están a las órdenes del aviador. Descendiendo la nube microbiana a razón de 10 milímetros cada diez minutos, tardará en llegar al suelo cierto tiempo. Si esta nube se condensa o encuentra corrientes de aire se hará menos peligrosa. Para que su acción fuese desastrosa sería necesario que penetrara en lugares confinados, en salas de espectáculos en el «metro». A esto se habrían limitado las experiencias de los agentes alemanes; pero para obtener resultados tan localizados y tan inciertos no hay necesidad de aviones ni de cañones de gran alcance: bastan unos cuantos espías envenenadores, y esto cae ya en el terreno de los hechos, para los cuales la defensa está organizada desde hace mucho tiempo.

2.° Condiciones biológicas de la acción de una nube microbiana.

Precisa decir cuatro palabras sobre las condiciones biológicas de la acción patógena de los microbios de guerra.

Para provocar una acción patógena en masa es menester un microbio dotado de tal virulencia, que le permita obrar sobre el medio humano

independientemente de las condiciones del terreno, medio y temperatura. La obtención de tales razas mi-

ANTIPHLOGISTINE

es una ayuda indispensable en el tratamiento de la influenza, gripe, atecio- nes de los bronquios y pulmonías

crobianas, aunque teóricamente no es imposible, no es fácil. Las epidemias espontáneas obedecen a leyes que nuestra ignorancia denomina «el genio epidémico». ¿Cómo, pues, prever con seguridad la evolución de una epidemia provocada artificialmente?

Para que una epidemia ejerza sus estragos y se extienda es necesario que halle reacciones favorables en el medio humano; es innegable que las circunstancias creadas por un bloqueo, un asedio, la insuficiente alimentación, las emociones violentas, constituyen factores favorables para la pululación de los gérmenes patógenos. No hay que olvidar, sin embargo, las reacciones habituales a las influencias infecciosas que se observan en el curso de las epidemias espontáneas. Los individuos sanos portadores de gérmenes, los sujetos con inmunidad espontánea oculta, con o sin enfermedad inapetente, se halla-

S A R N A

curase con SULFURETO CABA LLERO

rán en el curso de las epidemias de guerra. Pero ¿en qué proporción?

Una epidemia depende, además, de factores fisicoquímicos del medio ambiente, de la temperatura y del estado higrométrico y meteorológico.

En tiempos de guerra es difícil imaginar a un adversario que, por sagaz que sea, pueda disponer, con arreglo a sus deseos, de todos estos elementos tan complejos. Cuando ignoramos las leyes que regulan la evolución de las epidemias espontáneas, es difícil imaginar, en el estado actual de la ciencia bacteriológica, la manera de producir y dirigir una epidemia artificialmente provocada.

B. ¿QUÉ MICROBIOS PODRÍA UTILIZAR EL ENEMIGO PARA LA GUERRA MICROBIANA?

Conviene recordar, desde luego, que las enfermedades de carácter netamente epidémico, de gran difusión, no pueden utilizarse, porque sus agentes, que suelen ser *ultravirus*, actualmente son desconocidos e incultivables: así son la viruela, la escarlatina, el sarampión, la poliomielitis, el tifus, la encefalitis. No sabemos lo que nos reserva el porvenir, pero actualmente, los *ultravirus* son inutilizables. Junto a este grupo se

debe colocar la gripe. Advirtamos a este propósito cuán difícil sería que una epidemia de gripe, provocada artificialmente, se portara mejor que la de 1918; sería menester descubrir, además, una vacuna antigripal que permitiese al enemigo la manipulación, sin riesgo, del germen productor.

Hay enfermedades, cuyo agente conocido y cultivable resulta frágil en exceso para poder ser utilizado (*meningitis cerebrospinal*), o cuya extensión es harto limitada. Entre ellas figuran la difteria, el tétanos, las estreptococias, etc. A pesar de ello, podrían provocarse afecciones de curso epidémico mediante alimentos averiados (conservas, leche). Las salmonelosis pueden originar toxoinfecciones graves de marcha epidémica. Igualmente debe considerarse la *Brucella melitensis*. Pero esto sólo produciría una guerra microbiana de poca monta: las contaminaciones alimenticias se descubren fácilmente.

Podría recurrirse a ciertos agentes patógenos, cuyo huésped intermedio es un parásito o un comensal habitual del hombre. El *paludismo*, la *fiebre amarilla* podrían utilizarse en una guerra colonial, con la condición de que fuese posible domesticar y disciplinar el anopheles vector o la estegomía. El *tifus exantemático*, cuyo agente transmisor es el piojo del cuerpo, es ya un peligro más cierto. La última guerra nos ha enseñado cuán útil es el despojar sistemáticamente a los prisioneros y heridos, a fin de preservarse contra los estragos del tifus.

Hemos llegado al germen que parece más utilizable para fines guerreros: el *bacilo de la peste*. Es cultivable en todos los laboratorios, de contagio fácil y extensivo, y la gravedad de la enfermedad provocada es considerable (peste neumónica).

En Europa, en tiempo de paz, las severas medidas de protección evitan las epidemias; sin ellas, la peste se extendería rápidamente. ¿Qué desmoralización si en tiempo de guerra la peste se extendiera por el frente de combate o entre las poblaciones civiles!

Pero el manejo del bacilo de Yersin no es cosa fácil: las ratas contaminadas y portadoras de pulgas que el enemigo podría esparcir por los campos de batalla son tremendos viajeros, incapaces de seguir un itinerario ordenado y tan temibles para

TROMBYL
COAGULANTE NACIONAL
LABORATORIOS MORATÓ

DULCIMIDA
PASTILLAS DE 0'03 gr.
DULZOR DE RÉGIMEN
LABORATORIOS MORATÓ

el uno como para el otro de los lados de la barricada. Y aquí todavía podría intervenir la vacunación en masa de los efectivos y de las poblaciones civiles.

Dos palabras sobre las *enfermedades epizooticas*: diezmar los animales que sirven de alimento a las tropas constituye un arma de la que ya nuestros adversarios parecen haberse dado cuenta. Tres de estas enfermedades puede suministrar un arma microbiana: el *muermo*, el *carbunco*, la *fiebre aftosa*. El *muermo* y el *carbunco* son las más utilizables; por añadidura, pueden alcanzar al hombre, aunque en condiciones poco favorables y poco masivas.

Existen, por último, microbios de

JARABE ALMERA

A BASE DE FOSFATO DE CAL
GELATINOSO, EL MAS ASIMILABLE

lo porvenir: por ejemplo, el *bacilo de Withmore*, agente de una *meliodosis*, infección septicémica semejante al *muermo*, común al hombre y a los roedores, localizada hasta hoy en el Extremo Oriente.

C. MODOS DE PRESENVARNOS

Admitamos que el agua microbiana sea eficaz y que se haya producido una epidemia. Tendremos para combatirla nuestros *bacteriógafos*, nuestros *sueros*, nuestras *vacunas*. La *vacuna* es el principal agente defensivo. Ella es, frente al drama microbiano, lo que la máscara frente al arma química (general médico Romieu).

La protección bacteriológica del frente, asegurada por los laboratorios, es la salvaguardia más práctica contra la invasión microbiana. Actualmente, tanto en Francia como en Alemania, los laboratorios bacteriológicos no están ya en el escalón de los Cuerpos del ejército: son ya órganos de la división.

Como conclusión de este estudio, en materia de guerra microbiana, ¿hemos de ser optimistas o pesimistas? No hay que exagerar el arma microbiana: en el estado actual de la ciencia, se la puede comparar a

B A R A C H O L

Cura Eczemas, Erupciones y Enfermedades Rebeldes de la Piel.

las cañas que flotan sobre las olas. Pero hay que considerar como una eventualidad muy realizable la posibilidad de una agravación del peligro de semejante arma. En esta loca investigación, los alemanes no se retrasarán. Uno de ellos ha escrito:

«Será vencedora la nación que habrá sabido hallar el bacilo más virulento y la vacuna más eficaz para defenderse de él.» En materia de armas microbianas, como en tantas otras, es necesario, como decía Talleirad, «tener porvenir en el espíritu». (Trad. por P. F. V. *Revista Med. y Cirugía*, 1936.)

¿Es posible una guerra bacteriológica?

Por L. LESTINI

Sí. Es fácil preparar líquidos y polvos infectados y pulverizados con aparatos especiales o encerrarlos en frascos de vidrio en número ilimitado y echarlos en extensas zonas; este sistema sería verdaderamente mortífero.

La guerra bacteriológica podría emplearse por un enemigo poco escrupuloso y, usando precauciones especiales, casi sin peligro, especialmente si no se emplease contra las tropas del frente y en las de retaguardia del ejército enemigo, a fin de evitar contagios, en un eventual avance. Se usaría especialmente contra la población del interior, para destruir su resistencia.

Los medios más idóneos para la difusión de los gérmenes patógenos

STROPHANTHIUM PALLARES

Valoración biológica:

Un cc. contiene 2 1/2 miligramos de Estrofantina

pueden ser: primero, aéreos; segundo, artillería; tercero, hombres, cuarto, animales; quinto, materiales con ectoparásitos.

Especialmente los aviones efectuarían la guerra bacteriológica, directamente, mediante pulverizaciones o difusores instalados en la cabina; durante los vuelos bajos esparcerían polvos o líquidos infectados en el agua sobre grandes extensiones de terreno destinado a la alimentación de los animales, o bien sobre las ciudades. Indirectamente se puede alcanzar el mismo fin por medio de cultivos vivos contenidos en frascos, botellas, grageas o en bombas bacteriológicas especiales.

El lanzamiento de cultivos microbianos por medio de proyectiles de artillería ha sido bastante discutido, pues la temperatura elevada que se desarrolla en el momento del disparo del proyectil no permitiría la supervivencia de los gérmenes. Trillat sostiene que la explosión no mata los gérmenes, antes bien facilita la disgregación de los aglomerados microbianos. Sólo una serie de experimen-

tos podría resolver definitivamente esta cuestión.

Los hombres podrían servir para sostener la guerra bacteriológica transportados con aviones a las zonas previamente elegidas, provistos de frascos con los cultivos, para infectar aguas, terrenos, alimentos. La misma guerra podría ser dirigida por emisarios, o bien por enemigos encargados de las mismas operaciones.

Hasta se habla de animales infectados para la guerra bacteriológica; pero los mismos autores que proponen su empleo consideran que podrían ser una arma de dos filos. Perros, ratas, conejos, gatos infectados con las enfermedades infecciosas para las que son más receptivos y que

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

(Véase anuncio, página XIII)

pueden ser comunicadas al hombre y a los animales domésticos. Serían encerrados en cestos o jaulas con un sistema de cierre especial y descendidos del aeroplano. Los ectoparásitos propuestos como agentes transmisores únicamente son los pedículos vectores del germen del tifus exantemático.

Los gérmenes propuestos para la guerra bacteriológica son: el *B. tífico*, el *B. paratífico*, el *B. coli*, el *B. botilínico*, el *V. del cólera*, la «*Brucella melitensis*», el *B. «tularense»*.

Pero el más propuesto es el *B. pestoso*, por su resistencia a la desecación y a la humedad, por poder conservarse largo tiempo activo en los animales receptivos, y especialmente por la virulencia de la peste pulmonar. Pero se puede recurrir fácilmente a las defensas de orden general o a las especiales para destruir rápidamente un foco de infección.

También se ha propuesto el *B. del tétanos*, por la resistencia de sus esporos y la facilidad de arraigar.

Más deberán temerse todavía los agentes de enfermedades epizooticas, transmisibles también al hombre, como el *muermo*, el *carbunco* y las *aftas epizooticas*.

El problema de la guerra bacterio-

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

lógica merece atención y requiere los estudios de los especialistas. Aunque no se debe exagerar su peligro, porque es un arma de doble filo, es conveniente prepararse para no ser atacados de improviso. (Ap. *II. Policlínico*, 17 de diciembre de 1934.)—N. G.

éstos Centros figuren en los presupuestos del Estado y de los Institutos provinciales de Higiene, serán distribuidas por el Ministerio y las Mancomunidades sanitarias provinciales proporcionalmente al aumento de trabajo que para cada uno signifiquen las funciones, del Centro.

6.º Las elementales funciones sanitarias de los Centros primarios serán:

a) Examen de embarazadas, con vista a la evitación de accidentes, de transmisión de enfermedades y de insuficiente vitalidad del hijo.

b) Examen de lactantes, en particular de su estado de nutrición y orientación de su régimen dietético e higiénico general.

c) Examen periódico de la población infantil de tres a cinco años, desde el punto de vista de su nutrición y defectos físicos.

d) Examen físico de la población infantil de seis a catorce años para descubrir defectos, en especial de boca, refracción y oído, y facilitar su corrección.

e) Investigación de lúes y tratamiento antiluéutico de los no pudientes, entendiéndose como tales, no sólo los de la Beneficencia municipal, sino aquellos que por falta de recursos no podrían seguir un tratamiento suficiente.

f) Observación sanitaria de tuberculosos, en relación con el Dispensario más próximo.

g) Examen y, en su caso, tratamiento, de los enfermos de endemias acusadas en la localidad, como paludismo, tracoma, lepra, etc., etc.

h) Inmunización contra la viruela, difteria, tifoidea y tuberculosis.

f) Utilización del material de educación y de propaganda sanitaria.

7.º Los Centros de este orden que en la actualidad están funcionando serán objeto de revisión y estudio de su gestión.

tando destinarla a otros trabajos que no estén en consonancia con su preparación y finalidad.

El trabajo de todos los servicios de especialidades ha de ser orientado teniendo en cuenta que son un medio de que el Centro se vale para el planteamiento y resolución de los problemas sanitarios de la comarca, y, por lo tanto, la parte clínica del mismo ha de quedar por entero subordinada a la finalidad social que persigue.

Al personal auxiliar y subalterno le será señalado su trabajo por el director, según las necesidades de los distintos servicios.

Con objeto de unificar los métodos de trabajo, y hacer fácilmente utilizables los importantísimos datos de los ficheros correspondientes, se declara obligatorio para todos los Centros de Higiene, incluso los de las capitales, el uso de fichas e impresos de tipo uniforme, cuyos modelos son enviados por la Subsecretaría. Las posibles deficiencias que la aplicación práctica de los mismos pusiera de manifiesto serán cuidadosamente recogidas por los directores, que remitirán a la Superioridad las propuestas razonadas de modificación.

3.º Los nombramientos en propiedad de director e instructoras recaerán: el primero, en individuos pertenecientes a la plantilla del Cuerpo de Sanidad Nacional, y el segundo, en los que pertenezcan a la de instructoras de Sanidad, con arreglo a los respectivos procedimientos reglamentarios.

Los nombramientos eventuales de personal técnicoespecialista recaerán en profesionales especialmente preparados que residan en la localidad, siempre que acrediten la preparación necesaria. Si en la localidad de residencia del Centro no los hubiera, podrán recaer en los de pueblo cercano o de la capital si, por la distancia y facilidad de traslado de que dispongan, pueden comprometerse a atender cumplidamente el servicio. En este caso, cada vez que el nombramiento se someta a renovación volverá a establecerse la preferencia para los residentes.

Estos nombramientos caducarán al finalizar el ejercicio presupuestario correspondiente, en cuyo momento se renovarán, si las consignaciones del nuevo presupuesto lo permiten y el examen de la gestión realizada lo aconseja.

Serán hechos por la Subsecretaría de Sanidad, a propuesta de las respectivas Inspecciones provinciales, las cuales anunciarán concurso en el *Boletín Oficial*, ajustado a las normas que quedan establecidas. Cuando el estudio de los documentos presentados por los solicitantes a este concurso no permita formar un juicio definitivo sobre sus méritos y especial preparación, la Inspección provincial de Sanidad podrá disponer la realización de las pruebas de aptitud complementarias que estime conveniente para que las propuestas sean hechas con las máximas garantías de acierto.

Todos los nombramientos que en la actualidad están expedidos se someterán a renovación, previo estudio de cada caso, manteniéndose aquellos que, habiendo sido obtenidos por concurso anunciado en el *Boletín Oficial* correspondan a especialistas que hayan desarrollado una labor eficiente. Los restantes se considerarán caducados, y las plazas serán nuevamente provistas por el procedimiento que anteriormente se establece.

El nombramiento de personal jornalero (auxiliar y subalterno) será hecho por el director del Centro, con arreglo a la legislación vigente sobre contratos de trabajo, por períodos de tiempo no superiores a la duración del ejercicio presupuestario, y previa aprobación de las propuestas correspondientes por la Inspección provincial de Sanidad.

4.º A medida que los recursos económicos lo permitan, la Subsecretaría de Sanidad y los Institutos provinciales de Higiene contribuirán a la creación de Centros primarios de Higiene rural en aquellos Municipios en que se acuerde por la Subsecretaría, a propuesta de las Inspecciones provinciales de Sanidad, que se hará

teniendo en cuenta la mayor necesidad sanitaria y la presencia de circunstancias que permitan pronosticar un rendimiento efectivo.

Será requisito indispensable para su instalación la cooperación municipal y la existencia previa de un Centro de superior categoría que oriente y complemente su labor.

La prestación de los servicios sanitarios en estos Centros primarios queda vinculada a los respectivos médicos de Asistencia Pública Domiciliaria, como cumplimiento de las obligaciones que señala el apartado K) del artículo segundo de su vigente Reglamento, a los cuales se les facilitará por los Centros secundarios e Institutos de Higiene los medios para realizar el entrenamiento conveniente al objeto de conseguir la uniformidad de normas y métodos de trabajo.

Teniendo en cuenta que el servicio de la instructora de Sanidad es imprescindible para que de estos Centros se pueda obtener rendimiento, es necesario llevar al medio rural el número de instructoras suficiente para atender a los mismos. La Inspección provincial de Sanidad señalará a cada una el número de Centros que pueda servir, proporcionándole las facilidades necesarias para el traslado periódico de uno a otro Municipio, cuando atienda a varios.

Los practicantes y matronas municipales colaborarán con los médicos en estos Centros, realizando los trabajos relacionados con el aspecto sanitario-social de sus profesiones respectivas.

5.º El personal local de Centros primarios recibirá el encargo de realizar su labor de las Inspecciones provinciales de Sanidad, previa autorización de la Subsecretaría.

Estos encargos tendrán un carácter marcadamente eventual y cesarán cuando la Superioridad lo considere necesario.

Las consignaciones que para gratificar al personal de

BIFOSFOTIOCOL TOSSES Y CATARROS

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.

D. Alejandro Rosario, ídem diciembre 1936.
D. Matías Blanco, ídem íd.
D. José Ferrer Beltrán, ídem íd.
D. Antonio Alonso, ídem íd.
D. M. Vidaur, ídem íd.
D. Gonzalo Esteras, ídem íd.
D. Joaquín Ibáñez, ídem íd.
D. Fermín Hervella, ídem íd.
D. Hilario Collantes ídem íd.
D. Clodoaldo Casado, ídem íd.
D. Roberto Castro, ídem íd.
D. José Pedraja Polanco, ídem íd.
D. Antonio Riera, ídem íd.
D. Manuel González de la Huebra, ídem íd.
D. Juan Romero, ídem íd.
D. Jesús Vidal Prieto, ídem íd.
D. Roberto de la Fuente, ídem íd.
D. Pedro Lorenzo Brusi, ídem íd.
D. José Cruz Marcos, ídem íd.
D. José Luis Tapia Vicente, ídem íd.
D. Alberto Irazábal, ídem íd.
D. Juan Garay, ídem íd.
D. Antolín de la Rosa, ídem íd.

(Continuará.)

SANATORIO PEÑA-CASTILLO SANTANDER

Destinado a enfermos del aparato digestivo, nutrición y sistema nervioso

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

Director, EXCMO. SR. D. M. MORALES

"HOZNAYO" - LA MEJOR AGUA DE MESA

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 (fístula 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.
Homberg, 6 gr.—S. Clorenalina, XX gotas.—Ag. bidestilada, 300 gr.

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

○ PAN INTEGRAL INSÓJA ○

EL PAN DE MAS ALTO VALOR NUTRITIVO Y SABOR AGRADABLE

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

Panificadora de Usera

Francisco Mora, núm. 40
Teléfono 74548 -:- MADRID

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

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

TERAPEUTICA DE LAS ALTERACIONES MENSTRUALES

Ovarifono Hemostono

COMPOSICION:

Substancia ovárica, 0,10; Substancia tiroi-
des, 0,03; Viburnum prunif extr., 0,06; Pis-
cidia erythrina extr., 0,06; Hyoscyamus ni-
ger extr., 0,01.

COMPOSICION:

Substancia mamaria, 0,10; Substancia pla-
centaria, 0,05; Secale cornutum extr., 0,06;
Hamamelis virg. extr., 0,04; Hidrastis ca-
nad extr., 0,02

Amenorrea, Oligomenorrea, Pubertad retrasada,
Trastornos de la Menopausia, Reglas dolorosas,
_____ Psicosis sexuales. _____

DE DOS A OCHO GRAGEAS AL DIA (DOS CADA VEZ)

Menorragias, Metrorragias, Fibromas uterinos,
Congestiones utero-ováricas, Hemorragias de la
_____ pubertad y menopausia. _____

DE DOS A OCHO GRAGEAS AL DIA (DOS CADA VEZ)

Laboratorio Biológico LÓPEZ-BREA
León XIII, 7
Barcelona (S. C.)

procedente del Norte, toleraría mal la intensa luz solar y el calor, eligió para campo de contienda una zona donde el sol daba de cara a los cimbras, que, para evitar ser deslumbrados por el sol, tapaban sus ojos con el escudo, dejando al descubierto el cuerpo, expuestos así a las armas contrarias.

Aníbal consiguió hábilmente que los romanos ocupasen unas posiciones de batalla frente al sol naciente que, cegándolos y deslumbrándolos, decidió su derrota.

En el sentido de verdaderos gases de guerra, las noticias más antiguas que llegan a nosotros se refieren a la guerra del Peloponeso (431 a. de J.), en la que los espartanos utilizaron mezclas de diversas sustancias (pez, alquitrán, grasa animal, resina), que al ser quemadas desprendían nubes de humo capaces de irritar las mucosas, especialmente la ocular; después se utilizaron el azufre y el arsénico con el mismo fin.

Callinico (siglo VII a. de J.), que fué de Heliópolis a Constantinopla en auxilio de los bizantinos, se sirvió en sus ataques de una mezcla parecida al llamado fuego griego, que era un líquido inflamable, compuesto de petróleo, pez, resina y azufre, y que era lanzado con estopas o en recipientes metálicos, o pulverizado por medio de tubos. Los sarracenos se servían de esta misma mezcla, cuatrocientos años después, en Egipto, contra los soldados del rey de Francia.

Hassan Abrammach (1275) expone con detalle los efectos de los gases tóxicos obtenidos por combustión de sustancias conteniendo opio y arsénico. Meyer habla de un manuscrito alemán del siglo XV, en el que se describen ciertas balas fumíferas, que llevaban arsénico como asfixiantes, y que, ardiendo, envenenaban el aire.

Los indios de América, hace cuatrocientos años, en lucha contra nosotros quemaban *Capsicum Frutescens* y *Fastigiatum*, cuyos humos irritaban las mucosas oculares y respiratorias.

Los del Canadá quemaban madera impregnada en grasa de pescado, que producía un humo muy irritante para las mucosas, y que hoy sabemos que contiene acroleína, producto utilizado en la última guerra.

En el siglo XVIII no se emplean los agresivos químicos, que reaparecen con uso muy restringido en el XIX; actúan en su plenitud en la guerra del 1914.

Queda, pues, demostrado que los agresivos no son una invención moderna. Si se quiere, una reinvención. Costumbres, hábitos, aparatos y sistemas no es raro que se den a conocer como novedad, siendo así que a veces fueron conocidos en épocas remotas, y, o bien han permanecido desconocidos por falta de datos bibliográficos, o en realidad son reinventados, es decir, que hombres de la mejor voluntad y sin previo conocimiento de la cosa la imaginan, la inventan, pudiéramos decir, por segunda vez. Esto puede aplicarse a los novísimos medios de ocultar un ejército por medio de humos, o al ataque al aparato visual por medio de gases para producir bajas y ganar las batallas.

Cierto que con frecuencia existe una mayor perfección en las reinventiones, como es el caso en el asunto a que hemos de referirnos al citar estas curiosidades históricas, a buen seguro bien poco conocidas.

La nueva era de los gases de guerra comienza el día 22 de abril de 1915. Este día, en Yprés, lanzan los alemanes grandes nubes mortíferas de cloro contra los

franceses, sembrando un pánico espantoso y causando enormes estragos al enemigo, que sufre 15.000 bajas, de ellas, 6.000 muertos, y la rotura del frente en una extensión de varios kilómetros.

Tal fué el éxito logrado en este ataque, rotura del frente, que alguna primerísima figura del Gran Estado Mayor alemán asegura que la guerra hubiera sido ganada por ellos si en esta batalla se hubieran lanzado con profusión mayor los gases, cosa que impidió con sus consejos un general con mando, al que acusa por este y otros hechos no demostrados de traición.

Los aliados elevan su protesta más airada, acusando a Alemania de violar el derecho de gentes y los acuerdos firmados en La Haya en 1889 y 1907, renunciando a la guerra química, lanzándose a partir de esta fecha los grupos de naciones beligerantes al empleo y perfeccionamiento de este medio de combate, usando multitud de compuestos gaseosos, líquidos o sólidos, proyectados en gotas o partículas finísimas, y que en su conjunto—y aun cuando impropriadamente—siguen denominándose gases de guerra.

Al último grado de perfección del arma química se llega al lanzar los gases con los proyectiles de la artillería ordinaria, lo que permite una intensidad y localización exacta del ataque que permite obtener el rendimiento máximo de los agresivos químicos.

Al empleo de los gases asfixiantes sigue de cerca el de los lacrimógenos, que son los que desde nuestro punto de vista nos interesan, y a los que hemos de dedicar esta conferencia.

Sensibiléramos aparte, representémonos el problema de la guerra tal como él es, sin que pretendamos discutir la razón o la sinrazón de ella.

La guerra ha existido, existe, y creemos que desaparecerá con la humanidad.

Con la guerra se pretende imponer la paz al enemigo, que ha de declararse vencido, y si hechos aislados, quizá explicables por el estado psicológico del combatiente, muestran repugnante crueldad, podemos afirmar que el ideal—irrealizable como tal—de un caudillo sería la neta victoria, sin pérdidas propias y con las mínimas del enemigo.

¿Es que en los países civilizados el Mando mata por matar y destruye por destruir?

¡Tengamos el orgullo, como hombres civilizados, de contestar negativamente a esta pregunta!

El ejército mata y el ejército destruye para vencer al enemigo.

El poner a un arma el rótulo de humanitaria y a otra el de no humanitaria nos parece algo artificioso y, por lo tanto, falso.

¿Es más humanitario el casco de granada alojado en el cerebelo que el cloro destruyendo la mucosa de vías respiratorias?

¿Puede darse nada más humanitario, dentro de la brutal crueldad de toda guerra, que el profuso empleo hecho de los agresivos químicos puramente lacrimógenos en la última guerra mundial?

GASES DE COMBATE LLAMADOS ASFIXIANTES (CLASIFICACIÓN)

Bajo este nombre genérico se comprenden todos los compuestos químicos que, difundidos por el aire, se emplearon en la Gran Guerra, con el fin de poner fuera de

combate al enemigo, provocando lesiones más o menos graves o la muerte.

Ni física ni biológicamente es exacto el nombre de estos compuestos, ya que en su mayoría no son gases, sino líquidos y, algunos, sólidos, si bien en cierto modo pueden considerarse como tóxicos gaseosos, porque llegan con el aire a volatilizarse rápidamente los que poseen una elevada tensión de vapor, o en finisimas partículas en suspensión en la atmósfera.

Menos apropiado es aún el calificativo de asfixiantes, que debería limitarse a aquellos que, suprimiendo o dificultando la función respiratoria, provocan la muerte por asfixia.

Para la mayoría de ellos la acción biológica es más compleja: unos provocan lesiones en varios aparatos, pasando las del respiratorio a segundo término; algunos dan lugar a una acción cáustica primitiva y de intoxicación secundaria; otros tienden a conseguir una inhabilitación del combatiente momentánea, que le obliga a abandonar el campo de combate, alcanzándose de este modo el fin táctico perseguido con la misma facilidad que sirviéndose de los medios mortíferos, etc.

CLASIFICACIÓN

Cada país ha clasificado de modo distinto los gases de combate. Los caracteres físicos, el modo de empleo, la composición química, la utilización táctica, la acción biológica, han servido de base de las clasificaciones, todas un poco artificiosas, como no podía menos de suceder, dada la complejidad del problema.

Sólo por ofrecer una visión de conjunto, expondremos a guisa de ejemplo dos clasificaciones que consideraremos de máxima utilidad para el médico, y que son la que atiende a la acción fisiopatológica de los alemanes, y la de utilización táctica, de las que se derivan conocimientos que el médico debe tener en cuenta por la mejor asistencia de los gaseados.

CLASIFICACIÓN FISIOPATOLÓGICA

<i>Lacrimógenos.....</i>	Cloroacetofenona, bromocianuro de bencilo, bromoacetona, cloroacetona, bromuro de bencilo, bromuro de xililo, acroleína, etc.
<i>Estornutatorios..</i>	Arsinas.
<i>Asfixiantes.....</i>	Cloro, fosgeno, cloropicrina, iperita, algunas arsinas.
<i>Vesicantes.....</i>	Iperita, levisita.
<i>Tóxicos del sistema nervioso....</i>	Acido cianhídrico y derivados.
<i>Tóxicos de la sangre.....</i>	Oxido de carbono, óxido de nitrógeno.

Como vemos, varios compuestos pueden pertenecer a grupos de acción distintos (arsinas, iperita), pero aún complicaríamos más la clasificación si, ateniéndonos a la realidad, incluyéramos muchos de los señalados como lacrimógenos en el grupo de los asfixiantes, y puesto que a fuertes concentraciones son asfixiantes, y éstos casi siempre son lacrimógenos, aun cuando la primera sea la acción principal.

Conocer la utilización táctica interesa al médico, para que pueda disponer y aplicar los medios de protección, socorro, saneamiento del campo, defensa de la po-

blación civil, etc., que variarán con el agente empleado, y que la sanidad debe presumir, según se trate de un fin táctico ofensivo o defensivo, y según las condiciones de lugar, momento, estado atmosférico, etc., que hagan más ventajoso el empleo de un gas determinado.

A este efecto pueden clasificarse en:

- Fugaces..... (a) De agresividad inmediata.
Persistentes..... (b) De agresividad diferida.

Los del primer grupo, cuyo tipo es el fosgeno, son de punto de ebullición poco elevado, próximo al de la temperatura ordinaria, transformándose inmediatamente en vapor por efecto de la explosión del proyectil y difundiendo enseguida por la atmósfera para causar un efecto rápido; pero, precisamente por su rápida difusión, pierden muy pronto el grado de concentración útil para la agresividad.

Los del segundo grupo, de punto de ebullición alto, sólo se transforman en vapor por la explosión del proyectil en pequeña cantidad, subsistiendo, en cambio, largo tiempo sobre el terreno, y conservándose así su poder agresivo. Ahora bien: los vapores que se desprenden lentamente de estos compuestos de escasa tensión pueden obrar sobre el organismo de modo inmediato, como ocurre en el difosgeno, o sólo después de pasado cierto período de tiempo, como es el caso con la iperita.

De todos los agresivos aludidos nos ocuparemos únicamente de los lacrimógenos puros y de los asfixiantes y vesicantes que provocan sintomatología ocular, recordando las alteraciones del aparato visual consecutivas a la intoxicación general y a las lesiones difusas de distintos órganos, en especial el respiratorio y el circulatorio.

GASES LACRIMÓGENOS

Reciben este nombre los agresivos químicos de combate que, dispersados y mezclados con el aire en forma de gas, vapores, líquidos o pequeñísimas partículas sólidas, ejercen una acción esencial irritante que da lugar a un fuerte lagrimeo.

Los que podemos llamar lacrimógenos genuinos, apenas si provocan trastorno alguno, fuera de los del aparato visual, que se resumen en lagrimeo intenso y fotofobia por irritación de terminaciones sensitivas de trigémino.

Los efectos sobre el ojo de algunos asfixiantes y vesicantes, que pueden provocar intensísimo lagrimeo, pueden considerarse como de segundo plano, ocupando el primero y más grave el asfixiante o el vesicante.

Esto no quiere decir, sin embargo, que la acción de estos últimos agentes sobre el ojo no tenga importancia, puesto que en determinados casos puede llegar a la destrucción del órgano visual.

En general, podemos decir que los efectos inmediatos son irritativos y cáusticos, de electiva acción protoplasmática y necrosis celular, caracterizándose los tardíos por una evidente disminución de resistencia de los tejidos para los gérmenes patógenos y una particular sensibilidad para los piógenos.

Aparte de las propiedades químicas, la acción sobre los tejidos depende de la concentración, tiempo de actuación, medios de defensa, constitución, raza, etc. En este último sentido poseen una mayor resistencia, tanto para los lacrimógenos como para los vesicantes, las razas de color.

Estos agentes fueron muy empleados y con gran eficacia al comienzo de la guerra, cuando los aparatos de protección eran escasos y poco perfeccionados. Los franceses ya los utilizaron al final del año 14, lanzando granadas de mano conteniendo bromoacetato de etilo, éter diclorometílico y éter dibromometílico. También fueron empleados el mismo año por los alemanes en Neuve-Chapelle, sustituyéndolos después por agentes más enérgicos, derivados del benzol, que lograron su objetivo de inutilizar momentáneamente a muchos millares de combatientes, que abandonaron el campo por su inutilidad absoluta para combatir ni para ninguna clase de actividad.

La perfección de las caretas protectoras restó importancia a estos agentes, que, sin embargo, mermaron la energía del combatiente, obligándole a llevar puesta la careta durante mucho tiempo, lo que da lugar a una dificultad respiratoria, más pronunciada en aquellos soldados no entrenados en su uso, ya que, como después veremos, el uso de los aparatos protectores exige un hábito y cierta práctica.

Los gases lacrimógenos provocan sus acciones características al ponerse en contacto de la mucosa ocular. Apenas realizado el contacto, siente el atacado una sensación de viva picazón, que varía de intensidad, pero que provoca como movimiento reflejo de defensa un blefospasmo, acompañado de una hipersecreción de lágrimas, siendo con frecuencia tan intensa la irritación, que los afectados se ven en la imposibilidad de abrir los ojos hasta mucho tiempo después y, por lo tanto, imposibilitados en absoluto para el combate o la defensa.

No todos los agentes se comportan de igual modo, variando de unos a otros, no sólo la intensidad de la reacción, sino también su gravedad y el momento y curso de su aparición. En unos, la aparición de los fenómenos irritativos es inmediata, instantánea podemos decir, alcanzando en muy poco tiempo su grado máximo y no aumentando después, aun cuando se prolongue la exposición en la atmósfera irritante; en otros, el efecto es menos brusco, apareciendo después de un período de tiempo que suele ser breve, siendo aquí la acción irritativa progresiva y alcanzando el máximo de acción pasado un intervalo mayor que en los del primer grupo.

Esta diferencia de rapidez e intensidad de actuación depende, más que de la solubilidad del agente, en los líquidos orgánicos, de la velocidad de descomposición, puesto que parece demostrado que no actúan sobre las terminaciones nerviosas sino después de haber sufrido una descomposición.

El lagrimeo mismo en unos casos actúa como un gran mecanismo de defensa, disminuyendo rápidamente la acción irritativa del agente, como ocurre, por ejemplo, con la cloropirrina; en otros, en cambio, por favorecer su solubilidad y descomposición, agrava los efectos del compuesto, como es al caso con el bromuro de bencilo.

COMPUESTOS LACRIMÓGENOS MÁS USADOS

Los primeros empleados fueron los derivados del benzol. *Bromuro de bencilo* ($C_6H_5CH_2Br$). Fue empleado por los franceses en el año 1915 con el nombre de *Camite* o *Cyclite*. Es un líquido incoloro, que hierve a 198° , se solidifica a -3.9° , su densidad es de 1.44 a 15° grados.

Con dificultad se saponifica en contacto del agua, y por su escasa volatilidad permanece mucho tiempo activo en el terreno, donde se oxida lentamente, transformándose en un producto cuyo olor a almendras recuerda al del ácido cianhídrico.

Por descomponerse en presencia del hierro, se conserva en recipientes de plomo y se encierra en proyectiles con revestimiento de este metal, para su empleo en la guerra. Una dilución de 0.004 miligramos por litro de aire provoca ya un lagrimeo intenso, no pudiendo el hombre permanecer sin máscara en una atmósfera conteniendo 30 centímetros cúbicos por metro cúbico de aire.

Para aumentar su volatilidad se le ha mezclado con tolueno.

Cloruro de bencilo ($C_6H_5CH_2Cl$).—Es un líquido incoloro de olor muy pronunciado, que hierve a 175° , se solidifica a -43° , siendo su densidad 1.11 a 15° .

Calentado con agua se transforma en alcohol bencílico.

Es menos irritante que el anterior, siendo el límite de tolerancia para el hombre 85 miligramos por metro cúbico de aire.

Yoduro de bencilo ($C_6H_5CH_2I$).—Producto sólido cuyos cristales incoloros se funden a 24° , siendo el punto de ebullición 226° . Es insoluble en agua y soluble en la mayoría de los disolventes orgánicos (benzol, alcohol).

Volatilidad, 1.200 miligramos por metro cúbico. Es más irritante que los anteriores, habiendo sido muy empleado en la guerra, por su acción enérgica, ligada a la presencia del yodo, que sería el más irritante de los halógenos.

Bromuro de xililo ($CH_3C_6H_4CH_2Br$).—Es el *T-stof* de los alemanes, un líquido oleoso, incoloro, que hierve a 216° ; poco volátil, por lo cual se utilizó en las épocas de temperaturas muy bajas y proyectado en nieblas en pequeñas partículas. Ataca al hierro y lo retiene bien el filtro de carbón de la careta. Es un potente lacrimógeno, provocando un fuertísimo lagrimeo en la proporción de un miligramo por metro cúbico de aire.

Bromocianuro de bencilo ($C_6H_5CH_2BrCN$).—En estado puro es sólido, cristalizado, que se funde a 29° . El de uso comercial, impuro, es un líquido obscuro, oleoso, de 1.54 de peso específico. Es un producto muy estable y, por consiguiente, muy persistente en el terreno, donde puede ejercer efectos nocivos, incluso pasado un mes. Por atacar al hierro, se conserva en recipientes de plomo o cerámica. No soluble en el agua, lo es lentamente en lejía, siendo descompuesto en cuerpos inactivos por una solución al 20 por 100 de hidróxido de sodio, y también por el tetracloruro de carbono. Es muy tóxico y lacrimógeno muy enérgico, bastando tres diezmilésimas por metro cúbico de aire para provocar un lagrimeo intenso y persistente.

Acroleína (aldehído alílico o acrílico, $CH_2CH.CO.H$). Llamado *papite*, por haber sido dado a conocer por el francés Lepape.

Puro es un líquido muy refringente, que hierve a 62° ; se solidifica a -88° , de peso específico, 0.86. Muy volátil, se altera por la permanencia a la luz y en contacto del aire, y de olor análogo al que dan al quemarse las velas de esperma. Tiene tendencia a polimerizarse en compuestos sin acción irritatoria.

Mezclado en el aire en la proporción de 0,02 gramos por litro, provoca a los dos minutos gran lagrimeo y secreción nasal, y a los cinco minutos una tos quintosa muy molesta.

Contenido en granadas de mano, fué empleado por los franceses y abandonado poco tiempo después.

Entre las cetonas halogenadas pueden citarse la *cloroacetofenona*, muy útil, y empleado por la policía de casi todos los países en bombas de mano. Es muy resistente al calor y es un lagrimógeno intenso en la proporción de algunas diezmilésimas de gramo por metro cúbico de aire.

Cloroacetona ($\text{CL} \cdot \text{CH}_2 \cdot \text{CO} \cdot \text{CH}_3$).—Muy empleado por los franceses al principio de la guerra, es poco volátil, poco soluble en el agua y mucho en los solventes orgánicos. Se descompone en recipientes de hierro y también en presencia de la potasa. Fuerte lagrimógeno ya en la proporción de 18 miligramos por metro cúbico.

Más bien que estos productos puros se han utilizado las siguientes mezclas, tendiendo a hacer más activo el agente, favorecer su difusibilidad, a unirlo a compuestos de acción asfixiante, irritante de vías respiratorias altas, o tóxica.

Bromoacetona, 80 partes, y cloroacetona, 20.

Mezcla que en la guerra recibió el nombre de *Martónita*. Lagrimógeno y tóxico.

Bromoetilmetilcetona, 80 partes, y cloroetilmetilcetona, 20; denominada *Omomartónita*. Lagrimógeno tóxico.

Cloro, 70; cloropirina, 30; mezcla proyectada en nubes y de un fuerte poder lagrimógeno y asfixiante.

Yodo acetato de etilo, 75; alcohol, 25; lagrimógeno empleado sobre todo en bombas de mano.

Sulfato de metilo, 75; sulfato de clorometilo, 25; mezcla conocida en la guerra con el nombre de *Ratónita*, como lagrimógeno.

Bromuro de bencilo y de xililo, mezcla denominada por los alemanes *T-Staff*; lagrimógeno empleado en los proyectiles de artillería.

Bromuro de xililo, 88; bromoacetona, 12, o sea la llamada en Alemania *Grün T-Staff*.

CUERPOS DE ACCIÓN LACRIMÓGENA SECUNDARIA

Cloro.—Cáustico de vías respiratorias y peligroso en el aire, aun en la proporción del 1 por 100, actúa ya como lagrimógeno en una mezcla de millonésima. Empleado en nubes en los comienzos de la guerra, apenas si se ha utilizado después.

Cloropirina.—Del grupo de los derivados clorónicos, el más interesante como tóxico de guerra, es la cloropirina ($\text{Ccl}^3 \text{NO}^2$), llamada *aquinite* por los franceses, y *Klop* de los alemanes.

Conocida desde 1848, es un líquido incoloro, de olor muy picante, densidad a 15°, 1,69; hierve a 112°. Explota por calentamiento rápido y se volatiliza a la temperatura ordinaria; es muy estable, insoluble en el agua y muy soluble en alcohol, bencina y sulfuro de carbono.

Este cuerpo, de estabilidad química perfecta, se obtiene fácilmente y de modo económico, sea por la acción del cloruro de cal sobre el ácido pícrico, sea por la del hipoclorito de sosa sobre el picrato de sosa. Fué muy empleado en la guerra en las granadas de mano, y bien disuelto en cloruro de sulfuro o mezclado con cloroformiato de metilo triclorurado o hidrógeno sulfurado. Fisiopatológicamente es un cáustico pulmonar y de ac-

ción sofocante análoga a la del fosgeno, provocando, además, un fuerte y prolongado lagrimeo, siendo la *córnea muy sensible a este tóxico*.

Por lo que respecta a este agente, puede decirse que la acción lacrimógena es en cierto modo salvadora, ya que este efecto fisiológico es mucho más sensible que todos los medios químicos ensayados para descubrirle y único modo de evitar sus temibles efectos sobre aparato respiratorio (edema).

Las mezclas usadas en la guerra fueron: cloropirina, 80, y cloruro estánico, 20, lanzada en proyectores, morteros de trinchera, proyectiles de artillería. Se clasificó en la guerra con las iniciales *N. C.*

Cloropirina, 65; hidrógeno sulfurado, 35; empleado en nubes como sofocante y lacrimógeno.

Cloropirina, 80; cloro, 20; usado en análoga forma que la mezcla anterior.

Cloropirina, 25; cloroformiato de triclorometilo, 75; llamado *Cruz Verde*; empleado en los proyectiles de artillería, con efectos parecidos a los anteriores.

En este grupo de lagrimógenos donde los efectos de irritación ocular son los menos importantes, deben también incluirse las *Arsinas* (*Cruz Azul*), compuestos arsenicales de las series alifática y aromática, líquidos o sólidos de elevado punto de ebullición y muy tóxicos e irritantes.

Los alemanes, que los emplearon por vez primera, los llamaron rompecaretas, porque esperaban que al estallar el proyectil que los contenía proyectaría partículas de tóxico extremadamente finas que fuesen capaces de atravesar a través de las máscaras protectoras, y la acción irritante debería ser tal (estornudos persistentes y violentos, malestar general), que obligase al soldado a quitarse la careta, momento que se aprovecharía para obligarle a respirar otros gases más tóxicos lanzados al mismo tiempo o poco después.

Por su acción especial recibieron también el título de gases estornutatorios.

La realidad no confirmó la esperanza puesta por los alemanes en su *Cruz Azul*, siendo las partículas demasiado grandes para atravesar los filtros protectores.

Aun cuando de menor interés para el oculista que los lagrimógenos puros, su estudio es preciso, por tratarse de tóxicos celulares que actúan sobre el protoplasma como oxidantes enérgicos, pudiendo dar lugar a procesos inflamatorios y necróticos en la conjuntiva y córnea, que pueden adquirir una gravedad inusitada, hasta destruir el órgano visual si llegan a ponerse en contacto del mismo en cantidad y concentración adecuadas.

Dejando aparte sus efectos sobre piel (la mayor parte de ellos son vesicantes, y algunos de potencia máxima), mucosa respiratoria y los tóxicos generales por absorción de oxígeno, todas las *Arsinas* son de acción secundaria lacrimógenas.

A la concentración usual, los síntomas oculares que provocan tienen bastante parecido con los subjetivos de la conjuntivitis subaguda, esto es, los atacados se quejan, pasado algún tiempo, de una sensación de cuerpos extraños dentro de los ojos, como si tuvieran arena fina dentro de ellos, faltando la sensación precisa de ardor y quemazón intensos que acusan los atacados por los lagrimógenos puros.

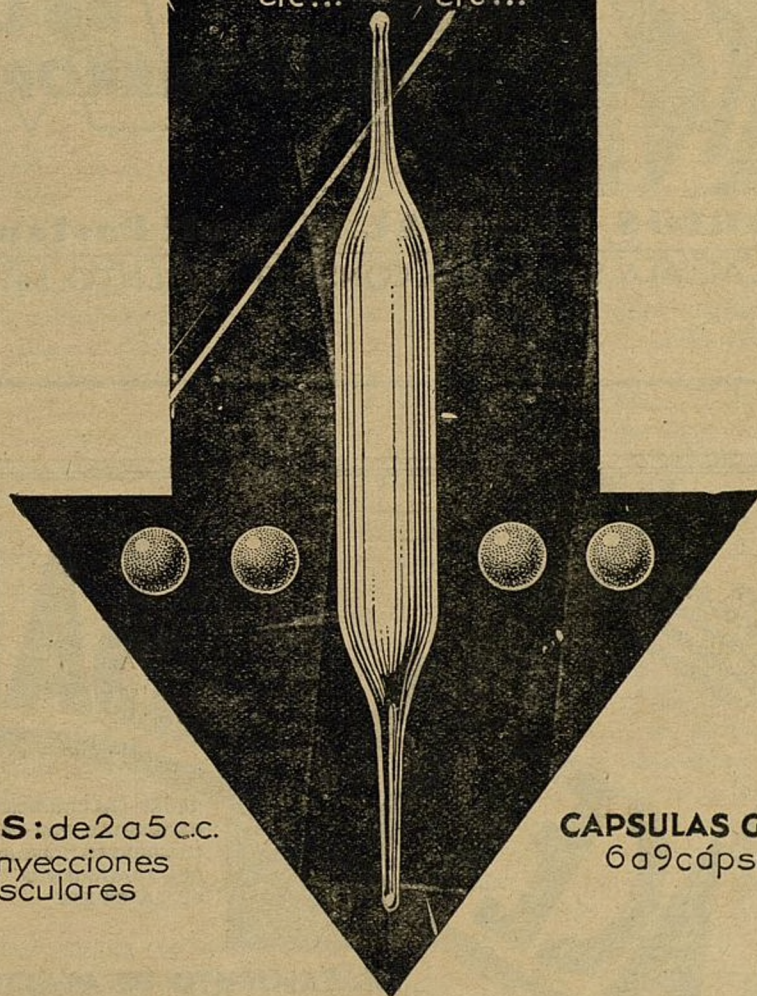
Entre los más conocidos de este grupo tenemos:

Metildicloroarsina ($\text{CH}_3 \cdot \text{AS} \cdot \text{CL}_2$).—En estado de pu-

NEUMOPATIAS AGUDAS O CRONICAS
y todos los estados infecciosos

GRIPE-BRONCONEUMONIA

NEUMONIA
BACILOSIS
BRONQUITIS-FETIDA
TRAQUEO-BRONQUITIS
etc... etc...



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

CAPSULAS GLUTINIZADAS:
6 a 9 cápsulas diarias

EUCALIPTINA

LE BRUN

MUESTRAS y LITERATURA : Delegacion, Larra 6, MADRID

Ayuntamiento de Madrid



GYNOCALCION

ACCIDENTES DE LA PUBERTAD **ACCIDENTES DE LA MÉNOPAUSIS**

LABORATORIOS CORTIAL 15. Boul^d Pasteur. PARIS
JUAN MARTIN. ALCALA 9 MADRID. CONSEJO DE CIENTO 341 BARCELONA



EN INYECCIONES SUB-CUTÁNEAS VERDADERAMENTE INDOLORAS

EL ACETYLARSAN

REÚNE LAS CONDICIONES REQUISITAS POR LAS DIFERENTES MODALIDADES DEL TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS

TRATAMIENTO DE ASALTO
TRATAMIENTO DE PRUEBA
TRATAMIENTO DE SOSTÉN

HEREDO-SÍFILIS

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
 —Spécia—
 MARQUES POULENC FRÈRES A USINES du RHONE
 86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3^e

DREVILLE

reza es un líquido incoloro, que hierve a 133° ; poco soluble en los disolventes orgánicos, peso específico de 1,83 a 20° , y con una tensión de vapor de 10,83 a 25° .

Poco soluble en el agua, no descomponiéndose en su presencia.

Es un fuerte irritante de la mucosa ocular, sobre la que puede provocar desde la irritación conjuntival ligera a las graves lesiones características de los vesicantes.

Etildicloroarsina ($C_2 H_5 AS Cl_2$).—Empleada en la guerra por los alemanes con el nombre de *Dick*. Es un líquido incoloro de olor a fruta fresca, que hierve a 145° , peso específico 1,68, que se descompone con rapidez en contacto del agua y es soluble en los disolventes orgánicos como el benzol, acetona, etc. Es un producto de extraordinaria toxicidad ya a dosis ínfimas; estornutatorio persistente, irritante enérgico de mucosas y cáustico violento, provocando el contacto del líquido una rápida hiperemia, seguida de la aparición de vejigas, siendo característica su acción inflamatoria sobre el lecho de las uñas, provocando un agudísimo dolor por una verdadera neuritis.

Difenilcloroarsina ($C_6 H_5, 2As. CL$).—Pura es un producto sólido, cristalino, que se funde a 38° , de pequenísima tensión de vapor, no vaporizándose en las condiciones ordinarias de presión y temperatura; hierve a 333° , descomponiéndose en contacto del agua, y se disuelve en el fosgeno, tetracloruro de carbono y en los disolventes orgánicos ordinarios. Solo o en mezcla de 20 partes y 80 de fosgeno o con cloropicrina; fué ampliamente empleado en la guerra, en bombas de mano y granadas de artillería de gran fuerza explosiva que dispersaban el producto en polvo finísimo muy estable. Es, además de estornutatorio, muy tóxico y vesicante. El efecto del gas es muy distinto, traduciendo por una irritación de piel y mucosas, acompañado de intenso prurito, congestión y edema de mucosa respiratoria y trastornos gástricos con náuseas y vómitos.

Sobre aparato visual, el gas es un lacrimógeno secundario, y cáusticovexicante al estado sólido.

Es el *Blaukreutzkampfstoff-Clark I* de los alemanes, *D. A.* de los americanos o *sternite* de los franceses.

Difenilcianarsina ($C_6 H_5)_2 As.C. N.$).—*Blaukreutzkampfstoff-Clark II* de los alemanes.

Tuvo éxito al comienzo de la guerra, por pasar sin detenerse ni descomponerse a través de las primitivas caretas. Más tóxico y más irritante y de acción más prolongada que el anterior, fué utilizado en forma análoga.

Estornutatorio intenso, por su acción irritante sobre mucosa nasal y respiratoria, produce cefalea, otalgia, dolor de dientes y mandíbulas.

Defenilamincloroarsina ($HN (C_6 H_4)_2 As CL$).—Conocido por los americanos con el nombre de *Adamit D. M.* Irritante de mucosa nasal, tiene una acción inflamatoria violenta sobre vías respiratorias, siendo un enérgico tóxico de rápido y prolongado efecto.

Por su fácil preparación, se utilizó bastante proyectado en nubes conteniendo partículas finísimas del producto.

Clorovinildicloroarsina ($CLHC.CH.As. Cl_2$).—Preparado por Leo Lewis en 1918, recibió en honor de éste el nombre de *Lewisite* por los americanos, que, teniendo ya grandes cantidades del producto dispuestas,

no llegaron a emplearlas en la guerra, por haberse firmado el armisticio.

El citado, puro es un líquido que hierve a 190° , se solidifica a 13° , siendo su peso específico 1,98. Es soluble en los disolventes orgánicos, hidrolizándose rápidamente en contacto del agua, formando un óxido inocuo. Los álcalis le descomponen, con formación de acetileno.

Poseyendo varias de las acciones de las arsinas, su efecto principal sería el de ser un vesicante que superaría en intensidad a la iperita.

AGENTES VESICANTES

Llevan este nombre los agresivos químicos de combate cuya acción más visible es la producción en la piel y mucosa, con las que se ponen en contacto, de flictenas o vesículas y cáustico sobre el aparato respiratorio.

Aun siendo importante este efecto cáustico vesicante local, y dando lugar a un cuadro sintomático alarmante, por el aspecto de las lesiones, y a veces por su gravedad, o el de las complicaciones que las acompañan o las siguen, es en realidad de un interés secundario, puesto que sólo con escasa frecuencia es mortal, siendo, en cambio, frecuente causa de muerte la intoxicación general a que dan lugar.

El agente más importante de los de este grupo es la *iperita* o sulfuro de etilo biclorurado ($Cl CH_2 CH_2$)² (denominado también *yperita*, *gas Cruz Amarilla*, *gas mostaza*), preparado por *Desprek* hace más de un siglo, y después simultánea e independientemente por *Niemann* y *Guthrie*, en 1860, estudiándolo con gran detalle *Meyer* en esta época.

Es un líquido oleoso, incoloro y casi inodoro en estado de pureza, y de color negruzco o amarillo castaño cuando, como es lo corriente, le impurifican sulfuros etílicos, que le prestan el olor aliáceo que recuerda a la mostaza, y que es tan característico que le ha valido al producto el nombre de *gas mostaza*, con el que se conoce en casi todos los países.

De 1,27 de densidad a 20° ; hierve a 217° ; se solidifica a 13° ; a 20° tiene una tensión de vapor igual a 0,0065 milímetros de mercurio, siendo la densidad del vapor respecto a la del aire de 5,5; poco soluble en el agua, fácilmente en los disolventes orgánicos ordinarios, posee un elevado coeficiente de solubilidad y de repartición para los lípidos. A la temperatura ordinaria se hidroliza en contacto del agua, formándose ácido clorhídrico y sulfuro de didroxietilo, aumentando con la temperatura la velocidad de la descomposición, que favorecen también los alcalinos. Los oxidantes, permanganato potásico, cloruro de calcio, agua oxigenada, bicromatos alcalinos, líquido de Dakin, Carrel, hipoclorito sódico, ejercen una rápida acción destructora sobre el producto.

Los efectos de la iperita se refieren a una acción local cáustica y a la general tóxica.

La primera tiene de característica el que la reacción inflamatoria no es inmediata, sino que va precedida de un período de latencia que puede ser superior a doce horas, y recuerda lo que ocurre con las radiaciones de onda corta. Las pequeñas cantidades de vapor que el producto emana atacan de preferencia a las zonas de piel fina y delicada, muy especialmente a los párpados, apareciendo un cuadro sintomático conjuntival análogo al de la oftalmía eléctrica y a la conjuntivitis de la nie-

ve, formas ambas que, como sabemos, aparecen también horas después de actuar el agente irritante.

De igual modo, la rubefacción y ulceración de la piel recuerda por su modo de aparición a las lesiones análogas provocadas por los rayos X.

La intensidad de las lesiones y la gravedad del cuadro sintomático local dependen de la preparación en que el gas esté contenido en el aire y de la persistencia de la actuación del agente, siendo la acción de contacto en forma líquida especialmente peligrosa. Algunas horas después (cinco a diez) de la exposición a los vapores del tóxico y tras la aparición de los primeros síntomas generales (náuseas, vómitos, cefalea, sensación de fatiga, de incapacidad para todo trabajo), comienzan las manifestaciones oculares, que se traducen por una sensación viva de ardor y picazón en los ojos, fotofobia y lagrimeo; tumefacción palpebral y enrojecimiento, que con frecuencia adquiere una enorme intensidad y se acompaña de un blefarospasmo que impide abrir los ojos espontáneamente al intento y resiste al intento de separarlos el médico. Después aparecen vejigas más o menos intensas de contenido seroso.

En la forma ligera falta el edema palpebral; existe, junto con los síntomas subjetivos arriba citados, una gran hiperemia de la piel de los párpados, fotofobia y lagrimeo, conjuntiva palpebral y bulbar enrojecida, hiperémica, acentuándose esta irritación en las zonas de conjuntiva bulbar laterales, coincidiendo con la abertura palpebral, y donde forma dos triángulos, cuyas bases corresponden al limbo esclerocorneal, y los vértices se dirigen a los ángulos internos y externos. La pupila está en miosis, no existiendo alteración alguna del epitelio corneal.

Esta forma de conjuntivitis simple es análoga por completo a la que provocan los agentes lacrimógenos, si se exceptúa que aquí la aparición es tardía (pasadas más de tres horas), en tanto que en aquéllos la aparición es fulminante.

Es, de ordinario, de evolución benigna, curando con los cuidados a que nos referimos después en un plazo de quince o veinte días, si bien suele quedar una predisposición a la fotofobia y al lagrimeo, que aparecen con la exposición a la luz viva o en atmósfera cargada de polvo o humo, teniendo igual acción y favoreciendo las recaídas el frío y la humedad.

Cuando la exposición al agente ha sido más prolongada, o la concentración de los vapores es mayor, el cuadro adquiere mayor gravedad, se acentúan los síntomas antes citados y aparece el edema palpebral que, pudiendo hacerse imponente, queda limitado en los de mediana intensidad al borde libre. En los casos intensos aparecen flictemas o vesículas de extensión variable en la piel palpebral; la secreción de las glándulas sebáceas se aumenta y, aglomerándose en el borde libre, aglutina las pestañas, formando costras y quedando la abertura palpebral herméticamente cerrada y transformando el saco conjuntival en una cavidad cerrada llena de lágrimas (a las que impiden salir el blefarospasmo y la aglutinación de bordes palpebrales), que se producen en mayor cantidad que normalmente, constituyendo este contenido de la cavidad conjuntival formado por lágrimas restos celulares, moco y sebo, un magnífico caldo de cultivo para el desarrollo de los gérmenes corrientes de la supuración (estafilococo, estreptococo, neumococo).

En este período, el gaseado es en absoluto incapaz de abrir los ojos, y si lo hacemos nosotros vemos salir un verdadero torrente de lágrimas, proyectado con gran violencia. La exploración del globo ocular es difícil y penosa, pero debemos convencernos con seguridad de la existencia o no de lesiones de córnea, para lo cual separaremos los párpados con elevadores, dándonos cuenta exacta del estado del globo ocular y obrando en consecuencia.

Pronto la secreción líquida de los ojos adquiere un aspecto más mucoso, pasando al purulento, siendo un chorro de pus poco espeso el que sale al separar los párpados.

La conjuntiva presenta una gran hiperemia, adquiriendo algunos vasos un gran calibre y extendiéndose la congestión a toda la mucosa ocular, que aparece intensamente roja, excepto en la zona correspondiente a la hendidura palpebral, donde se observan dos triángulos de base en limbo y vértice hacia los ángulos palpebrales, y que tienen un color amarillento, señal de necrosis de las capas superficiales del epitelio.

Sobre la superficie de la conjuntiva palpebral vemos una capa de exudado fibrinoso, formado de detritus celulares (moco y fibrina), con el aspecto de pseudomembranas, que a veces se adhieren íntimamente a la superficie subyacente, y que, al caer, dejan al descubierto una zona sangrante, sucia, no siendo raros los pequeños hematomas subconjuntivales consecutivos a la rotura de pequeños vasos, de preferencia venosos, cuyas paredes no son capaces de resistir la presión correspondiente a la gran congestión.

El quemosis, que es la regla en las formas intensas, puede ser tan grande que cubra casi por completo la córnea, favoreciendo el ángulo diedro que con la córnea forma la conjuntiva quemótica, la permanencia y acumulación de gérmenes y deteniendo la secreción; factores que pueden dar lugar a ulceraciones corneales de la mayor gravedad.

Aun en estos casos de grave alteración conjuntival, y en tanto la córnea quede intacta, el pronóstico es más bien favorable. Los síntomas subjetivos se van calmando, el quemosis va disminuyendo hasta desaparecer, la secreción conjuntival pierde su carácter purulento y el edema palpebral se reduce, apareciendo pliegues longitudinales en la piel palpebral, lo cual, coincidiendo con la atenuación del blefarospasmo, fotofobia y lagrimeo, permite al lesionado abrir los ojos.

Siempre queda, como anteriormente decimos, una propensión a la fotofobia y lagrimeo, congestionándose los ojos con facilidad.

Sólo en casos excepcionales los efectos cáusticos son de tal naturaleza, que dan lugar a cicatrización deformante, simblefaron más o menos extenso y entropion de diverso grado, y a veces estenosis u obstrucción de vías lagrimales (puntos o canaliculos). Son frecuentes, en cambio, los forúnculos y chalación, por la obstrucción de los conductos excretores de las glándulas por la inflamación.

En las formas leves, como decimos, suele la córnea quedar intacta. En los de mediana intensidad, suelen existir elevaciones localizadas del epitelio corneal, que, al desprenderse, forma pequeñas ulceraciones, que no invaden el tejido fundamental, respetando la membrana de Bowmann, ulceritas que, mediante el tratamiento

apropiado, suelen cicatrizar rápidamente, volviendo la córnea a la normalidad en un par de semanas.

En las formas graves, de una parte, el quemosis intenso impide limpiar bien la superficie de la córnea de los exudados conjuntivales que se acumulan por debajo de la conjuntiva, que avanza sobre el limbo esclerocorneal, macerándose el epitelio, que se ulcera e infecta, pudiendo llegar a provocar graves ulceraciones profundas que interesen tejido fundamental, que son largas de cicatrizar y que dejan como secuela opacidades definitivas de la córnea. En general, la membrana de *Descemet* resiste bien y se conserva intacta, preservando así el ojo de una perforación con sus graves consecuencias.

Cuando la concentración del agente es grande o el mismo producto contacta con el globo ocular, puede dar lugar a vesículas origen de grandes úlceras, que se perforan, y aun, en casos excepcionales, a la destrucción del ojo por la brutal acción cáustica.

Por suerte, estos últimos casos son muy raros, si bien se han observado algunos en las fábricas donde se obtiene el producto y como accidente del trabajo.

Se comprende la gravedad de toda lesión del epitelio corneal en los casos en que el gaseado padeciese afecciones conjuntivales antiguas, y especialmente dacriocistitis. La necrosis celular debida a la acción de la iperita, el aumento de secreción conjuntival, el exudado mucofibrinoso, el quemosis, dificultando la circulación e impidiendo el arrastre mecánico de estos productos, detenidos por debajo de la superficie conjuntival, entre ésta y la córnea, y todo ello en una cavidad cerrada, como lo es el saco conjuntival, por efecto del fuerte blefarospasmo, favorece de un modo extraordinario la pululación del neumococo, que, ya solo o asociado a otros agentes de supuración (estafilo dorado, estreptococo), da lugar a úlceras del tipo de la de hipopion, cuya gravedad y rebeldía al tratamiento son de todos conocidas.

Excepcional es que el cristalino presente alteración alguna y rara la lesión de membranas oculares profundas, siendo debidas en los casos en que fueron observadas a la acción tóxica o general del agente, generadora de graves trastornos generales vasomotores, con repercusión en la circulación profunda del ojo, manifestándose por congestión de los vasos de la retina e hiperemia de papila, que puede simular una papilitis. En estos casos pueden producirse trombosis de vasos venosos con hemorragias de variable intensidad, y que han sido la causa de ulteriores retinitis proliferantes.

Algún caso se ha registrado de embolia de la arteria central de la retina, una vez bilateral, no siendo excepcional la hemorragia como resultado de la acción de los gases tóxicos.

Es frecuente que después de la curación de las lesiones oculares subsista durante meses y aun años una pigmentación de la piel de los párpados, bien por la influencia oscura directa de la iperita sobre la formación de melanina, o por una especial acción quimiotóxica positiva sobre los cromóforos móviles del dermis, en el que el efecto de la iperita se asemejaría al estímulo provocado por otros agentes flogísticos vesicantes.

De los restantes e importantísimos efectos de la iperita sobre los distintos órganos y sobre la piel hemos de prescindir, aun ocupando un plano principal y muy preferente al de los efectos sobre el aparato visual, para no sobrepasar los límites que hemos impuesto a este

trabajo, que son los del campo oftalmológico en el que nos hemos de desenvolver.

Recordemos, únicamente para citarlos, sus efectos cáusticos, sobre todo el aparato respiratorio desde la pérdida del olfato hasta las graves lesiones en bronquios y parénquima pulmonar, con frecuencia mortales (y, naturalmente, también en los tramos medios); los de aparato digestivo (boca, faringe, estómago, intestinos); riñón (hematuria, albuminuria); sangre (leucocitosis, leucopenia, hemolisis); sistema nervioso (astenia y, menos frecuentes, fenómenos de irritación), y la acción vesicante sobre la piel y mucosas, extremos que exigirían una extensión de la que no podemos disponer, remitiendo para ello al lector interesado a las obras donde este asunto es tratado desde el punto de vista patológico general.

Los trastornos generales, la asfixia mecánica por pseudomembranas en medianos y pequeños bronquios, las modificaciones diúricas y renales pueden dar lugar aquí, como en el caso de otros gases tóxicos y asfixiantes, a hemorragias de vítreo y de retina, trombosis y embolia de vasos retinianos, y aun a atrofas de nervios ópticos.

Los compuestos cianicos, tóxicos, poderosos, interesan poco al oculista, a pesar de que algunos de ellos poseen una fuerte acción lacrimógena de gran persistencia, como ocurre con el cianuro de bromobencilo, el cloruro de cianógeno (*manguinite* de los franceses); el producto denominado *Ciclone A*, que es una mezcla de éteres metílico y etílico del ácido cianofórmico y del ácido clorofórmico, y el *Ciclome B*, mezcla de ácido cianhídrico, con un ro por 100 de cloro y de bromocarbonato de metilo, productos estos últimos muy empleados en la desratización.

El lagrimeo que provocan puede servirnos de reactivo para descubrir el gas, y, en efecto, los locales desratizados con estos agentes son considerados como peligrosos para el hombre, en tanto la estancia en ella dé lugar a lagrimeo, cosa que ocurre cuando el tóxico se encuentra en proporción mayor de dos a cinco décimas de miligramo por metro cúbico de aire.

TRATAMIENTO PROFILÁCTICO

(Se resume en el uso de la careta.)

Precisamente, los grandes éxitos de los gases lacrimógenos lo fueron al comienzo de la guerra, cuando los ejércitos no disponían de filtros protectores.

Se comprende que en lo que respecta a la acción directa de los gases sobre el aparato visual podría bastar con las gafas protectoras adaptadas perfectamente a las periórbitas; pero siendo necesario proteger vías respiratorias, la protección sólo la puede proporcionar la careta, y para los vesicantes, el traje protector completo.

De intento, y para no dar una extensión exagerada a este trabajo, prescindimos de todo lo referente a la protección colectiva, problema de una gran envergadura, cuya solución corresponde al Estado, y que es de tal amplitud, que comprende desde la reforma total de las bases hasta hoy usuales en la edificación de las ciudades y poblados hasta el establecimiento de cursillos populares de defensa contra gases, uso de caretas y entrenamiento respiratorio con ellas colocadas; asistencia a los gaseados, etc., en tiempos de paz, de movilización, en la inminencia de un ataque o durante y después de éste.

La careta antigás ha evolucionado mucho desde el comienzo de la guerra, siendo numerosos los modelos existentes, distintos en cada país y, aun en el mismo, diferentes los de la población civil que los del ejército, aun cuando el fundamento sea análogo.

En general, consiste en una careta de caucho, cuero o tejido impregnado de brea y que cubre la frente y la cara, estando provista de dos oculares de mica o vidrio, recubierto de un producto que impide se empañen con los cambios de temperatura. En la parte inferior lleva adaptado el bote filtrante, a base de carbón activado.

Uno de los problemas que más ha obligado a estudiar para resolverle ha sido el de lograr evitar se empañen los oculares, para que en todo momento quede una visión suficiente.

Tanto si la espiración se produce en la careta como si el aire es expulsado al exterior mediante un tubo provisto de su válvula, la temperatura del aire contenido en la máscara, entre ésta y la cara se eleva, aproximándose a la del cuerpo, con lo que el vapor de agua, que contacta con los oculares expuestos al ambiente exterior más bajo se condensa sobre su superficie interna, empañándoles y dificultando o imposibilitando la visión, y esto tanto más rápidamente cuanto mayor es la diferencia entre las temperaturas exteriores e interiores.

Para evitarlo se han propuesto diversos dispositivos. Siendo la visibilidad con el vidrio mejor que con los productos capaces de substituirle, pero empañándose con gran facilidad, se ha pensado recubrir la cara interna del ocular con una delgada capa de gelatina o glicerina, sustancias que absorben bien el agua durante cierto tiempo; pero la capa es tan frágil, que se raya, se desprende con facilidad y se cubre pronto de polvo, obligando a quitarla, habiendo abandonado el procedimiento, porque obliga a reponer el barnizado a cada aplicación de la máscara.

Otra solución fué la de impregnar el vidrio de un producto soluble en el agua y que baje su tensión superficial, con el fin de que las gotitas pierdan su aislamiento, confluyan y formen una capa continua menos opaca y menos molesta que el vaho, habiéndose utilizado con este fin el jabón y glicerina y la saponina. El uso de estas sustancias obliga a repetir su aplicación cada vez que la máscara se coloca, porque, al disolverse, son arrastrados por el agua.

Se ha pretendido rebajar la temperatura interior, evacuando sistemáticamente el aire por medio de un embudo bucal con su válvula, dispositivo que ha venido a complicar el problema y no ha encontrado aceptación, como tampoco han logrado entrar en la práctica otros dispositivos de análoga orientación.

Otra serie de medios para luchar con el inconveniente de esta condensación de vapor es la de los mecánicos, que lo limpian cuando es necesario. Unos modelos van provistos de unas varillas que, apoyándose en la superficie interna del vidrio, pueden ser accionadas por fuera sin peligro y limpiar el cristal de un modo análogo a los limpiaparabrisas de los automóviles.

La máscara rusa va provista de un apéndice largo en forma de dedo de guante de caucho que, accionándole con los dedos, permite limpiar la superficie interna de los oculares para recuperar la transparencia, siendo este dispositivo práctico y sencillo.

Legendre pretende solucionar el problema reduciendo

la diferencia de temperatura entre las superficies externa e interna del ocular, para lo cual éste resulta formado por varias láminas de vidrio formando tabiques, entre los cuales existen capas de aire seco, evitando así la condensación del vapor de agua, y sin que la constitución de este sistema dificulte de ningún modo el curso de los rayos luminosos ni, por lo tanto, perturbe la imagen de los objetos. Este autor aconseja calentar ligeramente antes de ponerse la careta la superficie interna de los oculares, con el fin de evitar la primera condensación, que, de otro modo, es casi instantánea y con la consiguiente perturbación.

Se ha pretendido reemplazar el vidrio por otras sustancias que, siendo transparentes, impidan el depósito de la condensación del vapor, habiéndose ensayado la mica, acetato de celulosa y el celofán. Este último producto evita bastante bien el depósito de vaho, pero absorbe fácilmente el agua que le deforma, le hace perder resistencia y dificulta la visión por la deformación que sufren las imágenes por las desigualdades de la superficie.

TRATAMIENTO

En presencia de un gaseado, antes de instituir ningún tratamiento, procuraremos a toda costa hacer un diagnóstico preciso de las lesiones sufridas, que, como hemos visto, pueden variar de la simple irritación conjuntival a la destrucción del globo ocular.

En la mayoría de los casos el bleferospasmo es tan pronunciado, que no sólo le será imposible al paciente abrir los ojos, sino que tampoco podremos separar con nuestros dedos los párpados, y tanto más cuanto que hemos de procurarlo hacer con gran dulzura, para evitar que una tracción violenta pueda repercutir en una córnea ulcerada, que puede perforarse.

Siendo necesario anestesiar saco conjuntival y superficie de segmento anterior del globo, evitaremos el uso de las soluciones corrientes de cocaína, por la alteración epitelial que provocan, y que favorecería la transformación en supurado del exudado acuoso o mucoso que acompaña a los primeros síntomas de toda lesión ocular por gases, prefiriendo instilar en saco conjuntival, con un minuto de intervalo, dos o tres gotas de solución de novocaína al 2 por 100, con adrenalina al milésimo; de percaína al 1 por 1.000, o de diocaína al 2 por 1.000, colocando, pasados dos o tres minutos, el elevador de Desmarres, para explorar fondo de saco y córnea, aprovechando el momento para hacer un lavado abundante con una solución estéril de bicarbonato sódico al 1 ó 2 por 100, evitando frotar conjuntiva o córnea con tapones de algodón o gasa, por la fragilidad característica del epitelio, puesto en contacto con estas sustancias químicas.

Si la córnea está indemne y en la conjuntiva no se aprecian otras alteraciones que la intensa congestión, nos abstendremos de toda terapéutica activa, limitándonos a irrigar saco conjuntival dos o tres veces al día con la solución arriba indicada o una de borato sódico a la misma proporción, o de permanganato potásico al 1 por 2.000, aplicando una pomada boratada débil. Mantendremos al paciente en un local con escasa luz, proveyéndole de gafas de color de un minimum de absorción para la luz del 75 por 100.

Una capa de pasta de Lassar sobre los párpados cal-

Remineralice con JARABE de FELLOWS

HIERRO
SODIO
POTASIO
FOSFORO
MANGANESO
CALCIO

para contrarrestar la merma de minerales tan marcada en tales infecciones agudas como: bronquitis aguda, coriza, la debilidad de la vejez, y las condiciones post-operativas.

El Jarabe de Fellows contiene todos los elementos esenciales en cantidades científicamente proporcionadas. El metabolismo defectuoso de las células ocasionado por la merma de minerales, se contrarresta rápidamente supliendo estos elementos en una forma que el cuerpo pueda asimilar con prontitud.

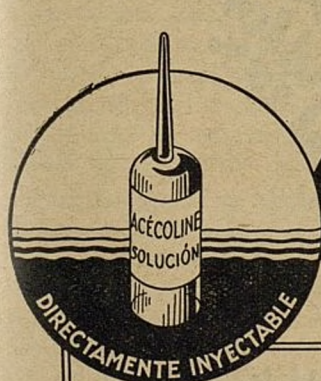
El Jarabe de Fellows lo hace rápida y eficazmente. Por eso es la preparación de más valor para estas condiciones.

Dosis que se sugiere: Una cucharadita tres veces al día bien diluida en agua.

MUESTRAS A PETICION

Distribuidores en España:

SOCIEDAD ANONIMA DE DROGUERIA VIDAL-RIBAS,
Cortes, 639 — Barcelona



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 mgr.

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



TETRADA CALCICA NACIONAL
COMPLETA
ECONOMICA

Agente general para España: E. BOIZOT.

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

mará el prurito y permitirá la vuelta a la normalidad sin apenas molestias.

Con esta sencilla terapéutica desaparecerán todos los síntomas en un espacio de dos o tres semanas, subsistiendo sólo una moderada fotofobia, que obligará a no desprenderse de las gafas ahumadas hasta pasadas ocho o diez semanas.

Los brotes irritativos, verdaderas recidivas, ceden en dos o tres días manteniendo al enfermo protegido de la luz y con lavados de suero fisiológico.

En todo caso, nos abstendremos de toda medicación activa (nitrato de plata, sales orgánicas de plata, sales de cinc, cocaína, plomo, etc.), y sólo si pasados los fenómenos agudos subsiste abundante secreción, instilaremos solución muy débil de sulfato de cinc.

Algunas soluciones de cinc han sido muy mal toleradas por los lesionados, dependiendo esto probablemente de las impurezas del producto, que no es raro contenga cantidades ínfimas de ácido sulfúrico, que aumentan su acción cáustica y provoca escozor y hasta fuerte dolor.

Si el agente químico nos fuese conocido, daremos la preferencia a las sustancias que, no siendo irritantes para el ojo, sean capaces de neutralizar el producto o transformarle en otros inactivos. Así, cuando se trata de cloropirrina, respetaremos el lagrimeo, que, hasta cierto punto, es beneficioso, y emplearemos para los lavados soluciones de sulfato sódico al 1 ó 2 por 100, explorando cuidadosamente la córnea, cuyo epitelio rara vez está indemne. La misma solución emplearemos para la cloroacetona y bromoacetona.

Para el bromuro de bencilo y el bromocianuro de bencilo nos serviremos del hidróxido de sodio al 2 por 100 y pomadas de la misma sustancia.

En las alteraciones oculares provocadas por las arañas, además de los lavados con suero al 1,5 por 100 ó ácido bórico en igual proporción, instilaremos dos o tres veces al día algunas gotas de Dakin diluido al décimo, recubriendo los párpados con aceite de linaza conteniendo un 10 por 100 de ictiol.

Para la iverita son ventajosas las sustancias hidrolizantes, solución acuosa de hidrato sódico al 5 por 100 y pomadas del mismo producto a igual proporción; oxidantes, como el permanganato potásico, al 1 por 4.000, y los bicromatos o carbonatos alcalinos y los líquidos de Dakin y Carrel diluidos, o la pomada de cloramina. Al exterior, sobre párpados, aplicar inmediatamente compresas empapadas en solución de permanganato y una solución al 2 por 100 de cloramina en aceite de coco.

La fomentación caliente es mal tolerada por los enfermos, cuyas molestias disminuye mucho el uso de la ducha de vapor cargada de soluciones débiles alcalinas.

Si en la conjuntiva palpebral de fondo de saco o bulbar existen pérdidas de epitelio por quemadura; si su extensión es muy pequeña, aplicaremos pomadas de pelidol, rojo escarlata o ácido pícrico, vigilando el peligro del simblefarón. Si son más extensas, dejaremos aplicado en la zona afecta un trozo de película de huevo, para evitar el adosamiento cicatricial, o rellenaremos la pérdida de sustancia con colgajos obtenidos por deslizamiento de la conjuntiva inmediata indemne, cuando esto sea posible, y en ciertos casos no será posible evitar un simblefarón más o menos extenso, que trataremos

después con el procedimiento quirúrgico adecuado, y cuya descripción no corresponde a este lugar.

El mantener libre de exudados y restos de la mortificación celular el saco conjuntival es el cometido esencial para evitar la infección de las lesiones corneales por los gérmenes habituales de la supuración, y especialmente por el neumococo, y que con tanta facilidad se desarrollan en esta clase de agresiones al aparato visual.

La infección corneal suele presentarse con un cuadro análogo al del *ulcus serpens*, siendo el tratamiento análogo al de esta afección de todos conocido.

El edema simple del epitelio corneal que se observa alguna vez desaparece en unos días espontáneamente, acelerándose la resolución con las duchas de vapor. La infiltración del parénquima corneal sin lesión epitelial puede reabsorberse por completo sin dejar restos, y recobrando la córnea su transparencia y recuperándose la visión normal, pero en estos casos el pronóstico ha de ser reservado por persistir a menudo la opacidad, que se estabiliza, a pesar de todo tratamiento resolutivo (calor, dionina, óxido amarillo, precipitado rojo, etc.), y dando lugar a una pronunciada disminución de agudeza visual.

Los accidentes de hipertensión alguna vez observados no exigen tratamiento especial, siendo tributarios de los mióticos, como en los casos corrientes.

La reacción de iris, más que verdadera iritis, congestión e hiperemia de la membrana, responde bien a los midriásicos más enérgicos, si no va acompañada de lesión corneal extensa, profunda e infectada; y aun en estos casos, la instilación de atropinas actúa con plena eficacia, sin que subsistan sinequias.

Las lesiones grandemente destructivas de globo ocular ya hemos dicho son excepcionales, exigiendo para su producción que el agente químico (iperita especialmente, que puede incluso destruir el órgano), actúe en fuerte concentración o puro, lo que no puede ocurrir en la guerra, salvo casos rarísimos, habiéndose visto algunos de estos accidentes en las fábricas de preparación de estos productos.

La variedad en estas lesiones hace imposible exponer una conducta general de tratamiento, que habrá de individualizarse según los estragos producidos, y pertenece por entero al campo del especialista.

Los peligros de intoxicación en industrias donde se maneja benzol o bencina

POR EL

Dr. M. MAESTRE IBÁÑEZ

Jefe del Laboratorio de la Maternidad de Madrid.

Son conocidas desde antiguo las intoxicaciones que tienen por causa la manipulación de determinados productos en varias industrias respectivas o que se les utiliza en otras, y especialmente, el cólico saturnino o de pintores, producido por el empleo de productos de plomo, el temblor mercurial en aquellos obreros que trabajan en las minas de cinabrio o en el beneficio de este mineral, y las ocasionadas por el gas carbónico desprendido en la fermentación vinica. Pero, a medida que la industria ha progresado y en ella se emplean o fabrican nuevos productos, los riesgos han aumentado y se multiplican los casos de intoxicaciones, citándose como

ejemplos los producidos por el óxido de carbono que se desprende por combustión incompleta de combustibles sólidos y líquidos, y en especial la gasolina y aceites pesados, tan en uso hoy; las de vapores nitrosos, que se originan en diversas industrias químicas, como la del ácido sulfúrico, nitrobencina, industrias de orfebrería y metales en las que se maneja el agua fuerte, o que, incidentalmente, pueden desprenderse como consecuencia de la inflamación del celuloide, tan empleado en la industria cinematográfica, gas nitroso que ha ocasionado varias víctimas en incendios provocados por aquél; el gas sulfuroso, de gran empleo como decolorante, anti-fermento y frigorífico; el hidrógeno sulfurado, de acción rápida sobre el organismo, y que se desprende en los pozos negros, causando víctimas con cierta frecuencia en los obreros dedicados a su limpieza; intoxicaciones en tintorería, producidas por manipular colores en cuya composición entra el arsénico; por el sulfuro de carbono, tan empleado en la industria de seda artificial, del caucho y de extracción de aceite de orujo, y, en fin, numerosas más en otras tantas industrias modernas, tan frecuentes, que han motivado en todos los países una legislación especial de protección al obrero.

Son de interés, repetimos, los casos de intoxicación en unas y otras, pero vamos a referirnos particularmente a las producidas por el benzol y gasolina, que son los casos que hemos tenido ocasión de ver en el laboratorio, y seguramente los más frecuentes, dado el empleo tan difundido hoy de uno y otro producto, pero advirtiéndole que al citar el benzol se entiende también la gasolina, pues sus efectos son idénticos y su empleo en las industrias correspondientes igual también.

Naegeli (1) cita los trabajos de Selling, quien, en 1911, dió a conocer las lesiones que produce el benzol en la médula ósea, y él, en 1922, y Meignel-Lavastine y Sweeney, en 1928, entre otros autores extranjeros, mostraron casos de intoxicaciones por benzol en obreros que trabajaban en determinadas industrias. En España, los Dres. Bilbao y Diz (2), en 1932, y el primero de ellos en 1934 (3), dieron a conocer, respectivamente, los peligros a que están expuestos los obreros de la industria del caucho y del huecograbado, por utilizarse el benzol, en aquélla como disolvente, y en esta otra por ser necesario un líquido como éste con el que poder desleir las tintas en pasta, dándoles la fluidez precisa y que se evapore rápidamente una vez hecha la impresión.

En una y otra industria, aun puestas en práctica las medidas higiénicas necesarias para proteger al obrero, no es posible evitar que, por el desprendimiento constante de vapores de benzol, se mezclen con el aire que respiran, y a la larga noten sus efectos tóxicos, sin que ello quiera decir que de momento dejen a veces de sentirse sus efectos, ya que su toxicidad es tal, que 10 miligramos de vapor por litro de aire producen ya ciertas molestias; 15, en una atmósfera que se respire durante media hora da lugar a mareos, y de 20 a 30 ocasionan la pérdida del conocimiento. Pero, realmente, las into-

xicaciones que produce, más que agudas son, por lo general, crónicas, es decir, que la absorción constante o casi constante por vías respiratorias, que es como se verifica principalmente, llega a provocar un estado de intoxicación grave, que lo es más todavía porque el benzol ejerce su acción sobre el protoplasma celular, y especialmente de los elementos morfológicos de la sangre, hematíes, leucocitos y plaquetas, destruyéndolos, así como también sobre los órganos hematopoyéticos, llegando a producir en la médula ósea verdaderas lesiones e impidiendo con ello en gran parte la regeneración de aquellos elementos.

De aquí que los obreros intoxicados por benzol padecen una anemia acentuadísima, y, en consecuencia, se observa en la sangre notable disminución de hematíes y de hemoglobina, así como de leucocitos, hasta el extremo de que la leucopenia es seguramente más acentuada en estos casos que en cualquiera otra de las intoxicaciones, siendo éste uno de los primeros síntomas y, por consiguiente, un detalle de gran valor profiláctico. Como después se verá, es característico también en estos intoxicados el aumento de linfocitos, debido a que la destrucción de elementos celulares (leucocitos), es más acentuada en los polinucleares.

El benzol que en la industria se emplea no es el benzeno, hidrocarburo de la serie cíclica o aromática que corresponde a la fórmula C_6H_6 , siendo la mezcla de éste y otros hidrocarburos líquidos, principalmente el tolueno y el xilol, mezcla sumamente volátil, sobre todo al calentarla; y aunque se ha creído que la toxicidad era debida principalmente a esos otros hidrocarburos, está plenamente demostrado que el benzol puro es tan tóxico como la mezcla industrial, así como también que la gasolina tiene idénticos efectos sobre el organismo, o mejor diríamos, sobre la sangre, que ese mismo compuesto, por lo que, conforme se dijo, los obreros que la manejan están expuestos, con el tiempo, a idénticos peligros.

Teniendo presentes los caracteres citados de la sangre de los obreros que manejan el benzol, véanse los resultados obtenidos por algunos de dichos autores, y de los dos casos que hemos tenido ocasión de examinar en nuestro laboratorio.

Laiguel y Lavastine (1) citan el caso de una obrera, de diecinueve años de edad, de una fábrica de impermeables, siendo mortal la intoxicación y dando el examen de la sangre el siguiente resultado:

Polinucleares neutrófilos.....	12
Linfocitos	14
Monocitos	51
Leucocitos	1.600
Hematíes	1.240.000
Hemoglobina	20 %
	de la normal.

Rohner se refiere a un obrero expuesto durante dos meses a los vapores de benzol, muerto al cabo de ese tiempo, y cuyo examen de sangre es el siguiente:

Polinucleares neutrófilos.....	13
Linfocitos	48
Leucocitos	1.400
Hematíes	860.000
Hemoglobina	20 %
	de la normal.

(1) Tratado de Hematología Clínica. O. Naegeli. (Traducción española.)

(2) Contribución al estudio de la higiene industrial en la fabricación del caucho. Dres. R. Bilbao y C. Díez. (*Revista de Sanidad e Higiene Pública*, febrero 1932.)

(3) La higiene del trabajo en la industria del huecograbado. Dr. Rafael Bilbao. (Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión. Madrid, 1934.)

En los trabajos de los Dres. Bilbao y Diz se refieren a 30 obreros dedicados al trabajo en industrias que se maneja benzol, no dados de alta, correspondiendo una cifra media de leucocitos igual a 4.500, con una mínima de 2.600; la de hematíes, 4.000.000, con una cifra mínima de 2.900.000, y la de hemoglobina variable entre 50 y 65 por 100. La fórmula leucocitaria media de los 30 casos es la siguiente:

Granulocitos neutrófilos.....	51
Granulocitos eosinófilos.....	1
Granulocitos basófilos.....	0
Linfocitos	45
Monocitos	3

Los dos casos nuestros han sido; el número 1, que se expone a continuación: un obrero de una fábrica de tejidos impermeabilizados, cuya operación de engomado consiste esencialmente en extender sobre la tela una disolución de caucho en benzol y hacerla pasar entre dos planchas calentadas, con lo que penetra aquélla en la trama y fibras del tejido, e inmediatamente se evapora el benzol. El obrero falleció veinte días después de hecho el examen de la sangre. El número 2 es de un obrero tipógrafo de una importante Empresa periodística que manejaba benzol. Falleció un mes después de hecho el primer examen de sangre, que es el que se indica, y que se repitió dos veces, descendiendo en el último el número de hematíes a 950.000, y el de leucocitos, a 1.300:

	I	II
Polinucleares neutrófilos.....	18	45
Polinucleares eosinófilos.....	0	0
Polinucleares basófilos.....	0	2
Linfocitos	46	38
Monocitos	26	15
Mielocitos	10	0
Leucocitos	1.800	3.000
Hematíes	1.770.000	1.900.000
Hemoglobina	60 %	30 %

En ambos casos se observó poiquilocitosis y anisocitosis acentuada, y en el número 1 algunos normoblastos.

Como puede apreciarse comparativamente por los datos expuestos, y en particular los dados por los doctores Bilbao, Diz y nosotros, aparecen las características morfológicas de la sangre sumamente marcadas en estas intoxicaciones, que, como se ve, en obreros en pleno trabajo son muy manifestas, y, conforme se dijo, de extraordinario valor en la profilaxia de estos accidentes, y en los casos graves, avanzados, se acentúan casi por igual todos los detalles.

Divulgaciones científicas de actualidad

El insulinato de protamina

POR

H. C. HAGEDORN, B. NORMAN JENSEN, N. B. KRARUP,
e I. WOSTRUP DE COPENAGEN

ADAPTACIÓN AL CASTELLANO POR M. BESCÓS
Doctora en Medicina

Cuando se trata la diabetes por medio de la insulina, se sustituye por algunas inyecciones de insulina en el tejido subcutáneo la que de manera continua deja pasar el páncreas normal a la vena cava; este método es, pues, una imitación muy deficiente del mecanismo empleado por

el organismo para mantener constante la glucemia. Sin embargo, no se producen trastornos graves, porque existen en el organismo otros medios reguladores, además de las variaciones de la cantidad de insulina segregada.

Así se obtienen buenos resultados en muchos casos con sólo una o dos inyecciones diarias. En casos más graves pueden ocasionarse oscilaciones muy acentuadas en la glucemia, debido a que las alteraciones del metabolismo que se producen en las últimas horas que preceden a la nueva inyección de insulina reducen a un minimum los depósitos de hidratos de carbono de que dispone el organismo, los cuales serían sumamente necesarios para evitar el descenso de la glucemia después de la inyección de insulina.

El clorhidrato de insulina inyectado se absorbe con gran rapidez y pasa inmediatamente a la sangre. Si se pudiera disminuir la velocidad de absorción, disminuirían en gran parte los inconvenientes mencionados.

Para obtener este retardo se han ensayado los siguientes medios:

Primero. Inyección de insulina en forma de suspensión o emulsión en aceite o sustancias similares. (Leyton, en 1929.)

Segundo. Inyectar simultáneamente insulina y sustancias vasoconstrictoras (Experiencias del Hospital Deaconess, de Boston.)

Tercero. Inyectar un compuesto de insulina que sea poco soluble en los líquidos tisulares.

Durante muchos años se intentó, sin éxito, realizar este último procedimiento en nuestro laboratorio, hasta que unas experiencias hechas con otros fines demostraron que un compuesto de insulina y ácido nucleico tiene una zona isoelectrica más ácida que la misma insulina. Este nuevo hecho hizo esperar que sería posible obtener un compuesto de insulina y algún grupo básico, cuya zona isoelectrica estuviera más cerca del Ph de los tejidos que la del clorhidrato de insulina.

En un compuesto de este tipo había de actuar la insulina como ácido, mientras que en el clorhidrato de insulina actúa de base.

INVESTIGACIONES QUÍMICAS

De todas las sustancias ensayadas (kyrinas, histonas, globulinas y protaminas), únicamente estas últimas han dado un compuesto que, por su solubilidad, fuera indicado para un ensayo en la clínica.

De los tres grupos en que se dividen las protaminas, según contengan una, dos o tres de las bases histidina, lisina y arginina, está actualmente en estudio la solubilidad de las combinaciones de insulina y triprotaminas; los otros dos grupos han sido ya estudiados, y es sobre los compuestos menos solubles de monoprotaminas que se han continuado los trabajos.

Una figura muestra comparativamente la solubilidad de las combinaciones de insulina con protaminas extraídas de esperma de peces. La proporción de pesos en que entran en combinación es una décima parte del peso de la insulina.

Una persona normal tolera exactamente igual dosis análogas de insulina y cupleína. En un enfermo diabético se inyectó una solución ácida de cupleína, sin obtener mejores resultados que con insulina, quizá por actuar como coloides protectores, que evitan su precipitación, las proteínas de los tejidos.

Se hizo una nueva experiencia inyectando el precipitado que se forma al hacer igual a 7,3 el Ph de la solución de insulínato de protamina. Así se consigue que en el tejido subcutáneo queden depositados un líquido de concentración prácticamente constante en insulina, que es absorbido, y partículas sólidas, cuya cantidad va disminuyendo. Por este procedimiento se logró una más lenta absorción. 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 la combinación de la insulina con una monoprotamina extraída del esperma del salmón.

INVESTIGACIONES CLÍNICAS

Durante más de dos años han sido tratados unos 58 enfermos con insulínato de protamina en el Steno Memorial Hospital. Entre ellos había de todas las edades y grados de gravedad, si bien la mayor parte eran casos graves, y muchos presentaban diversas complicaciones. Después de ser dados de alta se continuó el estudio de los enfermos; durante su estancia en el Hospital (alrededor de cuatro semanas), se hacían cinco determinaciones de glucemia todo los días, y, aun a veces, la glucemia era determinada cada dos horas durante veinticuatro. La comparación de los resultados obtenidos cuando los enfermos eran tratados con insulina, y cuando eran tratados con insulínato de protamina demuestran que con ésta se logra evitar la pronunciada elevación, que comúnmente se observa tres o cuatro horas después de la inyección de insulina corriente. Así se consigue, sin aumentar el número de inyecciones, disminuir las oscilaciones de glucemia, reducir o suprimir la glucosuria y disminuir la excreción de amoníaco y los peligros de que se produzca un coma hipoglucémico.

Nunca se observaron efectos perjudiciales. La inyección es indolora y no va acompañada de reacción local ni reacciones proteicas. El efecto es casi de doble duración que el de la insulina, y es el mismo cuando se emplea en niños o en adultos y cuando el enfermo guarda cama o está levantado. Nunca dejó de producirse el efecto de la insulina, pero en los casos de coma es necesario recurrir a la insulina corriente, que actúa más rápidamente. Cuando ésta produce resultados satisfactorios en el tratamiento de un caso no tiene objeto el empleo de insulínato de protamina.

Han conseguido dejar los enfermos completamente libre de la sensación de malestar ocasionada por acidosis o por hiperglucemia muy intensa con sólo dos inyecciones al día. Muy pocas veces se han producido reacciones hipoglucémicas, y siempre han ocurrido tan lentamente, que el enfermo ha podido darse cuenta de lo que ocurría y evitarlo a tiempo. El tratamiento con este preparado ha dado muy buenos resultados en los casos graves, especialmente en sujetos jóvenes con neuritis o hígado aumentado. Su administración tiene valor por la noche principalmente, para evitar la elevación nocturna de la glucemia y hacer menos violento el efecto de la insulina inyectada a la mañana siguiente, por ser todavía bastante bueno el balance del organismo y no muy elevada la glucemia.

Los mejores resultados se obtienen administrando insulínato de protamina por la noche e insulina ordinaria por la mañana, con lo cual se evitan las grandes oscilaciones de la glucemia durante el día. En algunos casos,

sin embargo, los resultados son todavía mejores cuando se aplican dos dosis de insulínato de protamina separadas por intervalos iguales de tiempo (ocho de la mañana y ocho de la noche, por ejemplo).

En algunos casos, en los cuales es suficiente para su tratamiento una sola inyección de insulina, está también indicado el insulínato de protamina, para evitar la aparición de los síntomas subjetivos de hambre intensa y sensación de debilidad que se produce por la mañana acompañando al descenso de la glucemia; además, combate la glucosuria, que en estos enfermos tiende a producirse en cuanto termina el rápido efecto de la insulina.

En muchos casos una dosis de insulínato de protamina puede sustituir otra mayor de insulina corriente, al igual que de ésta se necesita mayor cantidad cuando se inyecta una sola dosis grande que cuando se emplean varias pequeñas repartidas durante el día. Sin embargo, cuando se administra una sola inyección es conveniente emplear una dosis elevada, la cual siempre tiene la ventaja sobre otra análoga de insulina de ser mucho menores los riesgos de producir hipoglucemia.

Hay que hacer notar que el empleo de insulínato de protamina hace descender a valores normales glucemias que alcanzaban en ayunas valores de 300 y 400 miligramos, con lo cual es necesario reducir la dosis de insulina administrada por la mañana.

En un artículo publicado en la misma revista por los autores americanos F. Root, P. White, A. Marble y E. Stolz, que han empleado el insulínato de protamina en 50 enfermos, confirman los resultados obtenidos por Hagedorn, y hacen resaltar el avance que supone en el tratamiento de la diabetes el disponer de un método mucho más aproximado a las condiciones fisiológicas para administrar insulina.

La prostatectomía en su fundamento anatomopatológico

POR EL

Dr. ANGEL PULIDO

La era quirúrgica comenzó para la próstata, como para casi todos los órganos glandulares, en el último tercio del siglo XIX. Fueron nuestros maestros; los que nos iniciaron en su ciencia, los que primero supieron de las intranquilidades y de las sorpresas que proporciona la cirugía de la próstata, como las que da la intervención operatoria en los diferentes órganos del cuerpo humano...

Bottini tuvo la idea de cortar el anillo prostático como se secciona un esfínter, por medio de un cuchillete. Era una operación intrauretral; fué la primera operación intrauretral de la próstata... Tenía de la retención de orina de origen prostático un concepto que no ha confirmado la ciencia, y su operación no ofrecía garantías de éxito... Fué poco practicada y abandonada pronto. Entonces, en los Estados Unidos, Fueller, y en Inglaterra, Freyer, acometieron la próstata enucleándola, el uno por abajo, por el periné, y el otro por arriba, por la vejiga. Albarrán se hizo el paladín de la prostatectomía perineal, y Freyer continuó maravillándonos con una técnica sencilla, poco cuidadosa de detalles asépticos, pero con unos resultados tan útiles para el en-

fermo, que él solo impuso una operación que ofrecía cuantas garantías puede apetecer el paciente... Albarrán, en París, y Freyer, en Londres, fueron nuestros maestros...

La prostatectomía suprapúbica es poco estética: es la más brutal de las operaciones a los ojos de los que asisten a la intervención... Un hombre congestionado por el esfuerzo, sudando, con los ojos saltones, resoplando, jadeante, doblado sobre el vientre de un desgraciado que no puede defenderse..., porque está anestesiado entre unos cuantos espectadores... que, impasibles, con los brazos cruzados, ven cómo chorrea sangre de una herida abierta encima del pubis, herida que el operador parece quiere agrandar metiendo en ella un dedo o dos, y haciendo tracciones para arrancar una víscera, en cuya tarea se ayuda con la otra mano introducida en el recto, ni más ni menos que hacen las viejas en los pueblos para castrar los pollos...

Si no temiera herir vuestros oídos con una alusión de actualidad, me atrevería a deciros que una prostatectomía suprapúbica a lo que más se parece es a la profanación de un enemigo por un salvaje... Sí, el espectáculo es... sencillamente repugnante, indignante...; pero el enfermo se cura..., porque en la enucleación del órgano se separa éste por el plano de deslizamiento, de despegamiento. Los vasos son allí menos numerosos, y la libertad en que transcurren por tejidos sueltos les permite contraerse y cesar la hemorragia...

La prostatectomía perineal es más quirúrgica; se siguen las reglas de la cirugía de ver lo que se corta...; pero las consecuencias son menos brillantes: hay fistulas, hay incontinencias, etc., etc....

Entonces, estudiamos lo que se saca con la operación, y cómo queda el hueco de donde la tumoración ha sido extraída. Al conocimiento de este aspecto de la prostatectomía he contribuido con mi modesto esfuerzo, ligero como obra de laboratorio, un poco más interesante como demostración de sinceridad... En una de las primeras reuniones del Congreso Español de Urología presenté una comunicación titulada "El hueco prostático"... Había que hacer el estudio del hueco prostático en los cadáveres de los desgraciados enfermos operados de prostatectomía que no habíamos tenido el placer de ver curar, y es evidente que ese estudio declaraba nuestro fracaso operatorio en algunos enfermos (muy pocos enfermos para el número relativamente grande de operados en la clínica oficial, donde ocupaba un lugar insignificante). El cirujano a cuyas órdenes yo estaba consideró que aquel trabajo mío constituía un baldón es el apóstol de la Punch Operation.

Entonces, Luys, el ingeniosísimo maestro parisiense, lleno del espíritu de claridad que ilumina las obras de sus compatriotas, ideó atacar la próstata desde el interior de la uretra, aprovechando las facilidades que ofrecía el método endoscópico. Luys fué combatido con saña, se le persiguió, se quiso borrar su nombre de la lista de los urólogos... Yo pido para él el reconocimiento de su mérito como un iniciador.

Los autores americanos han perfeccionado esta operación... ¿Cuál es su estado en la actualidad? Nadie mejor que el Dr. Peña (D. Alfonso) para exponerlo con autoridad; él la conoce porque la ha visto practicar a sus maestros de allende el mar, y él la ha practicado con su habilidad consumada. Hoy el joven Peña

es en Europa el maestro que los norteamericanos nos han enviado para predicarnos la buena nueva. Hoy Peña es el apóstol de la Punch Operation.

Nosotros, que recibimos de nuestros antecesores una técnica y una doctrina basada en ella (y no al revés, como parecía lo lógico). Nosotros, que contribuimos con nuestro esfuerzo al mejor conocimiento de las indicaciones y a la mejoría de las estadísticas, asistimos con curiosidad a la labor de la generación que nos sucede y que no nos sigue, porque los principios en que se apoya parecen diferentes de los que nos guiaban. El principio fundamental que llevaba nuestra técnica era encontrar el llamado plano de deslizamiento, el plano donde el adenoma que constituye el tumor prostático había rechazado al resto de tejido de la próstata, y siguiendo ese plano separar el tumor, exactamente como se separa una mandarina de su cáscara... Si lo habíamos logrado, esperábamos un éxito. Si no lo conseguíamos porque la inflamación había borrado ese plano, quedábamos apenados...

Y he aquí que los nuevos urólogos prescinden de planos de deslizamiento y atacan de la próstata lo que sobra... Y cuando han convertido el tumor en una depresión, como toma un sorbete el parroquiano de Pombó, hasta dejar con la cucharilla un embudo donde había una esfera, dan por terminada la operación y... mandan el enfermo a la cama... Pero no olvidemos que el que toma un helado tiene como límite a su cucharilla la pared de la copa, y que el cirujano de la Punch Operation no sabe dónde está esa pared.

Esta técnica no es anatómica. Pero... se puede decir que no sea científica? Confesemos que, en ciencia, sólo la observación y la experiencia tienen valor, y si los enfermos se curan, a pesar de lo que a los educados en la escuela anatómica nos parece extraño, no cabe duda de que la operación es perfectamente científica, y ya nos dirán en estudios ulteriores por qué lo es, como nosotros dijimos que nuestras prostatectomías eran científicas después que Fuller y Freyer llevaban algunos miles de prostetomizados...

Si la llamada hipertrofia de la próstata es una neoformación, parece que quitar de ella unos bocados, sin poder precisar el límite de la neoformación, no es quirúrgicamente defendible... Y ese es el punto que me parece litigable en la Punch Operation...

Lo demás..., lo demás tiene menos importancia, porque los enfermos se mueren de infección, se mueren de hemorragia y se mueren de embolia en todas las operaciones que se hagan sobre órganos infectados, y cuando se opera una próstata, casi siempre está infectada la vejiga...

BIBLIOGRAFIA

JAIME FERRÁN, por *García del Real (Eduardo)*.—Volumen de 290 páginas, 16 y medio por 10 y medio centímetros, encuadernado en tela.

Este es el volumen X de la "Biblioteca de la Cultura Española", escrito por el catedrático D. Eduardo García del Real. Excelente estudio de la vida y la obra del célebre bacteriólogo, una de las grandes lumbreras hispanas, cuyos admirables descubrimientos marcaron avance trascendental en las ciencias biológicas y médicas. El au-

tor logra ofrecer un estudio completo, una exposición magistral del tema, que, tras el prólogo, divídese así: su vida; sus obras; su ideario; bibliografía y antología. Esta última parte comprende: vacunación contra el cólera; nota sobre el bacilo vírgula; higiene; reclamación de la Prensa médica; los imitadores; reivindicación contra los doctores Gamaleia y Haffkine; estudios sobre la rabia; IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía; la gran higiene contra la tuberculosis; errores doctrinales concernientes a la tuberculosis y a su bacilo, y las mutaciones bacilares en lo que afectan a la etiología, la patología, la profilaxis y la terapéutica de las infecciones pretuberculosas y a la tuberculosis.

"TUMEURS DE L'ENCÉPHALE" (tumores del encéfalo). Contribución a su estudio anatomoclínico, por el Dr. Paulian. Prólogo del Dr. C. Vicent. París 1935. Un tomo de 213 páginas con 189 figuras en el texto. Masson y editores, 120, Boulevard Saint-Germain, 120, París.

Consta la obra de tres partes. En la primera se estudia la anatomía patológica de los tumores cerebrales, siguiendo para ello la clasificación de nuestro compatriota del Río Hortega, que conceptúa el autor como la más perfecta hasta el día.

Dedica el autor la segunda parte al estudio de la ventriculografía, señalando con claridad y precisión las alteraciones que pueden observarse en los casos de tumor cerebral, según cual sea su localización.

Por último, en la tercera y última parte, el autor expone 46 historias clínicas de otros tantos enfermos de tumor cerebral. Paulian se limita a esto, y no hace reflexión alguna sobre los casos observados y minuciosamente expuestos, dejando aquéllas a cargo del lector.

La obra es muy interesante y, como todas las que tratan de este asunto, es muy recomendable a especialistas y médicos generales. El número de casos de tumor cerebral que no se diagnostican es enorme, y el prologuista afirma que ningún médico general debe ignorar: 1.º, que debe hacerse explorar el fondo del ojo y el campo visual de todo enfermo que presenta cefaleas inexplicables y tenaces, vómitos no debidos a apendicitis o acetonemias, y a los que padecen vértigos; 2.º, hacer lo mismo con todo enfermo del sistema nervioso; 3.º, no conformarse con una exploración, sino repetirlas sistemáticamente, y 4.º, no ignorar que un tumor cerebral puede evolucionar durante años sin éxtasis papilar. Cuando un médico general sospeche la existencia de un tumor cerebral debe enviarlo urgentemente a un especialista.

Una edición esmerada y una profusión de figuras claras y llamativas hace agradable la lectura de la obra.—F. G. D.

ESTUDIO ESTADÍSTICO DEL SERVICIO DE URGENCIA DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS, por el Dr. D. Eduardo Perilla.—Edición Centro. Carrera, 10, Bogotá (Colombia), 1935.

Hemos recibido y leído con todo interés esta importante tesis, que pone de modo manifiesto el interesante trabajo que su autor ha llevado a cabo en el citado Hospital.

Nuestra enhorabuena al Dr. Perilla, del que esperamos no sea este su último trabajo.

PERIODICOS MEDICOS

LEVADIT (C. y J.). y REINIÉ.—Acción "in vitro" de las radiaciones de la lámpara de mercurio y los rayos gama del "radium" sobre el virus linfogranulomatoso.

Contrariamente a lo que producen los rayos gama del "radium", las radiaciones totales de la lámpara de mercurio suprimen "in vitro" las propiedades patógenas del virus linfogranulomatoso. Sin embargo, esta desaparición de la virulencia no implica la desaparición del poder antigénico si la radiación de la lámpara de cuarzo actúa treinta minutos sobre una emulsión neuraxiva virulenta fresca. Por el contrario, el calentamiento previo de una emulsión de este género parece sensibilizar las propiedades antigénicas por intermedio de los rayos ultravioleta.

Es probable que este efecto sinérgico de las radiaciones calóricas y de la radiación total de la lámpara de mercurio sea atribuible a una degradación de la materia orgánica que sirve de soporte a las unidades virulentas, la cual es ejercida por el calor.—(Comp. Rend. de la Soc. de Biol., tomo CXVIII, núm. 3, 1935, página 121.)—T. B.

E. FEER.—La neuropatía vegetativa específica de los niños pequeños.

Feer hace varias reflexiones acerca de esta interesante enfermedad, basándose en 59 observaciones personales hechas en las clínicas de Zurich. Asociados a los trastornos psíquicos de apatía, depresión, accesos de rabietas, delirios, alucinaciones y manifestaciones epileptiformes, trastornos que abren el cuadro clínico y quedan siempre en primer plano, hay sudores sostenidos y profusos, eritemas cutáneos, picores muy molestos, cianosis de pies y manos asociada a sudores fríos y a descamación, taquicardia, hipertensión arterial, trastornos tróficos y molestias generales difusas. La motilidad está dificultada (aquinexia) y hay hipotonía muscular. Entre los trastornos sensitivos cita el autor las hiperestesias, las parestesias y los dolores. Hay leucocitosis y aumento de la glucemia. Todos estos síntomas se deben a las alteraciones del sistema nervioso vegetativo, especialmente en sus porciones centrales de base de cráneo y región infundibular.

La enfermedad dura de seis a ocho meses, rara vez más, y termina por una curación absoluta y total. No obstante, son frecuentes los nuevos brotes, alternando con remisiones más o menos completas. Las infecciones intercurrentes, como el sarampión y la tos ferina, son capaces de acelerar el proceso curativo. Las terminaciones fatales se deben a las bronconeumonías intercurrentes y a las septicemias. La mortalidad por estas causas puede evaluarse en un 5 a un 10 por 100 del total de los casos.

El tratamiento es puramente sintomático, pues desconocemos las causas de la enfermedad y el modo de corregirlas o dominarlas. Algunos autores hablan de los buenos resultados de la hepatoterapia, pero son precisas más observaciones clínicas para aceptarlas como buenos. Lo esencial es sostener las fuerzas del enfermo y los cuidados de higiene general. (Schweiz. Med. Woch., 1935, núm. 41.)—F. G. D.

SECCION PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

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

SUMARIO.—SECCIÓN PROFESIONAL: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—ACADEMIAS Y SOCIEDADES.—El problema de la alimentación ante la Sociedad de Naciones, por F. Murillo y Palacios.—III Congreso Internacional de Paludismo.—Recuerdo histórico: El Dr. Letamendi, por José Soriano.—Insistiendo, por Sisinio Crespo.—Entre Escila y Caribdis, por Wenceslao Borrachero.—Táctica equivocada, por A. Lozano Borroy.—Nuevos Tribunales para juzgar los ejercicios de oposición a plazas de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria.—Sección Oficial.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Tertulia.

BOLETIN DE LA SEMANA

Los hechos tras las palabras

Nuestros lectores, la mayoría de los que nos conocen de antiguo y bien, no habrán dudado nunca de que cuanto hemos dicho en repetidas ocasiones, y de modo fundamentalmente claro en nuestro último "Boletín" del sábado 29, tenía más positivo valor que el palabreo insubstancial de un artículo de circunstancia.

Los momentos actuales exigen como en ningún otro una rígida seriedad en el comportamiento de cuantos vivimos frente a la opinión. Hablábamos en nuestro último "Boletín" de los sacrificios materiales y morales con que se paga el lujo exquisito de la independencia de crítica, y hablábamos de que nosotros hemos estado siempre, y seguimos estando, prontos a todo sacrificio para conservar la absoluta independencia de criterio de EL SIGLO al servicio del progreso científico y moral de las clases médicas.

Hoy tenemos que dar cuenta a nuestros lectores de un caso objetivo, confirmador, una vez más, de nuestras palabras.

El Consejo de Administración de EL SIGLO MÉDICO se reunió en la tarde del viernes 28 de febrero. Examinada la necesidad de suprimir hasta la sombra de lo que pudiera parecer un freno a la exposición de la libre crítica de EL SIGLO MÉDICO sobre la política sanitaria del país, nuestro querido vicepresidente del Consejo, Excmo. Sr. D. Víctor María Cortezo y Collantes, que ocupa por derecho propio, y tras lucidísima carrera, uno de los más altos puestos oficiales en la gobernación de la Sanidad nacional, hizo presente su firme decisión de renunciar a todos sus derechos materiales en la propiedad de EL SIGLO MÉDICO y separarse de modo absoluto de toda gestión, no sólo directiva, sino aun colaboradora, de la vida del periódico.

Con profunda emoción hubo de reconocer todo el Consejo la alteza de las razones y la magnanimidad de la resolución que impulsaban a D. Víctor María Cortezo para que en ningún momento se pudiera suponer influida la crítica, ni mermada la independencia del periódico, por quien ocupa un alto puesto oficial en la Sanidad española.

El Consejo escuchó las razones de D. Víctor Cor-

tezo y agradeció emocionadamente su determinación, que aceptaba consciente de cuanto supone de sacrificio material y moral para quien tan generosamente la brindaba en aras del prestigio de la revista.

Hemos de señalar aquí cuán inmensamente mayor es el sacrificio moral de D. Víctor Cortezo, comparado con el perjuicio material a sus intereses. Siempre hemos dicho que EL SIGLO MÉDICO no es un negocio. La revista no tiene aspecto industrial, ni lo ha tenido nunca, más allá de cuanto viene obligada para someterse a un régimen de propiedad ineludible. EL SIGLO MÉDICO es un tesoro moral confiado por las clases médicas españolas a las manos que lo vienen rigiendo sucesivamente desde su fundación; pero, como negocio, bastarían veinticuatro horas para que la voluntad de los médicos de España lo redujesen a cero. Si EL SIGLO MÉDICO no mejora aún más en tirada y en extensión, no es por mermas codiciosas de los accionistas, sino porque el límite de las posibilidades de la clase médica española no da más de sí, como lo prueba el continuo fracaso de cuantas empresas fundan periódicos médicos con espíritu de negocio. En cambio, nosotros, como somos la hechura palpitante de lo que los médicos pueden y quieren, seguimos viviendo desde que la Reina Gobernadora dictó la libertad de imprenta, el año 1834, y al mes de esta regia disposición publicó D. Mariano Delgrás el primer número del *Boletín de Medicina*, destinado desde aquel momento a la defensa de la clase médica española y, de modo singular, a la de lo que entonces se llamaba *partidos médicos*, para más tarde llamarse *titulares*, y hoy día, *inspectores municipales de Sanidad*.

Pero frente a esto que decimos, como ponderación del sacrificio material que supone el abandono de sus derechos de propietario por D. Víctor María Cortezo, es justo e ineludible que exponamos a nuestros lectores el inmenso valor de su sacrificio moral. Don Víctor María Cortezo se ha formado como periodista médico en las columnas de nuestra revista. Desde los años mozos, en que comenzaba su carrera, colaboró en EL SIGLO MÉDICO al propio tiempo que sus coetáneos y fraternales amigos D. Angel Pulido y Martín y D. Bartolomé Navarro Cánovas, hijo político este último del inolvidable D. Ramón Serret.

Cuando se ha vivido paso a paso, con el aliento

de una tribuna como EL SIGLO MÉDICO, y cuando se ama como los periodistas amamos las páginas en donde se vierte lo mejor de nuestro espíritu, no se puede valorar si no es con la mayor grandeza el gesto generoso de un sacrificio como el de D. Víctor María Cortezo al separarse de nosotros para no consentir que aparezca mermado el sagrado prestigio de independencia, que es el timbre máximo de gloria de una revista consagrada a la divulgación y a la crítica de todos los aspectos científicos, profesionales y sociales de la clase médica española.

Al dar nuestro adiós en estas columnas al que tantos años fué nuestro compañero, esperamos que los médicos españoles sepan aplaudir y agradecer su gesto noble y generoso.

Luto en la Ciencia internacional

En los días pasados la ciencia internacional ha perdido dos grandes figuras.

El profesor Juan Pedro Pawlow ha muerto casi centenario, y el Dr. Carlos Nicolle cuando aún podía prestar a la ciencia valiosísimos servicios.

El profesor Pawlow es una de las más grandes figuras de la ciencia rusa.

Maestro de Fisiología en la Academia Imperial, director de la Sección de

Fisiología del Instituto Imperial de Sampetersburgo, director del glorioso Laboratorio de Fisiología de la Academia Imperial de Ciencias de Sampetersburgo, el profesor Pawlow fué el maestro de las más brillantes generaciones de médicos e investigadores de la Rusia anterior a 1917.

No vamos a hacer una puntualización de los trabajos de fisiología digestiva y de reflejos condicionados y de tantas otras cosas como pudo el profesor Pawlow desentrañar del misterio a lo largo de una vida consagrada de modo ejemplar al estudio serio y abnegado. En la memoria de todos los médicos de la generación actual está el positivo y trascendental valor de los trabajos de Pawlow, fundamento de tantos progresos en la fisiología digestiva y del sistema nervioso. Queremos tan sólo señalar la profunda emoción con que recogemos la noticia de su muerte, acaecida en ambiente tan distinto del que rodeó la plenitud de su fama y de su gloria, pero que, no obs-

tante, y debido a su personalísimo prestigio, supo alcanzar el respeto y la consideración en medio del fracaso de tantas cosas como supuso para Rusia la revolución de 1917.

* * *

El otro duelo internacional de la ciencia obedece, como hemos dicho, al fallecimiento del ilustre microbiólogo francés Carlos Nicolle.

En contraste a la figura literaria y científica de Pawlow, Carlos Nicolle representa ese divino complejo del genio latino en que se hermanan el humanista y el investigador.

Nicolle, no puede discutirse que es la primera figura de la microbiología moderna; pero, al par de esto y de los definitivos avances en el conocimiento de las enfermedades infecciosas que se deben a los geniales trabajos del ilustre director del Instituto de Túnez, la figura de Nicolle resalta como genial divulgador y como exquisito hombre de letras.

Carlos Nicolle era hijo de médico, de un modesto médico de los Hospitales de Rouen, y estuvo sometido a la férula educativa del sistema francés en los mejores años de una influencia del espíritu humanista en las generaciones de los hombres de la ciencia francesa.

A ello se debe que este cazador de microbios haya sido al propio tiempo el autor de más de una docena de obras literarias de considerable y reconocido valor, como son, entre otras, *Le pâtissier de Bellone*, *Les feuilles de la Sagittaire*, *La narcoise*, *Les deux Larrons*, *Les menus plaisirs de l'Ennui*, *Marmouse et ses hotes...*

Decimos esto para explicar que nunca pudo sorprender la admirable armonía que reina en la obra de Nicolle entre el caudal valioso de sus descubrimientos de investigación microbiológica y el exquisito mérito de la divulgación y de la enseñanza a él debidas.

Nosotros creemos que en estos últimos diez años se han escrito dos obras relacionadas con la microbiología, que ningún médico debe ignorar y que fuera bueno que a la cabecera del lecho de todo médico las guardara para hacer de ellas compañeras insubstituíbles de cualquier instante de vigilia. Una

CONTRA EL PARO MÉDICO

Lea usted nuestro número próximo.

Los nombramientos escandalosos en Sanidad.

La Inspección de Leproserías y otras cosas por el estilo.

Hay que acabar con los enchufes, los emboscados y los injubilables.

¡No sobran médicos, sobran desaprensivos!

Por el Dr. ARIETE

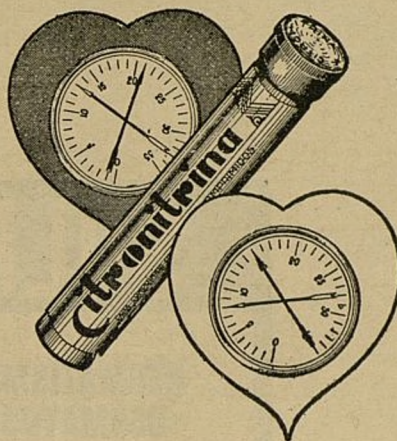
Médico y Diputado a Cortes.

*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.

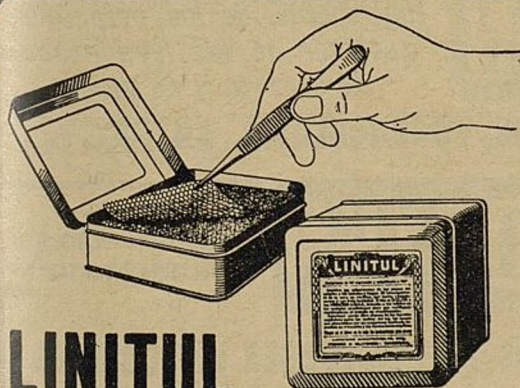
INDICACIONES: Hipertensión arterial, cualquiera que sea su forma y origen. Arterioesclerosis, Aortitis, Angioespasmos, Embolias, Flebitis, Angina de pecho, Estados pletóricos y congestivos, etc.

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

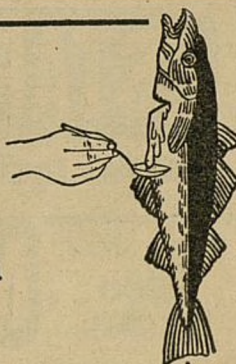
PÍDANOS MUESTRAS Y LITERATURA

LABORATORIO QUIMIOTERÁPICO DEL EBRO
VERGÉS & OLIVERES - Tortosa

"Geve"

es la mejor marca
de

Aceite de Hígado de Bacalao



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

— Porque para extraerle se emplea simplemente la presión suave.

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

Muestras gratis a
los señores médicos

VERGÉS & OLIVERES
Laboratorio Quimioterápico del Ebro
TORTOSA

Ayuntamiento de Madrid

SULFOÏDOL ROBIN

(Azufre coloidal)

**REUMATISMO CRÓNICO - BRONQUITIS CRÓNICA
DERMATOSIS ACNÉICAS - LARINGITIS REBELDES
FERMENTACIONES INTESTINALES - VAGINITIS - METRITIS**

GRANULADO AMPOLLAS

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

Para muestras e informes: GIMENEZ-SALINAS y C.^a Avda. de Eduardo Dato, 10.-MADRID
EN BARCELONA: 2 y 4, Calle Sagüés

ESTAFILASA del D^r DOYEN

*Solución concentrada,
inalterable, de los principios
activos de las levaduras
de cerveza y de vino.*

Tratamiento específico contra las Infecciones Estafilocócicas: **ACNÉ, FORUNCULOSIS, ANTRAX, etc.**

Solución coloidal
fagógena
polivalente.

MICOLISINA del D^r DOYEN

2 FORMAS:
MICOLISINA BEBIBLE
MICOLISINA INYECTABLE

Provoca la fagocitosis, evita y cura la mayor parte de las **ENFERMEDADES INFECCIOSAS**

SOLUCIÓN de FLUOROFORMA
ESTABILIZADO EN LOS
EXTRACTOS VEGETALES

GERMOSE

No Tóxico

SABOR
AGRADABLE

Tratamiento de la Tos - **COQUELUCHE** - Tos nerviosa

*Comprimidos compuestos de Hípo-fósforos
y Tiroides en proporción prudencial,
de Hamamelis, Castaña de India
y Citrato de Sosa.*

Venosina

Tratamiento específico completo de las **AFECCIONES VENOSAS**

LABORATOIRES LEBEAULT, 5, Rue Bourg-l'Abbé, PARIS

POR MENOR: PRINCIPALES FARMACIAS

Para muestras e informes, GIMENEZ-SALINAS Y C.^a Avda. Eduardo Dato, 10, MADRID

Ayuntamiento de Madrid

de éstas es la obra de Paul Kruif, *Los cazadores de microbios*; la otra es el admirable ensayo de Carlos Nicolle, *Nacimiento, vida y muerte de las enfermedades infecciosas*.

Mucho se ha hablado del valor enorme que ha tenido en el estudio de la patogenia y profilaxis del tifus exantemático la confirmación debida a Nicolle de su medio de propagación por los parásitos. A nosotros especialmente nos emociona el recuerdo de esta gloria de Nicolle por ir tan de cerca unida a la genial exposición que hiciera D. Carlos María Cortezo el año 1903 en la Conferencia de Higiene, de París, de su experiencia acerca de la propagación de las epidemias de tifus por intermedio de los parásitos humanos.

Sin que queramos establecer pugnas de ningún género, si nos interesa hacer constar que el Dr. Cortezo tuvo hasta el momento de su muerte la mayor admiración por el microbiólogo francés que acabamos de perder para la ciencia.

En el estudio de los avances de la microbiología se dan repetidas veces estos casos de emparejamiento del mérito de la observación y del rendimiento de la experimentación. Bastaría para convencer-nos el recuerdo de la historia de Teobaldo Smith y su descubrimiento del medio de propagación de la llamada fiebre de Tejas por la garrapata.

No podemos, aunque otra sea nuestra voluntad, extendernos en este lugar a más largas consideraciones, y terminamos este "Boletín" manifestando nuestro sentimiento por las irreparables pérdidas para la ciencia internacional que suponen la muerte del Prof. Pawlow y de Carlos Nicolle.

DECIO CARLÁN.

ACADEMIAS Y SOCIEDADES

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Presidencia: Dr. Antonio Cospedal

(Sesión del 28 de febrero de 1936.)

El Prof. Hipólito Rodríguez Pinilla lee unas breves cuartillas necrológicas sobre el sabio fisiólogo ruso Pawlov, fallecido hace días en Moscú, y hace un breve esquema biográfico de su vida y sus trabajos.

El Prof. Obdulio Fernández se conduce igualmente de la muerte del sabio fisiólogo, y expone muy brevemente la labor química del mismo.

UN CASO INTERESANTE DE APLICACIÓN DE LA INTUBACIÓN DIRECTA A LA CIRUGÍA ENDOLARÍNGEA INFANTIL, por el Dr. Martín Calderín.

Comienza diciendo cómo hace ya algunos años trajo a esta misma Academia una comunicación acerca de la intubación laríngea; hoy viene para resolver un problema de relación directa con ésta. Pasa a hacer un breve resumen de aquélla y su opinión del valor de la colocación directa del tubo, que hoy la ha variado por completo; esto, en gran parte, se lo demostraron unas referencias de revistas sobre un trabajo del Prof. Alkinson. Expone acto seguido varios modelos de laringoscopios, y

hace una detenida clasificación de los mismos. A su juicio, el de mayor utilidad es el del Prof. Chevalier-Jackson, el cual muestra a los académicos. Cree que algunos de ellos tienen el inconveniente de la sujeción. El inventado por el Dr. Alkinson lo proyecta.

La técnica de colocación del enfermo es la clásica de con la cabeza colgando, y por medio de una pinza en pico de pato, que proyecta, coloca el tubo. "La pinza—dice—, tiene la particularidad de abrirse perpendicularmente a su eje."

Con respecto a la intubación laríngea, el Dr. Martín Calderín dice que no se ha generalizado, a causa de su poca rapidez y por la dificultad de colocación del tubo en niños que por momentos se ahogan. El comunicante suele usar la intubación laríngea más que nada para la práctica de diagnósticos.

También hace uso de ella en la operación de papilomas laríngeos. "Ya saben todos—dice—que éstos son bastante frecuentes en práctica otorrinolaringológica, y que, a más, suelen ser, si no muy graves, sí recidivantes y seguidos de un final funesto."

El inconveniente de esta operación se halla, según el comunicante, en la asfixia en el curso de la operación, tanto, que a veces era de extrema necesidad la práctica de la traqueotomía, razón por la cual probó hacer la intubación laríngea, evitando así la práctica peligrosa de aquélla, no sólo por su dificultad técnica, sino por las condiciones en que se realiza, por ser operación de extrema urgencia.

Prof. Criado y Aguilar.—Dice cómo él, hace ya años, introdujo una modificación a la intubación, que hace a ésta de una gran facilidad, a pesar de las muchas dificultades que la misma tiene. A continuación la describe con todo género de detalles.

Dr. Martín Calderín (rectificación).—Dice cuánto agradece a su viejo maestro, el Dr. Criado y Aguilar, su intervención, y cómo en un libro que prepara sobre intubación cita con toda extensión su método.

Con respecto al empleo del método en esta operación, dice no se puede determinar, por la índole de la misma, y cómo sólo se trata en muchos casos de encontrar la laringe.

ACERCA DE UN FACTOR HUMORAL DEL APETITO DE PRODUCCIÓN CONDICIONADA, por el Dr. Planelles.

En un brevísimo trabajo de investigación con perros hace ver la variación de las curvas de glicemia de los mismos, mostrándoles el alimento y dándoselo por medio de la proyección de éstas. Cree que este factor hipoglucemiante es un reflejo condicionado.

Hace ver el intenso valor que, a su juicio, tiene el problema del apetito, como asimismo la infinidad de circunstancias patológicas que intervienen en el mismo.—H. S.

ACADEMIA MEDICOQUIRURGICA ESPAÑOLA

Presidencia. Dr. V. M. Nogueras

(Sesión del 2 de marzo de 1936.)

RESULTADO DE LA PROSTATECTOMÍA PERINEAL EN UN VIEJO DE OCHENTA Y CINCO AÑOS; PRESENTACIÓN DE ENFERMO, por el Dr. Enrique Pastor.

El comunicante dice que es este enfermo que hoy trae a la Academia el prostático más viejo por él operado,

y que revisando literatura sobre el tema, cree es el más viejo de todos los prostáticos operados hasta hoy por numerosos profesores españoles y extranjeros seguidores de esta técnica—suprapúbica—, que él juzga inmejorable y de gran inocuidad, a pesar de que los enfermos se hallen infectados, como éste. El curso postoperatorio de este viejo fué magnífico, a pesar de haberse quitado la sonda a los ocho días de operado, y a los diecisiete de la operación abandonó la clínica en perfecto estado, el cual hoy persiste, como pueden ver los señores académicos.

QUERATITIS INTERSTICIAL DEL OJO DERECHO DE ORIGEN HEREDOLUÉTICO CURADA CON EL TRATAMIENTO ESPECÍFICO Y LA RADIACIÓN LOCAL, por el Dr. Marín Amat.

Se trata de una enferma de dieciséis años, de oficio sastra, vista por primera vez el 10 de mayo próximo pasado en mi consulta de oftalmología del Hospital Provincial. Los antecedentes hereditarios y personales no presentaban interés alguno. La enferma estaba muy mal desarrollada y nutrida.

Al acudir a la consulta hacía una semana que presentaba la visión disminuida en el ojo derecho, a más de un intenso lagrimeo. A la exploración, una gran infiltración intersticial de la córnea, la pupila muy contraída y lagrimeo intenso; tenía dientes de Hutchinson, por lo cual se le practicaron las reacciones de lúes, que fueron todas ellas (Wassermann, Meinicke y Kalm) intensamente positivas, por lo cual se dió en firme un diagnóstico de queratitis intersticial con hereditolúes.

Se le instituyó un tratamiento salvarsánico de 10 inyecciones, sin pasar de las dosis tercera de 0,45 y 20 inyecciones de bismuto de dos centímetros cúbicos. En el ojo se le hicieron, como es de rigor, instilaciones de atropina. Además, por el Dr. S. Ratera, del mismo Hospital, se le practicaron cinco aplicaciones de rayos X, una unidad H, o sean 80 unidades R internacionales.

La enferma, en los primeros días siguió su curso clásico, pero pasados muy pocos comenzó a mejorar y curó muy rápidamente, recobrando la visión y no ocurriendo, como en otros casos, que la queratitis pasara al otro ojo. Las reacciones serológicas practicadas en noviembre último fueron, a pesar de estar la enferma bien y tener un estado general perfecto, fuertemente positivas.

Con respecto al empleo de los rayos X, nos dice Marín Amat que se emplean ya hace tiempo en algunas clínicas de Alemania, y que los trabajos por él leídos sobre este tema dicen haber obtenido resultados muy satisfactorios.

Cree que la acción de los rayos X no actúa vasodilatadoramente sólo sobre la córnea, sino que esta acción es ejercida intensamente a distancia.

A más de estas acciones, estima deben poseer una acción germicida sobre el treponema, que, en animales de experimentación, se ha visto alojarse en la córnea.

UN CASO DE SIMPATALGIA FACIAL, por el Dr. E. Díaz Gómez.

Se trata de una enferma (E. G.), de cuarenta y cinco años de edad, de estado viuda, dedicada a las labores de su casa, y cuyos antecedentes personales y hereditarios carecían por completo de interés.

Hace ya ocho años viene teniendo por temporadas muy

largas dolores en región superciliar izquierda muy intensos y acompañados éstos, que se corren a zona auricular del mismo lado, de intenso lagrimeo.

La exploración del aparato genital, urinario y digestivo fué normal; en vértices pulmonares, una ligera veladura; en auscultación de corazón se apreció un refuerzo del segundo tono aórtico, síndrome positivo de Claudio Bernard-Hornet y reacciones serológicas negativas. La curva de glucemia, normal, y el análisis de la orina dió tan sólo una ligera albuminuria.

Nos dice que con todos los datos anteriores hizo el diagnóstico de simpatalgia facial.

En 1.º de julio próximo pasado procedió, en su servicio del Hospital Provincial, a extirparle el ganglio simpático superior, iniciándose a los dos días una mejoría, que fué rápidamente a la total desaparición del dolor, que hoy día persiste. Dice que, a pesar de los éxitos que estas operaciones proporcionan al cirujano, éste no debe lanzarse siempre a operar; antes debe estudiar al enfermo, ya que la neuralgia puede deberse a múltiples causas (una diabetes, una sífilis, etc.)

Por último, dice debe hacerse la distinción precisa entre una neuralgia de tipo simpático puro o no, ya que, según sea una u otra, el diagnóstico y tratamiento varían.

Dr. Manuel Marín Amat.—Dice que el caso expuesto por el Dr. Díaz Gómez corresponde clínicamente a la neuralgia del nervio oftálmico, tal y como aparece en los libros de la especialidad. Ahora bien, la extensión del presente caso le hace salir algo de tal diagnóstico. Con respecto a la neuralgia del nervio oftálmico, nos dice que supone de modo indudable una lesión—neuritis—de mayor o menor importancia; en la afección del tipo simpático puro, no.

En Oftalmología, con grandes dolores sólo existen los muñones atróficos descritos por los Profesores Lapper-sonne y Monham. Estima que estos dolores deben merecer la máxima atención del oftalmólogo y del cirujano.

Dr. M. Calderín.—Recuerda el caso de un enfermo que tenía dolores de la rama superior del trigémino y del maxilar superior, con un síndrome, además, oftalmopléjico. Expone detenidamente el curso clínico y operatorio de este paciente.

Dr. G. Rodríguez Lafora.—Estima de absoluta necesidad plantear de un modo serio y eficiente el problema de las neuralgias de la cara, y cómo deben ser estos enfermos estudiados con todo rigor, y no llevarlos sin más ni más a la mesa de operaciones o la inyección de alcohol. En muchos casos, la neuralgia se debe a una hipertensión que, con un régimen de medicamentos hipotensores desaparece; en otros, es debido a una diabetes; en otros, a una anemia perniciosa de tipo progresivo; hay otros en la que son provocadas por un foco de pus, tal el caso expuesto por el Dr. Calderín; otras, las da el alcohol, y las más, la sífilis.

Dice se debe hacer una distinción entre las neuralgias esenciales y las permanentes o psicalgias, en las cuales debe realizarse, a su juicio, la operación.

Termina insistiendo sobre la no intervención antes de tener al enfermo perfectamente estudiado.

Dr. T. Barraquer.—Hace una breve disertación sobre el especialismo, citando algunas opiniones de célebres literatos.—J. H. S.

TREINTA LECCIONES

DE

ANÁLISIS CLÍNICOS

Estudio teórico y práctico de los métodos que
pueden ser empleados en los laboratorios e

INTERPRETACIÓN CLÍNICA DE LOS RESULTADOS

que se obtengan, con numerosos ejemplos de
análisis y un resumen para resolver en peque-
ños laboratorios los problemas más frecuentes.

M. MAESTRE IBÁÑEZ

Doctor en Farmacia.-Farmacéutico por oposición de la Beneficencia Provincial
de Madrid.-Jefe del Laboratorio del Instituto Provincial de Obstetricia y Gineco-
logía.-Ex-Catedrático de Análisis químico y de alimentos de la Escuela de Veteri-
naria de Madrid.-Ex-Jefe de la Sección de Análisis químico del Laboratorio de la
Casa-Maternidad de Santa Cristina.

QUINTA EDICION
CORREGIDA Y NOTABLEMENTE AUMENTADA

IMP. J. SANCHEZ DE OCARA Y C.^{IA}
Tutor, 16 MADRID Teléf. 32374
1 9 3 6

Ayuntamiento de Madrid

Un tomo en 4.º, de 592 páginas ilustradas con 189 grabados y XI láminas originales en colores, tomadas de preparaciones de sedimentos urinarios, sangre (examen citológico, paludismo, fiebre recurrente y kala-azar), huevos de parásitos en heces, flora bacteriana y citología de esputos, frotis de exudado faríngeo, uretra y vaginal, líquido cefalorraquídeo.

40 pesetas encuadernado en tela.

Es una obra de gran utilidad práctica. PARA EL MEDICO en general, por facilitarle la interpretación de un análisis con cifras y datos normales y patológicos, así como numerosos ejemplos prácticos de análisis. PARA EL ANALISTA, por mostrar en forma concisa y completa la importancia que en clínica tiene cada dato analítico, orientando así el trabajo de una manera racional, y siendo, además, una guía completa de análisis en el gran laboratorio en el laboratorio rural, en la clínica, en el consultorio médico, y en general donde no compensa una instalación amplia y costosa, o en un momento dado interesa conocer lo más pronto posible un dato analítico.

LECCION PRIMERA

Instalación y material de laboratorio.—Principales aparatos y útiles que son necesarios y modelos que más convienen: *Microscopio* y algunos de sus accesorios. Detalle de su manejo y cuidados que necesita. Preparaciones microscópicas. *Ultramicroscopia*. Estufas. Bañomaria. Autoclave. Centrifugadora. Alambique. Balanza. Medios de calefacción en un laboratorio. Material graduado de vidrio y comprobación del mismo. Adquisición de material de laboratorio. Cómo se pliega un filtro.

LECCION II

Reactivos generales y especiales y disoluciones de colorantes: Fórmula de cada uno de ellos y detalles para su preparación. *Preparación de medios de cultivo.*

Notas útiles en un laboratorio.

Volumetría. Colorimetría. Nefelometría: Fundamento, importancia y aplicaciones de estos métodos en análisis clínicos. Preparación y titulación de disoluciones valoradas, y de disoluciones tipos para análisis especiales. Colorímetros y nefelómetros: descripción y manejo.

LECCION III

Notas prácticas de bacteriología aplicadas a los problemas corrientes de clínica: Esterilización. Desinfección del material. Examen de microbios sin coloración. Examen directo previa coloración. Fijación. Coloración: métodos por simple coloración, método de Gram, método de Ziehl-Neelsen, métodos de coloración de esporos y de corpúsculos metacromáticos. Examen mediante cultivos: detalles prácticos para siembra en distintos medios. Aislamiento de microbios. Inoculación a animales. Autopsias.

Orinas.
Cara
que
ANÁLISI
Acid
Nitr
los
cifra
cuan

COMPON
glob
Pept
cipal
term
rica

AZÚCAR
cion
cos.
ticos
LAC
garla
inve
cion
diac
nes
ción

UROBIL
nes
de a
clíni
titat
ción
naci
PAR
han
Zon

Reconoc
que

EXAMEN
tica.
prete

LECCION IV

Orinas.—Manera de recoger y conservar las que han de ser analizadas. *Caracteres organolépticos:* Color. Aspecto. Sedimento. *Causas por las que se modifican normal y anormalmente.*

ANÁLISIS QUÍMICO.—COMPONENTES NORMALES: Densidad. Extracto. Acidez. Amoniaco. Urea. Nitrógeno ureico. Purinas. Acido úrico. Nitrógeno total. Cloruros. Acido fosfórico total y combinado con los metales alcalinotérreos. Cal. *Origen y causas que modifican la cifra normal de cada uno de ellos.* Métodos para su determinación cuantitativa: fundamento y práctica de los mismos.

LECCION V

COMPONENTES ANORMALES. ALBÚMINAS URINARIAS: Albúmina (serinoglobulina). Pseudo-albúmina o mucina. Hemoglobina. Albumosas y Peptonas. *Origen y significación clínica de cada una de ellas.* Principales reacciones para reconocerlas y diferenciar unas de otras. Determinación cualitativa de la albúmina, sangre y albúmina hematórica y no hematórica.

LECCION VI

AZÚCARES URINARIOS: GLUCOSA. *Origen y significación clínica.* Reacciones para investigarla: fundamento de las mismas y detalles prácticos. Determinación cuantitativa. Método de Fehling: Detalles prácticos. Método polarimétrico: Descripción y manejo del polarímetro. **LACTOSA:** *Origen y significación clínica.* Reacciones para investigarla.—**Alcaptona:** *Origen y significación clínica.* Reacciones para investigarla.—**Acido glicurónico:** Su importancia en clínica. Reacciones para investigarla.—**CUERPOS ACETÓNICOS:** Acetona, ácido diacético y β oxibutírico. *Su origen y significación clínica.* Reacciones para investigar cada uno de ellos y métodos para su determinación cuantitativa. Investigación de la acetona en el aire espirado.

LECCION VII

UROBILINA Y UROBILINÓGENO: *Origen y significación clínica.* Reacciones para investigarles y método para la determinación cuantitativa de ambos.—**PIGMENTOS Y ÁCIDOS BILIARES:** *Origen y significación clínica.* Reacciones para investigarles y métodos para determinar cuantitativamente los primeros.—**INDOL Y ESCATOL:** *Origen y significación clínica.* Reacciones para investigarles y método para su determinación cuantitativa.—**Diazorreacción de Ehrlich.**—**REACCIONES PARA EL DIAGNÓSTICO DEL EMBARAZO.** Ideas generales de las que han sido propuestas. Fundamento y práctica de la de Ascheim-Zonker.

LECCION VIII

Reconocimiento de algunos medicamentos en las orinas e importancia que tiene este examen en clínica y para evitar errores en análisis.

LECCION IX

EXAMEN MICROSCÓPICO DEL SEDIMENTO URINARIO: Detalles de su práctica. Elementos no organizados, organizados y accidentales. *Interpretación clínica de cada uno de ellos.*—**Examen bacteriológico:**

Investigación del bacilo de Koch, gonococo, colibacilo, neumococo, neumobacilos, estafilococos y estreptococos.

LECCION X

Exposición de los resultados de un análisis.—Relaciones urológicas.—*Interpretación de análisis de orinas. Ejemplos prácticos.*

LECCION XI

APLICACIONES DEL LABORATORIO EN LOS CASOS DE EXPLORACIÓN RENAL. *Constante de Ambard*: Fundamento, leyes y fórmulas que de ésta se derivan para determinar la capacidad del riñón para eliminar la urea y los cloruros. Técnica a seguir y modo de efectuar los cálculos aritméticos y resolver la fórmula de la Constante.—*Métodos de exploración por eliminaciones provocadas*. Prueba de la fenolsulfonaftaleína y de la poliuria provocada. Operaciones clínicas y analíticas que se practican en cada uno de estos casos.

LECCION XII

Cálculos urinarios. Caracteres macroscópicos. Examen químico.

LECCION XIII

Contenido gástrico. Condiciones en que debe ser recogido. Prueba de la histamina. *Caracteres macroscópicos*: Volumen. Color. Aspecto. Olor. *Su significación clínica*. ANÁLISIS QUÍMICO: Análisis cualitativo y cuantitativo: Acidez total. Acido clorhídrico libre y combinado. Ácidos anormales. Bilis. Sangre. Mucina. EXAMEN MICROSCÓPICO, CITOLÓGICO Y BACTERIOLÓGICO. Caracteres macroscópicos y composición normal del contenido gástrico y significación clínica de cada uno de dichos componentes. *Interpretación de análisis de contenido gástrico*. Ejemplos prácticos.

LECCION XIV

Líquido duodenal. Sondaje duodenal. Prueba de Welker-Lyon, y datos que se obtienen mediante ella normal y anormalmente. CARACTERÍSTICAS MACROSCÓPICAS. *Su significación clínica*. ANÁLISIS QUÍMICO: Reacción. Colesterina. Fermentos pancreáticos (amilasa, lipasa y tripsina). Ácidos y pigmentos biliares. Urobilina. Determinación cuantitativa. *Significación clínica de cada uno de ellos*. Sangre. Mucina: *Su significación clínica y reacciones para investigarlas*. EXAMEN MICROSCÓPICO: *Su interpretación clínica*.

LECCION XV

Heces fecales. Caracteres macroscópicos. *Examen macroscópico y microscópico antes y después de ser desleídas: Su interpretación clínica*. EXAMEN PARASITOLÓGICO. Investigación de parásitos y huevos de los mismos.—ANÁLISIS QUÍMICO. Comida de prueba. Reacción. Pigmentos biliares. Albúminas. Sangre. *Su significación clínica*. Reacciones para investigar cada una de ellas. Prueba de la fermentación: *Interpretación de los resultados*.

Cálculos intestinales. Su análisis. EXAMEN DE HECES DE LACTANTES. *Su importancia y significación clínica de los resultados que se obtienen*.

LECCION XVI

Sangre. Extracción para su análisis y detalles prácticos de la manera de recogerla según el análisis a practicar. Cantidad que debe ser extraída. Cómo se evita la coagulación. Observaciones respecto de la sangre extraída. Extracción de sangre en el domicilio del paciente y envío de una población a otra. **ANÁLISIS QUÍMICO.** Importancia que en muchos casos tiene sobre el de orina. Amoniaco. Urea. Acido úrico. Creatinina y creatina. Nitrógeno total. Colesterina. *Origen y causas que modifican la cifra normal de cada uno de ellos.* Métodos para su determinación cuantitativa: fundamento y práctica de los mismos.

LECCION XVII

GLUCOSA. Cantidad normal y patológica. Exploración de la función glucogénica. Métodos para su determinación cuantitativa. *Curva de glucemia: Interpretación y ejemplos prácticos.* **COMPUESTOS ACETÓNICOS.** Importancia de su determinación en la sangre y métodos analíticos que se emplean. Bilirrubina: Importancia de su investigación y determinación en la sangre. Reacción directa e indirecta empleadas en uno y otro caso. Indol: Importancia de su determinación en la sangre y método analítico que se emplea. Calcio. Fósforo orgánico e inorgánico. Cloruros. *Importancia de la determinación de cada uno de ellos y métodos analíticos que se emplean.* Medida del pH: Cifras normales y patológicas. Reserva alcalina: Cifras normales y patológicas.

LECCION XVIII

ELEMENTOS FIGURADOS. Importancia del examen citológico de la sangre. *Hematíes. Hemoglobina. Valor globular. Plaquetas.* Casos en que varía la cifra normal respectiva. Formas y dimensiones anormales de hematíes. Hematíes nucleados. *Significación clínica de unos y otros.* **Leucocitos:** Cifra normal y casos en que varía. Variedades de leucocitos e importancia y significación de cada una de ellas. *Fórmula leucocitaria normal y patológica.* Toma de sangre para su examen citológico. Recuento globular de hematíes, leucocitos, plaquetas y leucocitos eosinófilos. Técnica y detalles prácticos.—Determinación cuantitativa de la hemoglobina. *Hemogramas de Arneith y Schilling:* Su importancia en clínica.—*Examen citológico de la sangre del niño.* Cifras normales.—Cómo se halla una fórmula leucocitaria: Obtención de frotis, métodos de coloración y manera de hacer el recuento o fórmula. *Interpretación del resultado de un examen citológico de sangre.* Ejemplos prácticos.

LECCION XIX

DETERMINACIÓN DE LA RESISTENCIA GLOBULAR. *Medida del tiempo de coagulación y de hemorragia. Velocidad de sedimentación.* Importancia de cada uno de estos datos, interpretación de los resultados y manera de hallar cada uno de ellos. Métodos de Fahraeus-Linzemeyer y Westergreen, y micrométodo del Dr. Benítez de Huelva, de aplicación en el niño.

DETERMINACIÓN DE GRUPOS SANGUÍNEOS. Fundamento del método, aplicaciones en los casos de transfusión de la sangre y práctica del mismo.

INVESTIGACIÓN DE ALGUNOS PARÁSITOS DE LA SANGRE. Paludismo. Fiebre recurrente. Kala-azar.—*Características de las sangres palúdicas. Reacciones serológicas en los casos de Kala-azar.*

LECCION XX

SERODIAGNÓSTICO POR AGLUTINACIÓN. (Reacción de Widal). Investigación del bacilo tífico, paratíficos A y B, coli, melitense y abortus de Bang en la sangre. Preparación de emulsiones bacilares para esta reacción. Aglutinación macroscópica: Técnica del método. *Micro-serodiagnóstico de aplicación especial en los niños. Interpretación de un serodiagnóstico.* Límites mínimos de aglutinaciones para cada germen y detalles complementarios morfológicos de la sangre.—**TÉCNICA GENERAL DE UN HEMOCULTIVO.** Examen y caracteres de los medios de cultivo sembrados, preparaciones, aglutinación, prueba del indol, etc., etc. Investigación del bacilo de Koch en la sangre.

LECCION XXI

SERODIAGNÓSTICO DE LUES. REACCIONES DE FIJACIÓN DE COMPLEMENTO. Hemolisis: Experiencias de Bordet y Gengou. Fundamento de la reacción de Wassermann. Preparación de los elementos que intervienen en ella y material que es necesario: antígeno de heredo sífilítico y de órgano normal, amboceptor anticarnero y antihumano, hematies y complemento. *Métodos empleados para la reacción de Wassermann.* Práctica detallada de los de Kapsemberg y Hecht. (Técnica de Navarro-Hombria y de Chabanier-Lebert-Bétancés.)

LECCION XXII

REACCIONES DE FLOCULACIÓN Y ENTURBIAMIENTO. Observaciones generales para éstas. Práctica detallada de las reacciones de Citocol. Müller, Meinicke MTR y MKR II y Kahn. Técnicas con antígenos coloreados. *Estudio comparativo entre las reacciones de fijación de complemento y las de floculación y enturbiamiento, como base para interpretar un dictamen.* Investigación del treponema sífilítico en exudados mediante el ultramicroscopio y en frotis coloreados.

LECCION XXIII

OTRAS APLICACIONES DE LAS EXPERIENCIAS DE BORDET-GENGOU AL SERODIAGNÓSTICO. *Reacción de Besredka para el diagnóstico de la tuberculosis:* Su valor en clínica. Preparación del antígeno especial y técnica de la misma. *Reacción de Weimberg para el diagnóstico del quiste hidatídico:* Su valor en clínica juntamente con la de Cassoni y eosinofilia. Práctica de esta reacción. *Intradermorreacción de Cassoni:* Fundamento y práctica de la misma. *Gonorreacción:* Su importancia en el diagnóstico de la blenorragia. Técnica a seguir.

LECCION XXIV

Líquido cefalorraquídeo. CARACTERES MACROSCÓPICOS. *Su interpretación clínica.* Glucosa. Cloruros. Urea. Albúmina. Cantidad normal de cada uno de estos componentes, casos en que varía y técnica detallada del método a seguir para su determinación. Serina y globulinas: Interpretación clínica de un aumento de ellas. Reacciones de Noguchi, Weichbrodt, Pandey y Nonne-Appelt.

LECCION XXV

REACCIONES COLOIDALES: Reacción de Guillain-Laroche-Lechelle o del benjuí coloidal: Técnica simplificada y completa. Reacción de Lange o del oro coloidal. *Interpretación y exposición de los resultados obtenidos.*

LECCION XXVI

REACCIONES DE FIJACIÓN DE COMPLEMENTO: Técnicas a seguir. *Reacciones de floculación y enturbiamiento:* Técnica, en estos casos, de las de Meinicke MTR y MKR II, Kahn y Müller.

LECCION XXVII

EXAMEN CITOLÓGICO. Su interpretación clínica. *Recuento globular y fórmula leucocitaria.* Detalles prácticos para hallar uno y otro dato. *Examen bacteriológico.* Investigación directa y mediante cultivo de los gérmenes que puede haber en un líquido cefalorraquídeo. Cómo se orienta el análisis en general para dar un dictamen lo más pronto posible, como requieren estos casos. *Cómo se interpreta uno de estos análisis.* Ejemplos prácticos.

LECCION XXVIII

Espustos. *Examen bacteriológico e histológico:* Caracteres más importantes y flora bacteriana de los espustos. Detalles prácticos para hacer un examen de espustos. Homogeneización. Examen mediante cultivo. Albuminorreacción.

LECCION XXIX

Secreción uretral y vaginal. **SECRECIÓN URETRAL:** Examen bacteriológico y citológico. Manera de tomar la secreción. Examen microscópico. Caracteres especiales según el período de la blenorragia. **SECRECIÓN VAGINAL.** Caracteres generales. Flora normal y patológica. Manera de efectuar la toma de secreción según el examen. Métodos de coloración y examen microscópico. *Cómo debe ser orientado un diagnóstico de gonococia por los métodos de laboratorio.* **ESPERMOCULTIVO.** *Examen microscópico del esperma desde el punto de vista de la esterilidad masculina.*

LECCION XXX

Exudados faríngeos. Toma de producto, flora microbiana, métodos de coloración de las preparaciones y examen directo y previo cultivo, en particular para el bacilo diftérico.

Exudado nasal. **Líquido lagrimal.** Importancia de su examen. Toma de producto, flora microbiana y examen microscópico.

Líquido pleural, peritoneal, quístico, etc. Caracteres macroscópicos y examen químico, citológico y bacteriológico.

Pus. Importancia de su examen en determinados casos. Examen directo y mediante cultivo.

Tiñas. Examen de pelos y escamas.

ANÁLISIS CLÍNICOS SIMPLIFICADOS

Guía práctica para resolver los problemas más frecuentes en cada caso y en pequeños laboratorios.

Marcha a seguir en los casos generales de análisis de orina.

Análisis de un cálculo urinario.

Análisis del contenido gástrico.

Análisis químico de la sangre.

Examen citológico de la sangre.

Serodiagnóstico en los casos de tífus, paratíficos A y B, coli y Malta.

Examen de sangre en casos de lúes. Cómo se practica cada una de las reacciones necesarias.

Tablas numéricas para simplificar los cálculos en un análisis.

Modelos de certificados de análisis.

Tarifa de análisis.

Presupuestos para instalar un laboratorio.

Bibliografía.

Índice alfabético.

Del mismo autor:

Análisis de Alimentos

Guía práctica desde el punto de vista higiénico e industrial.

Un tomo en 4.º de 544 páginas y 111 grabados, 12 reproducciones directas en sus colores naturales de otras tantas preparaciones microscópicas de cacao, café, canela, pimienta, azafrán, pimienta, y principales productos adulterantes. Microfotografías de las principales harinas y féculas.

36 pesetas encuadernado en tela.

La primera parte de la obra comprende Doce Conferencias en las que se trata ampliamente de los principales alimentos, tanto en su aspecto industrial de elaboración o preparación como de las condiciones higiénicas que han de reunir, exponiéndose las determinaciones analíticas que en cada caso son necesarias, comenzando por lo relativo al agua de que se abastece una población y los métodos para depurarla.

Es una parte ésta que interesa igualmente al higienista, al analista, al vinicultor, al fabricante de harinas y aceite, manteca e industrias lácteas, etc., etc.

La segunda parte está dedicada exclusivamente al análisis de los alimentos, y en tal sentido es una guía práctica desde el punto de vista higiénico e industrial.

Al final de la obra figura la legislación española completa en materia de alimentos y otros tantos capítulos de gran utilidad, resultando por todo ello

La obra de análisis de alimentos más completa desde el punto de vista práctico.

Ayuntamiento de Madrid

El problema de la alimentación ante la Sociedad de Naciones

¡Saludemos la hora con albricias! Al fin, la Sociedad de Naciones se decide a ocuparse en la resolución de un problema importantísimo, de trascendencia mundial. Mucho puede hacer para resolverlo, y ya el solo hecho de intentarlo merece el parabién y los alientos de cuantos miran con inquietud el presente y el porvenir de la humanidad empobrecida. ¿Hay problema que pueda interesar a nadie tanto como el de la alimentación de pueblos y naciones?

Desde el comienzo de la postguerra, en Europa Central, y después, en otras naciones continentales y transcontinentales, han venido observándose y acumulando pruebas de alimentación insuficiente y deficiente en sectores extensos de la población. A las epidemias de hambre de siglos pasados, al estado famélico que las guerras y pestes desataban sobre las naciones del mundo, ha substituído ahora el hambre crónica, mansa, lenta, subrepticia, que no provoca catástrofes agudas y ruidosas, pero que poco a poco mina la robustez de los organismos, reduce su aptitud para el trabajo, favorece la acción de las causas morbosas y acaba por engendrar la degeneración de razas y pueblos.

Unos pocos hombres avisados y generosos han visto el mal y quieren poner el remedio que urgentemente reclama, aprovechando los grandes recursos que la S. de N. tiene a su disposición. Ella, por intermedio de la Sección de Prensa, solicita la valiosa cooperación de EL SIGLO MEDICO para difundir los trabajos en curso, segura de que bastará conocerlos para darles la fervorosa acogida que merecen. Tampoco perderá nada la Sociedad de Naciones; al contrario, por este camino alcanzará indiscutiblemente el prestigio y la estimación que otras intervenciones, menos claras, le regatean con frecuencia.

Datan de 1925 las primeras sugerencias para intervenir por medio de un organismo universal en los conflictos que ya se empezaban a plantear entre la producción y el consumo de alimentos en diversos países. Tantos sucesivos fueron afirmando la idea, que finalmente recibió el deseado impulso durante la Asamblea de la Sociedad de Naciones del año 1934, cuando el delegado de Australia, Mr. Bruce, propuso en frase feliz la alianza de la Agricultura con la Higiene. "La Agricultura—dijo—va mal, y la Higiene no está satisfecha: su unión, su alianza, fortalecería la Higiene y salvaría la Agricultura."

Existe sobreproducción en muchas partes; los precios bajan y no son remuneradores: la consecuencia es un proteccionismo feroz que cierra las fronteras, altera el equilibrio económico y priva a los habitantes de las facilidades de importación de los bastimentos que les faltan. Así existen millones de seres que no comen lo preciso y que pierden fuerzas y salud por carencia de alimentos, principalmente protectores (leche, hortalizas, frutas y carne) que en otras tierras, quizá vecinas, sobran.

La propia S. de N., en uno de los folletos destinados a mostrar su actividad—"L'alimentation", 1935—, comenta este desequilibrio con las siguientes palabras:

"L'homme de la rue s'est indigné que sur certains

points de la terre il y eût demi-famine, tandis que sur d'autres on détruisait des produits alimentaires."

Ya EL SIGLO MEDICO había dicho lo mismo un año antes—número del 17 de marzo de 1934—, con estas palabras:

"Autoridades acreditadas en materia de Economía Social coinciden en la apreciación de que la crisis que tanto perturba a las naciones con sus muchedumbres de parados obedece a la superproducción agrícola e industrial, demostrada por el hecho, vil y execrable, de arrojar al mar cargamentos enteros de trigo y de otros cereales y legumbres; de quemar millones de sacos de café; de destruir—en España mismo—miles de toneladas de ricas patatas, y de imponer oficialmente la limitación del cultivo del arroz, fundándola en los excedentes de cosecha. Es decir, crudamente: guerra de exterminio a los frutos: antes destruirlos que consentir su entrega semi-depreciada a los pueblos famélicos."

Por su parte, el Comité de Higiene de la S. de N. había puesto sobre el tapete el empeño de buscar y fijar "la mejor alimentación para el mayor número posible", y, basándose en las repercusiones de la crisis mundial sobre la salud pública, particularmente en relación con la alimentación, encargó a dos peritos ingleses, los doctores E. Burnet y W. Aykroid, la redacción de un informe, que, después de serias investigaciones en Inglaterra, Dinamarca, Francia, Norteamérica, Noruega, Suecia y Rusia, presentaron al Comité en 1935 (*Bulletin trimestrale*, vol. IV, núm. 2, 1935). Magistralmente, en estilo claro y conciso, y en deducciones terminantes, aparecen tratados en él los problemas relativos a la alimentación individual y colectiva, agrupados prácticamente en tres órdenes, a saber:

Primero. ¿Cuáles son las necesidades alimenticias del ser humano en el curso de su desarrollo, desde el claustro materno, y las del hombre que trabaja?

Segundo. ¿De qué recursos se dispone para satisfacerlas?

Tercero. ¿Cómo poner los recursos a disposición de las necesidades, y cómo organizar la alimentación de la manera más favorable para la salud pública?

Estas interrogaciones, comprendidas en los tres grupos, resumen la esencia del problema de la alimentación, y van encaminadas a borrar el conflicto paradójico que resulta entre la sobreproducción de alimentos en el mundo y el hecho de la subnutrición de grandes sectores de la humanidad. Paradoja dolorosa, sabiendo, como se sabe hoy, que, gracias a los progresos de la ciencia y de la técnica, las posibilidades de producción alimenticia son infinitas, en contra de los errores fantásticos de Malthus. En cambio, consta que en varios países, una parte más o menos considerable de la población vive en nivel alimenticio inferior al óptimo fisiológico, y que los dispendios necesarios para ponerlo a la altura deseable mejorarían grandemente, a la vez, la salud pública y la situación de la agricultura.

La alimentación del obrero encierra igualmente una cuestión de higiene y una cuestión económica. En la Conferencia Internacional del Trabajo, el ministro delegado de Australia, Sir F. Stewart, expuso el convencimiento de que el aumento en la demanda de productos alimenticios contribuirá a restaurar el equilibrio mundial; que entre los parados domina la subalimentación,

y que esta subalimentación no se debe solamente a la pobreza, sino también a la ignorancia en el aprovechamiento y la substitución de las materias alimenticias. Esta misma opinión, con exposición de datos prácticos (la presidenta de la delegación norteamericana, Miss Grace Abbot, citó regiones donde 9/10 del censo infantil ofrece déficit del 10 por 100 del peso normal), sostuvieron otros delegados, por lo cual la Conferencia resolvió que la Oficina Internacional del Trabajo prosiga el estudio del problema de la alimentación, singularmente desde el aspecto social y en colaboración con las organizaciones de Higiene y Economía de la S. de N., con el Instituto Internacional de Agricultura y algún otro capacitado para ello, redacte y presente un informe completo a la Asamblea que ha de reunirse en Ginebra el mes de septiembre de 1936.

Al efecto, han sido nombradas varias Comisiones técnicas para entender en los diferentes aspectos del problema (sanitario, agrícola, comercial, etc.), que convergen en el "Comité mixto para el estudio del problema de la alimentación", nombrado por el Consejo de la S. de N., y que será el encargado de redactar y presentar el Rapport definitivo a la próxima Asamblea.

Naturalmente, siendo la cuestión tan compleja y de interés tan universal, el Comité de Higiene, con muy buen acuerdo, procura buscar la colaboración de varias naciones, las cuales, a su vez, designan las entidades y los expertos que han de investigar, en los respectivos países, los temas sometidos a estudio por el Comité mixto, adaptándolos al cuestionario del programa común. Por este procedimiento, Ginebra ha pedido a la Academia Nacional de Medicina, como igualmente a la francesa, la colaboración expresada, y nuestra Academia ha nombrado, a propuesta de la Sección de Higiene, a los Sres. Suñer, Hernando y Murillo para constituir la Comisión que ha de entenderse con la Organización de Higiene, de Ginebra, y con el Comité mixto antes mencionado. Por lo pronto, a la Comisión española, constituida a principios de febrero, se le pide que, para primero de abril próximo, remita a Ginebra un trabajo, que esencialmente consiste en adaptar los tipos de alimentación española a los *standards* y coeficientes adoptados en el informe (rapport) Burnet-Aykroid; en explicar la situación de España respecto a los tres órdenes de cuestiones antes citadas, que abarcan lo que podríamos llamar el *metabolismo nacional*, y en exponer la intervención de la Higiene pública y de la Sanidad en el mejoramiento de la alimentación, detallando muy especialmente cuanto se refiere a la alimentación de la infancia.

Para fecha posterior formula nueve problemas, que han de ser objeto de estudio detenido por personalidades de reconocida competencia, y cuya cooperación solicitará la Academia Nacional a su debido tiempo.

De todo ello dará cuenta EL SIGLO MÉDICO a medida que el programa tenga realidad. Finalmente, a propuesta de la Sección de Higiene, la Academia ha nombrado al Dr. Suñer delegado suyo en el Comité mixto de la Alimentación. En cumplimiento de esta honrosa misión, el Dr. Suñer se propone acudir a Ginebra siempre que sea preciso asistir a las sesiones del Comité.

F. MURILLO Y PALACIOS.

III Congreso Internacional de Paludismo

Madrid, 12-18 octubre 1936

**Bajo el Alto Patronato de Su Excelencia
el Presidente de la República**

COMITE ORGANIZADOR

PRESIDENTE: *Profesor Dr. Gustavo Pittaluga.*

VOCALÉS:

Dr. Víctor María Cortezo y Collantes.

Dr. Enrique Bardají López.

Dr. José A. Palanca y Martínez Fortún.

Dr. Sadi de Buen Lozano.

Dr. Miguel Benzo Cano.

Dr. Emilio Luengo Arroyo.

Dr. Jesús Molinero Manrique.

D. Severino Bello.

Dr. Juan Gil Collado.

Dr. Joaquín Sanz Astolfi.

Dr. Eliseo de Buen Lozano.

SECRETARIO GENERAL: *Dr. Manuel G. Ferradas.*

Por acuerdo tomado durante la celebración del II Congreso Internacional de Paludismo, que tuvo lugar en Argel, año 1930, se fijó que el III se celebraría en Madrid, durante la primavera del año 1935. Posteriormente, previo acuerdo con los organismos internacionales, en particular con la Comisión de Paludismo de la Sociedad de Naciones, se prefirió retrasar la fecha de su celebración, habiéndose definitivamente fijado ésta para el 12 de octubre de 1936.

El Gobierno de la República ha acogido con todo entusiasmo la propuesta del Comité Permanente Internacional, que permitirá se congreguen en la capital de España las más altas autoridades científicas en esta materia, al mismo tiempo que consentirá exponer la labor realizada por nuestras organizaciones sanitarias en la prevención y lucha contra la enfermedad, azote de tantos pueblos.

Se preparan excursiones científicas a los lugares de endemia y, sobre todo, al Instituto Antipalúdico de Naval Moral de la Mata, y con la cooperación de los elementos oficiales, fiestas y excursiones que contribuirán a hacer simpática la estancia en nuestro país de los señores congresistas, contando con que la hidalguía de nuestro pueblo y las reliquias de arte extendidas por toda la nación hagan grato e imborrable el recuerdo de su estancia en España.

Los trabajos de organización del Congreso prosiguen activamente. La Secretaría del Comité organizador (calle de Recoletos, 19-21, hotel, Escuela Nacional de Sanidad, Madrid) ha recibido ya la adhesión de numerosas Instituciones y de colegas de Europa y de América.

Ha sido resuelto el concurso para la adquisición de un cartel especialmente dedicado a la propaganda del Congreso. La Comisión designada para resolver el concurso, constituida por el Sr. Gutiérrez Abascal, director del Museo de Arte Moderno; por D. Federico Rivas, en representación de la Sociedad de Artistas, Pintores y Dibujantes, y por los Dres. Palanca, E. Luengo y J. Bravo, jefe este último de la Sección de Propaganda de la Dirección general de Sanidad, ha elegido un cartel presentado por el ingeniero agrónomo señor Barrachina. Se hará una amplia tirada, que será

Alimento fisiológico completo

VINO DE VIAL

Quina, carne, lacto-fosfato de cal



RIGUROSAMENTE DOSIFICADO Y ASIMILABLE,
REUNE TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS DEL
FOSFATO DE CAL, DE LA QUINA Y DE LA CARNE

ES EL RECONSTITUYENTE MAS ENERGICO EN LOS CASOS DE DES-
NUTRICION DE LOS FOSFATOS CALCICOS

De venta en todas las farmacias

Depósito general para España:

D. ANTONIO SERRA PAMIES, S. A.-Apartado 26, REUS (Tarragona)

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. Pelviperitonitis. 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.

LABORATORIO FARMACEUTICO

PONS, MORENO Y C.^A

DIRECTOR D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA

(ESPAÑA)

Jarabe Bebé

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

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

Tetradinamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

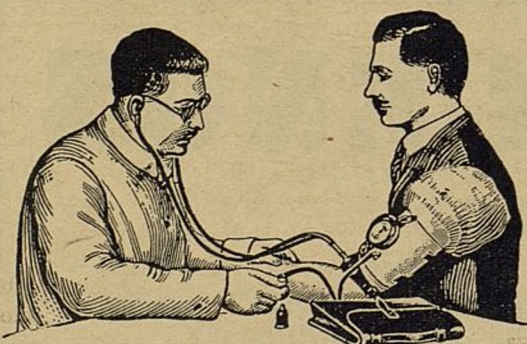
Preparado cardio-tónico y diurético a base de tinturas alcohólicas decoloradas y valoradas de digital, estrofantus y escila.

Mutasán

(INYECTABLE)

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

AL PEDIR MUESTRAS INDÍQUESE ESTA REVISTA Y ESTACIÓN DEL FERROCARRIL



VISITE NUESTRO ALMACEN
ANTES DE HACER SUS COMPRAS

“OSCILOFON”

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

OSCILATORIO, AUSCULTATORIO Y PALPATORIO

LA CASA EXCLUSIVAMENTE DE LOS MEDICOS
INSTRUMENTAL Y MOBILIARIO CLINICO

LA COOPERACION MEDICA ESPAÑOLA

Apartado 406 - MADRID - Mayor, 21, moderno

Alemania

Bad-Nauheim

(A 40 MINUTOS DE FRANCFORT SOBRE EL MEIN)

ENFERMEDADES DEL CORAZON Y DE LA CIRCULACION DE LA SANGRE.-REUMATISMO

Afecciones centrales y periféricas de los nervios.-Afectos catarrales.

AGUAS TERMALES GASEOSAS Y SALINAS (30,5 - 34,4° C.)

MÚLTIPLES FORMAS DE BAÑOS SUJETOS A LAS DOSIS MÁS PUNTUALIZADAS

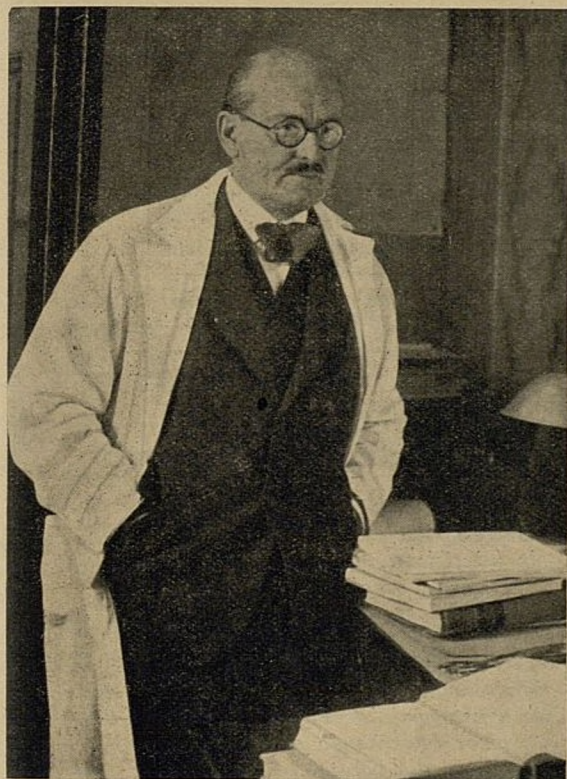
Instituto Balneológico de la Universidad e Instituto de William G. Kerckhoff.

Segunda quincena de Septiembre: XII.º Curso especializado de Bad-Nauheim para la formación de los médicos: "Métodos de tratamiento de la circulación".

próximamente distribuida a todos los Centros de cultura de España y del Extranjero.

Está en preparación, bajo la dirección de los señores Dr. S. de Buen, Dr. Julio Bravo, Sr. Such y D. E. Selgas, un film cinematográfico, especialmente destinado a reproducir los trabajos antipalúdicos realizados en España durante estos últimos quince años, y a demostrar los resultados obtenidos.

Un archivero-bibliotecario, designado al objeto por el Sr. Lasso de la Vega, director de la Biblioteca Universitaria, preparará, en colaboración con uno de los técnicos de la lucha antipalúdica, una completa recopilación de la *Bibliografía histórica del paludismo en España*, iniciada hace muchos años por el Prof. Pittaluga,



El Prof. Pittaluga, Presidente del III Congreso Internacional de Paludismo.

ga, y que será distribuida a todos los señores congresistas.

Han sido designados por el Comité organizador, de acuerdo con el presidente del Comité Internacional, profesor Marchoux, los ponentes de los cinco temas oficiales que serán discutidos por el Congreso. Los informes correspondientes serán publicados en el mes de junio, esto es, tres meses antes de la fecha de reunión del Congreso.

El Cuerpo de Sanidad Militar, especialmente invitado a colaborar en las tareas científicas del Congreso, ha constituido una Comisión especial al objeto.

Otra Comisión, constituida por los profesores don T. Hernando, D. C. González, D. A. Madinaveitia, don J. Cuatrecasas (designados estos últimos por la Facultad de Farmacia) y D. R. Méndez, del Instituto de Farmacobiología, bajo la presidencia del Prof. Pittaluga, preparará el estudio y la aportación técnica de cuanto atañe a los problemas de farmacobiología en relación con el paludismo. Está en proyecto verificar al mismo

tiempo una exposición aneja al Congreso, que servirá para demostrar el avance de las industrias relacionadas con el problema del paludismo en los últimos años.

Por el Ministerio de Estado se han cursado las invitaciones oficiales a todos los Gobiernos. La Agencia "Cook" ha sido encargada de la organización oficial de los viajes para este Congreso. También ha sido aprobado el modelo del distintivo-emblema de este Congreso.

Rogamos a los lectores que no hayan recibido las circulares de propaganda que las reclamen a la Secretaría del Congreso.

RECUERDO HISTÓRICO

EL DR. LETAMENDI

La generación actual de médicos tiene noticia del doctor Letamendi por sus trabajos científicos publicados por el Dr. D. Rafael Jorns (1), y vamos quedando ya muy pocos de los que gozamos la dicha de haber sido alumnos suyos y haber podido admirar aquel talento genial, que se manifestó con el asombro general, no ya sólo como médico, como catedrático, como clínico, sino como pintor, músico, poeta y escritor castizo.

Como recuerdo de aquellos tiempos juveniles, citaré algunos apuntes que es justo exhumar del fondo de la memoria para que, los que no los conozcan, le puedan admirar, y los que le conocimos poder gozar una vez más de la íntima satisfacción que produce la renovación del recuerdo de aquel sabio del siglo pasado.

Don José de Letamendi y Manjarrés nació en Barcelona el 11 de marzo de 1828, y murió en Madrid el 6 de julio de 1897. Vivió, pues, sesenta y nueve años.

Ganó por oposición la cátedra de Anatomía de la Facultad de Medicina de Barcelona. Ya entonces se reveló no sólo como catedrático, sino como pintor famoso, dejando un testimonio de su arte en los cuadros de anatomía que pintó y que aún se conservan en aquella Facultad. El año 1878 vino a Madrid para encargarse de la cátedra de Patología general, y de su actuación sólo diré que la primera vez que aquí se habló de los hongos parásitos como causa de algunas enfermedades, y que nos hizo un folletón, que publicó con el título de "Sexicología griega", de una importancia tal para el estudio de las ciencias, se ganaría mucho con hacerla estudiar hoy, y exigir su conocimiento en el examen de ingreso de las Universidades.

Como músico, no quiero citar más que la "Misa de Réquiem" a toda orquesta que compuso y se cantó por los Agustinos en el Monasterio de El Escorial el 13 de septiembre de 1888, al conmemorarse el aniversario del fallecimiento de Felipe II.

Después de estos pequeños datos, diré que en su domicilio celebró reuniones nocturnas (y este es el principal motivo de este escrito), que tituló "Tertulias médicas de confianza", y que el programa de la primera fué el siguiente:

- 1.º "Quintillas humorísticas". (Pérez Zúñiga, don Juan.)
- 2.º "Melodía de Monasterio". (Violín-piano. Pérez Zúñiga, D. Juan, y Calls.)
- 3.º "Poesía gástrica". (Castelo.)

(1) Obras completas del Dr. Letamendi.

- 4.º "Bercense", de Seglichmann. (Violoncello-piano. Hermanos Call.)
- 5.º "Plan terapéutico". (Poesía picaresca. (Vital Aza.)
- 6.º "Perles du rosier". (Piano. Call, D. José.)
- 7.º "La Asamblea de los remedios". (Lectura. Castro, D. Francisco J.)
- 8.º "Terceto", de Martínez. (Violín-violoncello-piano. Pérez Zúñiga y Hermanos Call.)
- 9.º "Casos y cosas". (Parlamento clínico. Creus, don Juan.)
10. "Un prólogo de oportunidad". (Lectura. Pulido, D. Angel.)
11. "Vorreis nurir". (Romanza. Uruñuela.)

Creyó el referido dueño de la casa que debía hacer alguna manifestación a modo de inaugural y fin de fiesta; mas como no estuviese la concurrencia para muy fuertes seriedades, aunque sí para muy extraordinarias benevolencias, dióse por satisfecha con la adjunta humorística proclama:

A MIS QUERIDOS COLEGAS CONCERTULIOS.—PROCLAMA
CURSI

*Cuando a la Corte vine de estampía,
para echar medias suelas y tacones
a la vieja inmortal Patología,
traje algunos doblones,
sudor en latas de la frente mía.*

*No bien hube llegado, varios muertos
se dieron a gritar: "¡Médico nuevo!"
Y llenos de ilusiones, aunque yertos,
amén de cojos, tísicos o tuertos,
quisieron repitirse lo del huevo.*

*A algunos los miré por arte mágica;
otros, me resultaron semi-vivos;
otros, difuntos ya definitivos,
fueron de mi debut la parte trágica
(Respeto del desaire los motivos.)*

*Puesto ya en tal pendiente: "Pepe, dije,
bueno es cumplir lo que el decoro exige,
y pues visitas, paga tus tributos:
sólo llenando este deber externo,
con derecho podrás, pleno, absoluto,
hablar mal de las Cortes y el Gobierno."*

*Y dicho y hecho, y voy y me delato;
mas cual si el paso fuera desacato,
síndicos y peritos me condenan
a la pena inmediata; pronto ordenan
las oficinas, con crueldad notoria
y en virtud de implacable ejecutoria,
que por subsidio pague... no sé cuánto;
mi mujer de estas cosas está al tanto,
pues, en punto a dinero,
yo cuido de ganarlo
y ella de repartirlo y ahorrarlo,
sin lo cual fuera inútil lo primero.*

*Mas, ¡por vida de Apolo!,
¡bien venido seas, mal, si vienes solo!
A poco de esta ruda acometida
(por sobra de honradez, bien merecida),
y cuando ya en mi casa, por prudencia,
dictada estaba la alta providencia
de suplir el asado con gazpacho,
vino el Señor Camacho
(aquel de los rentísticos camelos),
y sea por inquinas, o por celos,
porque vivo en la calle de Cervantes
(padre del de "las bodas" rebosantes),
me repartió, según su catecismo,
¡veinte duros por sal!... ¡Abrete, abismo!
¡Por cloruro de sodio veinte duros,
a un pobre catalán, desaborido...!*

*¿Que cuánto pagará Paco Romero,
Cardona de la sal, mar del salero?*

*No hay caudal que resista
tales arremetidas, y en su vista,
y a más reflexionando
que la contribución irá aumentando,
y que tras de Camacho y su sistema
vendrá del socialismo el gran dilema
de darlo todo en nombre del desorden,
o darlo todo a quien mantenga el orden,
he resuelto, por no volverme pobre,
no gastar más que aquello que me sobre,
y, como consecuencia de mi enmienda,
quiero que ustedes sepan de antemano
(mi franqueza, ¡pardiez!, no les ofenda),
que éstas serán tertulias de secano;
más claro y castellano:
que me dispensen si no doy merienda.*

*Yo bien sé que, cediendo a la rutina,
con repartirles una muselina
de jamón entre obleas de pan blando,
y luego una tacita acompañando
llena de una infusión de paja de heno,
que ni llega a alimento ni a veneno,
de aquí saldrán todos pregonando,
más que por plenitud, por cortesía,
de mi espléndido "tê" lo comfortable...*

*¡Recurso miserable,
cuya virtud, por cierto, no adivino,
aunque de plus se dé un poco de vino!
Yo soy muy radical en mis doctrinas;
yo a los amigos no les doy sardinas
ni mitos de jamón en telarañas:
o cada noche, por salir de apuros,
me gasto en el bufet trescientos duros,
o me atengo a encenderles las arañas,
y al propio resplandor de sus bujías,
manifestarles las miserias mías
sin mixtificaciones ni patrañas.*

*Ea, pues, caballeros, divertirse,
ya que del gastar poco yo me encargo,
con el fin de que puedan repetirse
estas tertulias por un tiempo largo,
donde, endulzando el fruto, siempre amargo,
de nuestro ministerio..., sin cartera,
vayamos estrechando el común trato
por un medio barato.*

*Y así, por suave artista manera,
libres de la infestante filoxera
de envidias, prevenciones y tranquilas,
logremos redimir la clase entera
de críticas, de sátiras, de hablillas.*

*La clase está en las almas, no en los labios;
menos mentarla, pues, y más quererla,
y para más quererla es ley honrarla
bajo la enseña "todos para todos";
abandonando bárbaros resabios
del tiempo de los godos,
más silvestres y discolos que sabios.*

*He aquí el objetivo que os propone
quien, sin daros merienda,
se presta ansioso a la común enmienda
y a vuestro arbitrio cuanto tiene pone.
Dignaos, pues, honrar miras tan altas
concurriendo a estas fiestas de secano
una vez cada mes (salvo en verano)
perdonando al autor sus muchas faltas.*

21 de febrero de 1883.

JOSÉ DE LETAMENDI.

Esto es todo cuanto me proponía relatar, rindiendo un recuerdo de admiración a mi querido maestro.

JOSÉ SORIANO.

INSISTIENDO

Por creer que el artículo 18 es algo serio para los médicos titulares, creí conveniente rogar me dieran su opinión varios compañeros. Todos, menos D. Angel F. Domínguez, son de opinión que dicho artículo nos irroga grandes perjuicios. Este compañero dice que este es un asunto baladí, y que él interpreta diciendo que dicho artículo 18 no obliga, porque para que se produzca una vacante, dice él que lo primero que se necesita es que el propietario renuncie a ella. O sea: yo no ocasio vacante de mi titular si no renuncio a ella; así, por lo tanto, yo puedo solicitar. No me conviene la nueva plaza; como no he renunciado a la mía, no produzco vacante, y lindamente me vuelvo a mi casa. Como pudiera haber varios compañeros que pudieran pensar como el Sr. Domínguez, para ellos copio la Orden del día 1.º de enero de 1936, Orden póstuma del Dr. Bermejillo, que, por cierto, salió en la *Gaceta* después de que éste cesó en el cargo:

"Por Orden ministerial de 6 del corriente mes, publicada en la *Gaceta* del 12, se ha procurado, entre otras cosas, reglar la concesión de excedencias y licencias a los médicos del Cuerpo de Asistencia Pública Domiciliaria, equiparándolos con los funcionarios de la Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia, disponiéndose en el apartado sexto de la citada Orden la prohibición de conceder excedencias y licencias a los que no lleven, al solicitarlas, más de un año sin interrupción en el desempeño de la misma plaza, excepto en caso de enfermedad.

Intentaba la precedente disposición evitar posibles abusos en la petición de excedencias que pudiesen favorecer situaciones de interinidad, que deben reducirse severamente, en bien de los servicios sanitarios municipales y de los legítimos intereses del propio Cuerpo de Asistencia Pública Domiciliaria; pero el alcance de la medida propuesta impondría un sacrificio excesivo a los médicos que, habiendo realizado una oposición con éxito, pero no pudiendo elegir la plaza más conveniente a sus intereses, se encontrarían en la dura alternativa de optar entre la renuncia a la plaza, con la separación del Cuerpo que determina el artículo 18 del Reglamento de 29 de septiembre de 1934, en su párrafo séptimo, o la toma de posesión y permanencia durante un año en la plaza inadecuada a sus legítimas aspiraciones e intereses. Por otra parte, la recta interpretación del artículo 18 del Reglamento precitado, al considerar *renunciantes* a los que, habiendo sido designados legalmente para ocupar una plaza, no se *posesionen* en tiempo hábil de la misma ni soliciten la excedencia, sancionando tales omisiones con la separación del *Cuerpo*, garantiza plenamente la imposibilidad de establecer y realizar convenios que permitan sean designados para ocupar las plazas renunciadas otros aspirantes, ya que la renuncia, en el caso improbable de que se produjese, es causa automática de producción de vacante, según determina el artículo sexto de dicho Reglamento.

Asimismo, la imposibilidad de conceder permisos a los médicos del Cuerpo durante el primer año de ejercicio en una misma plaza puede dificultar aspiraciones legítimas de progreso profesional y científico, cuya realización hace preciso el traslado a la capital de los interesados para efectuar sus prácticas o cursillos de perfec-

cionamiento y preparación para nuevas oposiciones, y en atención a consideraciones expuestas,

Este Ministerio ha tenido a bien disponer:

Se deroga el apartado sexto, en su párrafo primero, de la Orden ministerial de 6 del corriente mes, publicada en la *Gaceta* del 12, quedando subsistentes en toda su integridad los artículos 15 y 18 del Reglamento del Cuerpo de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria y la Orden ministerial de 29 de agosto de 1935 (*Gaceta* del 30), en cuanto se refiere a la concesión de licencias."

Aunque esta disposición parece que alude sólo a los médicos de Asistencia Pública Domiciliaria de oposición, el Reglamento está hecho para los médicos de Asistencia Pública Domiciliaria, sin distinción. Por lo tanto, la recta interpretación es que médico que solicita una plaza, y dándosela, no se posesiona de ella, se le considera renunciante, y esto se sanciona con la separación del Cuerpo.

SISINIO CRESPO.

Febrero, 1936.

ENTRE ESCILA Y CARIBDIS

En anteriores artículos de oposición a los que consideré juicios pesimistas emitidos por varios ilustres compañeros, me manifesté convencido del avance beneficioso merecedor de romper lanzas, como lo hice, en pro de la ley llamada de "Coordinación Sanitaria". He dicho de su *avance beneficioso*, por apreciar en su justo valor la relativa independencia que nos prodigó, emancipándonos, como médicos municipales y rurales, de las punzantes garras detractoras de nuestro libre criterio profesional, esgrimidas por insensatos Municipios, como dueños de utilizar los servicios médicos, sin satisfacer a tiempo los mezquinos haberes, por otras leyes reconocidos. De aquí sus protestas y amenazantes algaradas contra esa justa ley, coercitiva del desenfreno caciquil que nos avasallaba.

No obstante ese relativo beneficio, nuestras aspiraciones de recompensa plenaria no fueron en absoluto satisfechas, pero escalado el plano en que se situó la referida ley, con un solo paso puede llegar al más alto escalón y apostarse en el lucido escaño que incorpore la Sanidad a las dependencias propias del Estado español. Sólo falta para lograrlo la decisión de un Gobierno que, con arraigado civismo, se fije y persuada de que la culta sanidad de los pueblos es el triangular baluarte formado para defensa y engrandecimiento de la nación.

Ahora bien: mi atención ha sido despertada por iniciativa del luchador compañero Sisinio Crespo, sobre la falta de armonía y espíritu de equidad de la ley de Coordinación con el último párrafo del artículo 18 de su Reglamento, porque dice:

"Los médicos de Asistencia Pública Domiciliaria que después de concluidas las licencias, o los que después de nombrados no se posesionen en tiempo hábil del cargo (a menos de causa debidamente justificada, que apreciará el inspector provincial de Sanidad), ni soliciten la excedencia, se les considerará como renunciantes y quedarán separados del Cuerpo."

Este párrafo es por demás inconsciente e imprevisor, porque su alcance coarta, cercena y destruye respetables derechos de insubsanable recompensa, que la conciencia

repugna por la magnitud del castigo que entraña el solo hecho de tan imprevista como irreparable equivocación.

Voy a limitarme a la exposición de un caso que, por acontecer con frecuencia, puede ocasionar la desgracia de muchos médicos.

Supongamos a un titular descontento de un pueblo; a éste descontento de aquél descontentos ambos de su convivencia. El médico solicita y obtiene otra titular, por cuya obtención y posesión renuncia de derecho la primera; pero al procurarse iguales, ve que otro libre se anticipó y acaparó con formal compromiso de algunos años todo el igualatorio, encontrándose con que precisa renunciarla también, porque sin ésta, la titular sola no le rinde suficiente producto. Si solicita la excedencia, tiene que esperar en huelga de brazos y piernas caídos por lo menos un año, y si no lo hace, queda separado del Cuerpo, como renunciador de todos sus derechos.

¿No sería más humano concederla al de solicitar nueva plaza, caso de no convenirle aquélla, por darse el tan frecuente de no adquirir iguales?

Con meritoria justicia se honraban los Excmos. señores Ministro y Subsecretario de Sanidad si se dignan examinar ser susceptible de modificación el referido párrafo, decretando en beneficio de los médicos que precisen pasar bajo las horcas pueblerinas, ya que favoreciéndolos, a ningún tercero se perjudica.

Reflexionen sobre la gravedad del caso, que es el de un desgraciado entre la espada y la pared, o bogando en las aguas del Estrecho de Sicilia entre dos abismos monstruosos: entre Escila y Caribdis.

WENCESLAO BORRACHERO.

Illescas y febrero de 1936.

A la Comisión organizadora de la Asociación de Sanitarios Libres

TACTICA EQUIVOCADA

Precisamente en estos días en que intensificamos nuestra campaña y anunciamos a nuestros adheridos la edición de una circular, recibimos un manifiesto, firmado por la Comisión Organizadora de la Asociación de Sanitarios Libres, al que nos interesa contestar para fijar exactamente nuestra situación y explicar el porqué entendemos equivocada la táctica que, al parecer, pretenden emprender dichos compañeros.

Nosotros, médicos libres, eternos defensores del ejercicio libre de la profesión, continuos fustigadores de las ignominias llevadas a cabo por la Asociación Oficial de Titulares, no podemos adherirnos a la idea de formar un frente contra nadie, porque entendemos no es ese el camino a emprender para lograr un éxito. La unión hace la fuerza. No sembramos la discordia entre titulares y libres, y si sembrada está, no la abonemos para que fructifique. Fomentemos, en cambio, la más íntima conexión entre todos, y el triunfo es seguro.

Nunca hemos defendido al médico libre por el mero hecho de serlo, sino por entenderlo más oprimido todavía que el titular.

Conste así, para que nuestros adheridos sepan a qué atenerse respecto a nuestra situación en relación con esa Comisión organizadora, desconocida para nosotros.

Tenemos el orgullo de creernos los primeros en defender al sanitario libre, y buena prueba de ello es que nuestra firma es la única que figura constantemente en la Prensa profesional en pro de la reivindicación de estos desafortunados compañeros; pero a pesar de ello, nada tenemos que ver con esa Comisión organizadora.

Insistimos en nuestra afirmación, porque dicha Comisión va comentando casi punto por punto todos los extremos que han sido motivo de comentarios idénticos en nuestros artículos. Por ello, nuestros adheridos pudieran suponer equivocadamente que éramos miembros de esa Comisión Organizadora de la Asociación de Sanitarios Libres que se pretende crear, equívoco que nos interesa grandemente deshacer.

Es el convencimiento de que no es creando una Asociación de Sanitarios Libres como lograremos resolver nuestros más primordiales problemas, sino simplemente crear un nuevo frente para emprender una lucha fratrídica, que nosotros somos los primeros en renegar de ella.

Vaya esta afirmación por si algún suspicaz pudiera creer que era la vanidad o el despecho de no haber contado con nuestro nombre para lanzar el manifiesto lo que nos obligaba a no declararnos partidarios de la nueva Asociación.

¿Han pensado esos compañeros de la Comisión lo amoral que resultaría la obligada desertión y el paso forzoso al campo enemigo, que habría de realizarse en el momento que cualquiera de los miembros asociados llegara a conseguir una plaza?

Creando el frente a frente, no lograremos nunca la ansiada paz, sino la más repugnante de las luchas. Repugnante y absurda, porque absurdo es el hecho de declararse enemigo del titular y amigo del libre, sin más que porque la casualidad les haya situado en campos opuestos.

Defendamos al médico libre cuando éste es víctima de un titular acaparador que no quiere reconocerle el derecho a la vida; pero defendamos con el mismo ahínco al médico titular que, después de haber ganado honradamente una plaza, se ve obligado a luchar contra un médico libre que aprovechó cualquier circunstancia, no digna, para lograr una situación.

Reivindiquemos al médico, no al médico titular ni al médico libre: al MEDICO, cualquiera que sea su apellido. Considerémosle como compañero mejor que como enemigo, que eso, a más de ser más bello, ha de ser —aunque quizá más a la larga— más práctico.

¿Cuál ha sido el motivo de nuestros ataques a la Asociación Oficial de Titulares? La injusta pretensión de crear diferencias de trato entre verdaderos hermanos. ¿Cómo, pues, suponer que íbamos a adherirnos a la idea de la formación de un frente que, por el mero hecho de serlo contra otros compañeros, nos habría de ser antipático?

Nuestro proyecto va más allá..., mucho más allá. Queremos defender a todo aquel médico que tenga razón, y el que sea titular o libre nos tendrá sin cuidado, situándonos de este modo en una posición de neutralidad en que no se han colocado hasta ahora ninguno de nuestros organismos directivos, a los que aseguramos desde aquí que daremos un golpe de muerte.

Estudiaremos todos aquellos problemas que creamos de verdadero interés para la clase, y por ahora no tenemos otro programa que éste: JUSTICIA.