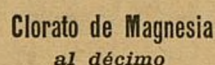


APARECE TODOS LOS SABADOS

14 Marzo 1936



(Deshidratación rápida de la mucosa nasal)

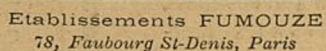
Dos cucharadas de las de postres por día,
en dos veces.

(Muestra y Litteratura sobre pedido)

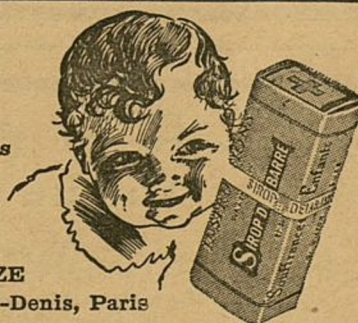
ETABLISSEMENTS FUMOÛZE, 78, Faubourg Saint-Denis, PARIS

(*Polvos Chaumel*)

SUAVIZANTE



Establecimientos FUMOUE
78, Faubourg Saint-Denis, París



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

Ayuntamiento de Madrid

LABORATORIOS
CAMPOS FILLOL
VALENCIA

LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal

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

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día

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

LACTOBULGARINA

ORIGINA IDAD TERAPEUTICA

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

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

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

Laboratorio EGABRO
CABRA (Córdoba) España.

Baños de Alange

En **ALANGE**, provincia de Badajoz

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

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

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

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

Correspondencia administrativa

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

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

- D. Emilio Segoviano, pagado fin diciembre 1936.
- D. R. de Martín, ídem íd.
- D. Luis Santos Sequeiros, ídem íd.
- D. Antonio González López, ídem íd.
- D. Mateo Santos de Cossío, ídem íd.
- D. Juan José Zatarain, ídem íd.
- D. Manuel Alvarez López, ídem íd.
- D. Gregorio Merino Merino, ídem íd.
- Colegio Oficial de Médicos, de Cádiz, ídem íd.
- D. Juan Martínez, ídem íd.
- D. Mariano Miota, ídem íd.
- D. Ernesto Bedate, ídem íd.
- D. Agapito Sanjuán, ídem íd.
- D. Francisco Valverde, ídem íd.
- D. Leandro Pastor, ídem íd.

(Continúa en la página XIX.)

DERMATOSIS INFANTILES

desaparecen rápidamente con
DEPURATIVO INFANTIL CABALLERO
de sabor agradabilísimo.

PASTA POROSA CABALLERO (Dermatosis rezumantes).

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

rior, incluyendo en ella, naturalmente, relaciones epidemiológicas y descriptivas de las medidas sanitarias adoptadas en cada ocasión de anormalidades de la salud pública de alguna importancia. Sobre ellas, la Subsecretaría de Sanidad, con la inmediata colaboración del Departamento de Estadísticas Sanitarias, redactará el informe estadísticoepidemiológico para el año, relativo a toda la nación.

Lo que comunico a V. I. para su conocimiento y efectos correspondientes. Madrid, 15 de febrero de 1936.

Gaceta del 18 de febrero de 1936.

Segundo. Las grandes variaciones operadas en la totalidad de las enfermedades declaradas, bien a los efectos de revelar anormalidades (en más o en menos) en el carácter epidemiológico de las enfermedades, bien en cuanto puedan suponer muestra de declaración defectuosa de los casos.

Tercero. Las investigaciones circunstanciadas de tipo epidemiológico que se hayan verificado en las localidades afectadas, bien en comprobación de los datos o en la práctica de simples medidas sanitarias, o ya, según los casos, dentro del estudio completo epidemiológico de las situaciones anormales.

Asimismo, las Inspecciones provinciales o, si existieran, los epidemiólogos afectos a los Institutos provinciales de Higiene, cuidarán de:

Cuarto. Seguir atentamente la fenomenología de las provincias colindantes a través de los datos publicados en el *Boletín Semanal de Estadísticas Sanitarias* de la Subsecretaría de Sanidad.

Quinto. Controlar para las capitales de provincia los datos de mortalidad semanal mediante las sumaciones correspondientes con las cifras de mortalidad mensual que se publica en la *Revista de Sanidad e Higiene Pública*.

Sexto. Conservar un registro de las Secretarías de las Juntas municipales de Sanidad que no remitan de modo regular y constante los datos estadísticoepidemiológicos semanales a los señores inspectores provinciales de Sanidad, comunicando de oficio a los señores alcaldes o presidentes de los Ayuntamientos las faltas de aquéllas, y remitiendo copias o resúmenes de las notificaciones de quejas a la Subsecretaría de Sanidad; todo ello independientemente de las sanciones directas establecidas en la actualidad en la ley, y procediendo además a su archivo en los expedientes personales de los médicos de Asistencia Pública Domiciliaria para su mérito en oposiciones y concursos.

Los inspectores provinciales de Sanidad deberán te-

ner muy presente en los estudios que a estos efectos verifiquen la asignación general para estos datos de carácter de urgencia y, por tanto, subordinar para muchos de ellos a su obtención rápida la completa exactitud de los mismos.

C) Los organismos centrales de la Dirección general de Sanidad actuarán del modo siguiente en la esfera sanitaria que nos ocupa:

1.º El Departamento de Estadísticas Sanitarias de la Dirección general de Sanidad:

a) Coleccionará sistemática y regularmente todos los datos remitidos por las Inspecciones provinciales, clasificándolos en los dos grupos siguientes: capitales de provincia y ciudades de más de 20.000 habitantes, y Ayuntamientos y poblaciones de menos de 20.000 habitantes por cada demarcación provincial, observando atentamente la recepción de los datos, y utilizando para ello el mecanismo de tarjetas ahora en vigor.

b) Publicará lo más pronto posible los datos del boletín semanal, comprensivos de las series que integran el párrafo anterior.

c) Elevará a la Superioridad con toda urgencia, anteriormente a la publicación del referido boletín, un informe semanal reservado en el que se haga constar las más notables anormalidades observadas en la información nacional recibida, así como las deficiencias observadas en la calidad y tiempo de comunicación de los datos por parte de las Inspecciones provinciales de Sanidad. Este informe será remitido solamente a las autoridades nacional y extranjera que la Superioridad ordene.

d) Paralelamente a lo indicado para los señores inspectores provinciales, controlará mensualmente, mediante las debidas agrupaciones, los datos remitidos para las capitales de provincia de mortalidad semanal, con los resultados de las estadísticas mensuales aparecidas en la *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, señalando

asimismo a la Superioridad las faltas de concordancia que en aquéllos se revelaren.

2.º La Inspección de servicios cuidará de la observancia rigurosa de estas actuaciones sanitarias en todos sus órdenes, y, a tal efecto, en visitas periódicas vigilarán y procederán al estudio de las tareas en esta Orden señaladas, tanto por lo que se refiere a las Inspecciones provinciales de Sanidad como al Departamento de Estadísticas Sanitarias de la Dirección general de Sanidad. De cada una de estas inspecciones de servicio elevarán a la Superioridad informe minucioso y detallado, bien sea sobre la rigurosidad y buen funcionamiento de los servicios o sobre las anormalidades notadas en ellos.

Las antedichas normas tienen que afectar igualmente a todos los datos que establecen las disposiciones vigentes. Mas consciente este Ministerio de la desigualdad estimativa que respecto a eficacia de la aplicación de medidas sanitarias tienen los diversos elementos en ellas incluidos, recomienda se fije y concentre la atención de los agentes sanitarios, de modo muy especial, en el estudio y análisis y, en su caso, en la ejecución de las prácticas correspondientes de higiene pública y privada, en los sectores: mortalidad, mortalidad general por todas causas, mortalidad infantil, y casos declarados y defunciones por fiebre tifoidea y paratifoidea, viruela, varioloides, varicela y tifus exantemático, aparte de las de categoría peculiar pestilenciales exóticas: el sarampión en edades muy tempranas, y la septicemia puerperal en reiteración de localidades o de actuaciones individuales deberán merecer asimismo particulares preocupaciones.

Las Inspecciones provinciales de Sanidad elaborarán una Memoria anual, y la remitirán a la Superioridad no más tarde que el 31 de marzo, comprensiva de todo el estudio epidemiológico y estadístico-sanitario de las zonas de su jurisdicción correspondiente al año ante-

TERTULIA MEDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

AMENIDADES

14-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.

LA ESTRUCTURA DEL UNIVERSO

POR

JAMES JEANS

De la «Royal Society» (Londres.)

En el último cuarto de siglo, nuestro concepto del Universo astronómico ha cambiado tanto, que casi no parece el mismo, a pesar de que tenemos la impresión de que sólo estamos en la orilla de un gran océano de conocimientos.

La hipótesis geocéntrica de la estructura del Universo se hizo insostenible para cuantos discurrían en el año 1610, y, sin embargo, en 1910 eran aún muchos los astrónomos que defendían la hipótesis «galactocéntrica», convencidos de que el sistema galáctico era lo más central y prominente del Universo astronómico, hallándose la Tierra precisamente muy cerca de su centro geométrico.

Sir William Herschell había demostrado que todas las estrellas visibles, con su telescopio, formaban una estructura en forma de moneda o lenteja; las más distantes, al ser vistas acumuladas en una estrecha zona, formaban la franja débilmente luminosa que denominamos Vía Láctea.

En el lenguaje astronómico de 1910, un escaso número de cuerpos celestes (las nebulosas espirales y los enjambres estelares globulares) se

que eran posibles otras hipótesis, sugiriendo la idea de que las nebulosas elípticas no eran «estrellas aisladas enormes, sino sistemas de estrellas» semejantes al nuestro, pero situados a distancias tan grandes, que su luz «llega hasta nosotros como un páli-



do resplandor, uniforme a causa de su inmensa multitud».

Herschell aceptó esta hipótesis, y hablando de estos hipotéticos sistemas de estrellas diferentes del nuestro les llamaba «universos-islas». Durante una temporada perdió aceptación tal hipótesis; pero en 1914, Edington hacía notar que «la hipótesis había sido de nuevo vigorizada para su aplicación a las nebulosas espirales», y proseguía así: «No hay más remedio que admitir que se carece totalmente de pruebas que permitan saber si tales cuerpos se hallan en nuestro sistema estelar o fuera de él».

Posteriormente, Hubble halló la posibilidad de medir las dimensiones y las distancias de aquellos cuerpos celestes, y quedó resuelto el problema. Se admitió que había un tipo de astros que brillaban con igual luminosidad intrínseca en todos los puntos del espacio en que se hallaban, de modo que su disminución aparente de brillo daba enseguida la medida de su alejamiento.

Entre tales faros de comparación o referencia se hallan las variables cefeidas de determinado período, las variables de largo período, las estrellas azules de tipo espectral característico y las *Novae* en su máximo. En las nebulosas más cercanas pueden observarse ejemplares de la mayor parte de esos tipos de astros-patronos y, afortunadamente, todos nos dan aproximadamente los mismos valores para la distancia de las nebulosas en que se hallan.

Así, nos dicen que la nebulosa más próxima de todas (la M 33, en la

constelación del triángulo) se halla a unos ochocientos mil años-luz, y que la que sigue en proximidad (que es M 31, o gran nebulosa de Andrómeda) se halla a una distancia un 3 por 10 mayor. Esta última nebulosa subtiende un ángulo de unos cinco grados en el cielo, de modo que su diámetro debe ser de unos setenta mil años-luz. Se suele admitir que el diámetro de nuestro sistema galáctico es, por lo menos, tres veces mayor.

Estas mediciones y estos estudios ponen de manifiesto que tales nebulosas son sistemas estelares parecidos a nuestra Galaxia, que se hallan separados de ella por grandes distancias, y que suelen ser bastante menores en sus dimensiones. Si Londres representara nuestra propia Galaxia, las ciudades de Birmingham y Bristol representarían las dos galaxias más próximas con bastante fidelidad, tanto en lo referente a sus dimensiones como a sus distancias. La pequeña nebulosa M 32, que acompaña a la gran nebulosa de Andrómeda, puede ser representada por Wolverhampton o Coventry. Asimismo, los dos pequeños sistemas estelares llamados nubes magallánicas (que se hallan tan cerca de nuestra Galaxia, que pueden casi considerarse como pertenecientes a ella: noventa mil años-luz del Sol), tal vez puedan ser comparadas con Croydon

BARACHOL

Cura Eczemas, Erupciones y Enfermedades Rebeldes de la Piel.

salían de aquel plano, pero la mayor parte de los astros y cuerpos celestes (nebulosas irregulares y planetarias, estrellas azules y de Wolf-Rayet, variables eclipsantes y cefeidas) confirmaban la hipótesis, pues se situaban junto a aquel plano, como las moscas van a fijarse a ambas caras de la cinta de papel destinada a capturarlas. Por esta razón se creía que el plano de la Vía Láctea era fundamental en la estructura del Universo.

Ya en 1755, Kant había indicado

Antiséptico Glorógeno Lumen

Muestras gratis.

Centro Farmacéutico Jienense.

Apartado 22.—Jaén.

y Sutton. No debemos imaginarnos a nuestro Sol situado en el centro de Londres, como creía Herschell: más bien debemos situarlo en Hampstead o Highgate, viendo a distancia las luces del centro londinense y su neblina, cuando miramos hacia las grandes nubes estelares y las oscuras nebulosas del Sagitario.

Muchas de estas nebulosas presentan una forma aplanada, parecida a la de nuestra Galaxia, habiéndose sospechado ya desde hace tiempo que tal aplanamiento debe indicar la exis-

FIMONAL



VÍAS RESPIRATORIAS

tencia de una rotación. Recientemente, tal rotación ha sido descubierta espectroscópicamente en gran número de estas nebulosas.

La parte central de la gran nebulosa de Andrómeda, por ejemplo, gira con un período de dieciséis millones de años; la rotación de la conocida nebulosa N. G. C. 4594 de la Virgen es casi doble rápida.

Muy recientemente, Oort, Plaskett,

IODARSOLO

Primer producto de iodo y arsénico
BALDACCI-PISA

Lindblad y otros han comprobado que el sistema galáctico también gira. Las estrellas, en su revolución, se asemejan a los planetas o a los corpúsculos de los anillos de Saturno, pues su período va aumentando a medida que están más lejos del centro. A la distancia del centro a que se encuentra el Sol, el período es, por lo menos, de doscientos millones de años. Esto equivale a unas 12 veces y media el período mencionado para la nebulosa de Andrómeda; pero hay que tener en cuenta que se trata de un punto situado a una distancia del centro seis veces mayor. Si el conjunto de esta última nebulosa se hallase concentrado en su centro o cerca de él, su período de rotación, a la distancia a que el Sol se halla situado, sería de unos doscientos treinta y cinco millones de años; sus rotaciones son, pues, cuando menos, comparables.

De estos períodos de rotación resulta posible deducir, por cálculo, las masas de las nebulosas y del sistema galáctico.

Se ha visto que las nebulosas tienen masas miles de millones de veces la del Sol.

Nuestra Galaxia, como minimum,

CALCINHEMOL ALCUBERRO

Poderoso antianémico

ALCALA, 88. — MADRID

tiene una masa de 100.000 millones de veces la del Sol. Vemos que nuestra Galaxia es gigantesca, no sólo por sus dimensiones, sino también por su masa. Si las nebulosas son universos-islas, podemos decir que nosotros habitamos en un universo-continente.

A medida que nos vamos alejando en el Espacio, las variables cefeidas y otros «faros» patrones de luz, como los antes mencionados, van cayendo unos tras otros en la invisibilidad. Hubbe, no obstante, ha descubierto que hay nebulosas de determinados tipos y estructuras que pueden servir de patrón para una evaluación razonablemente aproximada. En tales condiciones, la disminución de luminosidad de tales nebulosas da la

medida de su distancia, y ya resulta posible estimar las distancias, incluso de las nebulosas más débiles, hasta los mismos límites de la visión telescópica. Se ha visto que las nebulosas se hallan distribuidas casi uniformemente hasta distancias que, como promedio, alcanzan tal vez los un millón ochocientos mil años-luz.

Si la materia contenida en todas estas nebulosas fuese dispersada por igual por todo el Espacio, la densidad sería del orden de 10,30 gramos por centímetro cúbico. Este dato puede proporcionarnos la clave del modo como se formaron las nebulosas, ya que un gas de esa densidad tendería a condensarse en «gotitas», cuyas masas serían precisamente las que en las nebulosas revela la observación. Si realmente las nebulosas se formaron por efecto de esas condensaciones en una masa gaseosa uniforme, tenemos inmediatamente una explicación de la relativa uniformidad de tamaño y de estructura que presentan.

Si se analiza espectroscópicamen-

JARABE ALMERA

A BASE DE FOSFATO DE CAL
GELATINOSO, EL MAS ASIMILABLE

te la luz de alguna de esas remotas nebulosas, se encuentra que todo el espectro está corrido simultáneamente hacia el extremo rojo. Si interpretamos esos corrimientos en la forma más sencilla (es decir, como simples efectos Doppler), resulta que las nebulosas se alejan de nuestra Galaxia con velocidades casi exactamente proporcionales a sus distancias (aproximadamente, a razón de 168 kilómetros por segundo por cada millón de años-luz de distancia); y, si se tiene en cuenta el movimiento del Sol dentro de nuestra propia Galaxia, tal observación no sólo es verdad para las nebulosas remotas, sino incluso para las más próximas. En una palabra: parece como si todo el Universo se dilatara uniformemente, creciendo sus dimensiones lineales en 1 por 100 cada veinte millones de años.

Es probable que este alejamiento aparente de las nebulosas sea algo más que un mero fenómeno astronómico, pues la teoría de la Relatividad generalizada parece requerir, sea una dilatación, sea una contracción del Espacio. De ser así, los movimientos de las nebulosas pueden ser indicación de algo más funda-

memental: una dilatación uniforme del Espacio en que están embebidas las nebulosas.

La teoría de la Relatividad asocia la gravitación a una curvatura del continuo Espacio-tiempo que se curva o deforma en las proximidades de la materia; tal curvatura se manifiesta en las órbitas curvas de planetas y proyectiles. Hubo una época en que parecía casi imposible que toda la curvatura del continuo Espa-

CARABAÑA: el mejor purgante

cio-tiempo pudiese ser de esta clase, pues el análisis demostraba que el Espacio no podía permanecer en equilibrio e inmóvil: forzosamente tenía que dilatarse o contraerse. Para evitar este aparente absurdo, Einstein imaginó que el continuo se hallaba dotado de una fuerte curvatura propia, independientemente de la presencia de materia e inherente, por consiguiente, al mismo Espacio. Esto se representaba por una cantidad, la «constante cósmica», que se suponía tenía en todas partes igual valor y mantenía así fijo e inalterable el volumen total del Espacio.

No tenemos prueba alguna, procedente de la observación, de que exista tal constante, porque la curvatura que requiere es demasiado pequeña para poder ser medida. Aquella constante fué únicamente introducida, porque Einstein creía que el Espacio tenía que estar en reposo; actualmente, no es necesario conservar tal hipótesis, desde el momento en que se entrevé la posibilidad de que el Espacio no esté en reposo. Por otra parte, tampoco hay nada que nos obligue a descartarla. Actualmente, Einstein y De Sitter han visto que la constante puede admitir una variada serie de valores, incluso el va-

“JUSTO”, FAJISTA

Fajas médicas y de vestir

SE HA TRASLADADO A
Mayor, 4, entl.º - MADRID

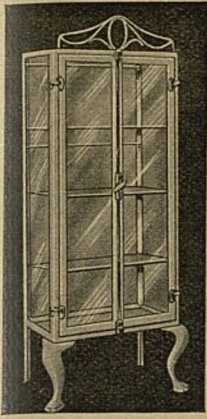
lor cero, sin estar en contradicción con ninguno de los fenómenos observados por la Astronomía.

Podemos comparar el Espacio-tiempo con un río, cuya anchura es el Espacio y la dirección de la corriente, el tiempo. Faltan, desde luego, dos dimensiones, pues la sección transversal de nuestro río debe tener tres dimensiones en vez de una; sin embargo, como las tres son extremadamente semejantes, la supresión de dos de ellas no acarrea gran peligro.

Si el Espacio pudiese permanecer constante en su tamaño, el río se convertiría en un canal, de márgenes paralelos; el primitivo Espacio-tiempo de Einstein era de este tipo. Pero Friedmann y Lemaitre demostraron

(Continúa en la página XVIII.)





Vitrina esmaltada con tres entrepaños estriados. — Dimensiones sin las patas: 100 X 50 X 30 cm. Ptas. 145.

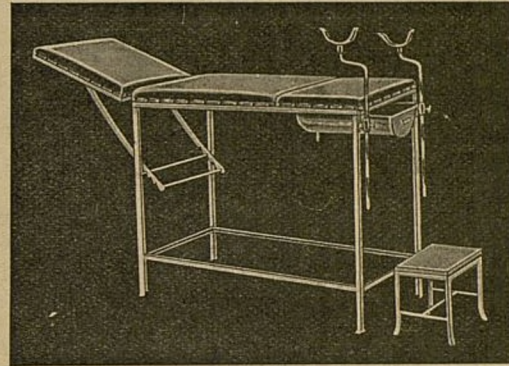
CENTRO MÉDICO ORTOPÉDICO

Espoz y Mina, 2, Madrid

Teléfono 13707

**MOBILIARIO PARA CLINICAS,
HOSPITALES Y SANATORIOS**

(PRECIOS ESPECIALES)



Mesa para curas y reconocimiento, de hierro esmaltado con horquillas niqueladas y almohadones de gutapercha.

Ptas. 100.

Instrumental de Cirugía de las mejores marcas. Completo surtido para todas las especialidades.

PIDAN PRESUPUESTOS

Si quiere comprar en condiciones ventajosas no deje de visitar esta Casa.

Nota de precios de algunos artículos:

	Pesetas		Pesetas
Aguja para inyecciones níquel puro marca Esco.	0,50	Idem idem id., 5 cc.	1,75
Albuminómetro de Esbach, estuche madera.	2,00	Idem idem id., 10 cc.	2,75
Amigdalótomo Mathieu, tres anillas.	30,00	Idem idem id., 20 cc.	3,75
Aspirador Potain, completo, con estuche y frasco 500 gramos.	95,00	Idem idem desoventradas, ídem, 3 cc.	2,00
Bisturí mango metal, articulado.	5,50	Idem idem id., 5 cc.	2,50
Bisturí mango metal fijo, clase superior.	6,50	Idem idem id., 10 cc.	3,50
Cuchillete de Graeffe para ojos.	9,00	Idem idem id., 20 cc.	4,50
Cucharilla doble, para resección.	5,50	Lancetas para sangría, vacuna y apostemera.	3,00
Cucharilla con mango, para resección.	10,00	Oscilofone para medir la tensión arterial, modelo alemán.	110,00
Cucharilla uterina, de Recamier.	13,50	Pinzas Pean, articulación Collin, clase superior.	4,85
Dediles goma para reconocimiento (docena).	1,00	Pinzas Kocher, ídem ídem id.	6,00
Dedil de Legue, para un dedo.	2,00	Pinza tiralengua de Esmarch.	7,50
Depresor de lengua, de cristal.	2,35	Pinza curación uterina, recta.	11,00
Espéculums vaginal de Cusco, articulado.	18,00	Pinza acodada, para oído.	5,00
Espéculums para oído, juego de tres.	4,40	Pinza disección, de 13 c/m.	3,00
Espéculums nasal de Duplay.	8,00	Pinza uterina, para descenso, de Schroeder.	16,50
Espejo laringeo, sin mango.	2,50	Portaagujas de Mathieu.	18,00
Espejo frontal con cinta.	29,00	Separadores de Farabeuf, juego de dos.	7,50
Espejo frontal con banda de fibra.	35,00	Sonda Nelaton, marca Delamotte.	1,50
Estetoscopio de madera, articulado.	3,25	Sonda de tejido marca Eynard, cilíndrica.	2,50
Estetoscopio de madera, fijo.	3,00	Idem idem acodada.	4,00
Estetoscopio de madera, modelo Pinard.	6,00	Idem idem acanalada.	1,35
Histerómetro de Sins, graduado.	7,00	Termómetro clínico, prismático, corriente.	2,75
Fórceps Tarnier, último modelo, marca Esculape.	98,00	Idem idem id., marca Hicks, legítimo.	7,00
Guantes goma, clase buena.	3,00	Tijera recta, articulación Collin, 13 c/m.	6,00
Guantes Chaput, clase superior.	14,00	Tijera curva, articulación Collin, de 13 c/m.	6,50
Jeringas cristal, modelo Luer, sueltas, clase superior, 2 cc.	1,00	Trócares de cuatro usos, estuche cilíndrico.	18,50
Idem idem id., 3 cc.	1,25	Valvas Doyen, varios tamaños.	26,00
		Valvas de Sims, doble.	19,00

LABORATORIO FARMACEUTICO

PONS, MORENO Y C.^A

DIRECTOR D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA

(ESPAÑA)

Jarabe Bebé

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

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

Tetradinamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

Mutasán

(INYECTABLE)

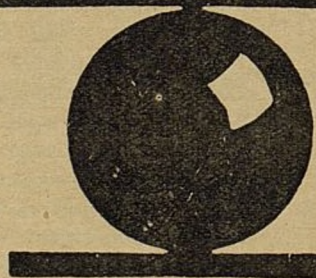
Tratamiento bismútico de las espiroquitososis en todas sus formas y manifestaciones. Perfectamente tolerable.

AL PEDIR MUESTRAS INDÍQUESE ESTA REVISTA Y ESTACIÓN DEL FERROCARRIL

ATLA
BOLOGNA

ANTISPASMINA COLICA

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



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

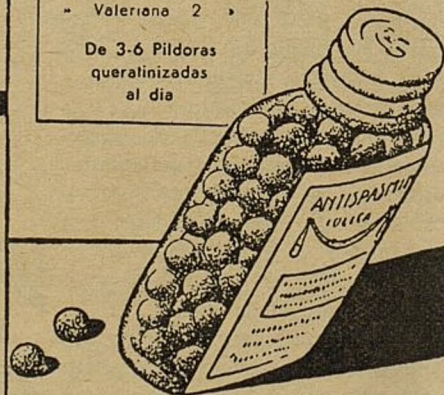
EJERCEN SU ACCIÓN EN EL MISMO SITIO DEL ESPASMO

LAB. FARMACOLÓGICO REGGIANO - Correggio (Italia)

Cada pildora contiene

Papaverina	1 cigr
Estr. Belladona	2 »
» Valeriana	2 »

De 3-6 Pildoras
queratinizadas
al día



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

Ayuntamiento de 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 PASCUA Médico forense de Madrid. Ex Presidente del Colegio de Médicos de Madrid.	Prof. ENRIQUE SUNER Y ORDONEZ De la Facultad de Medicina de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina. Director de la Escuela Nacional de Puericultura.
Prof. A. FERNANDEZ MARTIN Auxiliar de la Facultad de Madrid. De la Beneficencia Municipal de Madrid.	Dr. J. DE ISASA Y ADARO Pediatra.	Prof. GUSTAVO PITTALUGA Y FATORINI De la Facultad de Madrid. Director de la Escuela Nacional de Sanidad. Académico de número de la Nacional de Medicina.	Dr. J. M.^a TOME Y BONA Dermatólogo. Bibliotecario de la Academia de Dermatología y Si-filiografía.
Dr. E. FERNANDEZ SANZ Presidente de la Liga Nacional de Higiene Mental. Académico de número de la Nacional de Medicina.	Dr. SANTIAGO LARREGLA Jefe del Laboratorio del Hospital de San Francisco de Paula y del de Pediatría de la Facultad de Medicina.	Dr. A. PULIDO Y MARTIN Urólogo. De la Beneficencia provincial. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.	Dr. RAFAEL DEL VALLE Y ALDABALDE De la Beneficencia provincial. Académico de la Nacional de Medicina.
Prof. FIDEL FERNANDEZ Y MARTINEZ De la Facultad de Granada. De la Beneficencia general y Académico C. en la Nacional de Medicina.	Dr. E. LUENGO Y ARROYO Del Instituto Nacional de Higiene.	Dres. JULIAN Y SANTIAGO RATERA Y BOTELLA Radiólogos. De la Beneficencia Provincial. Académicos C. de Madrid en la Nacional de Medicina.	Dr. J. VALDES LAMBEA Jefe de los Servicios de Tuberculosis del Hospital Militar y Profesor de Fimatología del Ejército. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.
Dr. S. GARCIA VICENTE Jefe del Servicio de Laringología de la Institución Antituberculosa Municipal de Madrid.	Prof. GREGORIO MARAÑON Y POSADILLO De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina.		Dr. J. M.^a DE VILLAVEVERDE Psiquiatra del Hospital del Buen Suceso. Neuropsiquiatra de la Beneficencia Provincial de Madrid.
	Dr. MANUEL MARIN AMAT Jefe del servicio de Oftalmología de la Beneficencia provincial de Madrid. Académico C. de la Nacional de Medicina.		

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

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

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

PRECIOS DE SUSCRIPCION

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

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: Patología iridiana y pupilar de la sífilis, por el Dr. Javier M. Tomé y Bona.—Tres lecciones en la Facultad de Medicina de Madrid, por el Dr. S. García Vicente.—Acción del psiquismo sobre la secreción interna de las glándulas sexuales de los animales machos, por el Dr. E. Steinach.—BIBLIOGRAFÍA.—PERIÓDICOS MÉDICOS.

Patología iridiana y pupilar de la sífilis

POR EL

Dr. JAVIER M. TOME Y BONA

De las Clínicas de los Dres Covisa y Bejarano.

Bibliotecario de la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía.

I

La acción del treponema sobre el iris puede producir los más variados cuadros clínicos y producirse en cualquier momento evolutivo de la infección.

La frecuencia de estas manifestaciones es digna de tenerse en cuenta. Las estadísticas arrojan a este propósito un índice de uno a seis por cada 100 casos de sífilis. De ellas igualmente se deduce que el momento más propicio para su producción se encuentre en el curso del primer año después de la producción del chancro, que suelen observarse entre los veinte y los cuarenta años de la vida, y que es más frecuente en el hombre que en la mujer.

MANIFESTACIONES IRIDIANAS PRECOCES DE LA SÍFILIS

Concomitante con la aparición de una roséola generalizada, obsérvese a veces una hiperemia fugaz de los vasos del iris, que dura días u horas. Trátase de la llamada *roséola del iris*, que no se acompaña de trastornos subjetivos y que carece de significación clínica trascendente.

Más importancia tiene, por el contrario, la *iritis sifilítica secundaria*, que se observa coincidente con el exantema papuloso generalizado. Se presenta de un modo brusco con los síntomas característicos de la iritis (dolores oculares, cefalalgias en el lado correspondiente, fotofobia, lagrimeo, enturbiamiento de la visión, etc.). El examen comprueba inyección ciliar, córnea empañada, turbidez del humor acuoso, cambios de dibujo y coloración del iris y, con frecuencia, existencia de precipitados. Según afirma Rosemberg, la disposición de la inflamación en focos es característica de la inflamación luética y muy frecuente su localización esfinteriana.

Se distinguen dos formas principales: primera, *forma en rodete*, que se manifiesta por un edema del iris, muy acentuado a veces en la zona de inflamación. Este edema recubre las pápulas que no pueden observarse aisladamente, dando lugar a una tumefacción difusa en rodete de la región esfinteriana, y segunda, *forma papulosa*, que se caracteriza por el manifiesto resalte de éstas. Pueden

presentarse estas dos formas aisladas o una seguida de la otra, es decir, forma edematosa o en rodete inicialmente, seguida de la aparición de las pápulas al descender el edema. Estas pápulas son prominencias semiesféricas de color entre la gama del rojo amarillo al gris, que asientan en la superficie del iris. Cuanto más precoces son, más acentuada es su coloración roja, por ser más ricas en vasos. El color amarillo indica la ulceración de las mismas. Se presentan de preferencia en la región esfinteriana, por ser la más rica en vasos.

El pronóstico de estas iritis es bueno cuando se instituye precozmente un tratamiento adecuado, no quedando en este caso sino muy rara vez sinequias. Estas son propias, por lo general, de los casos no tratados.

El diagnóstico diferencial ha de efectuarse principalmente con la *iritis tuberculosa*, que da lugar a un cuadro clínico muy semejante, si bien la concomitancia con otras manifestaciones de sífilis activa, y muy especialmente su disposición, limitada al sector iridiano, en contraposición con las de etiología tuberculosa, que son difusas, permite fácilmente poder efectuar un diagnóstico. La inflamación profunda, la localización de la tumefacción y la presencia abundante de exudación serosa la distinguen perfectamente del grupo armónico formado por las iritis reumáticas, gotosas y blenorragias.

MANIFESTACIONES IRIDIANAS TARDÍAS EN LA SÍFILIS

En el período secundario florido de la sífilis acabamos de describir inflamaciones del iris caracterizadas por la formación de focos. Las manifestaciones iridianas del período terciario revisten otro aspecto. Estas *iritis sifilíticas tardías* preséntanse pasados por lo menos dos años del comienzo de la infección con un aspecto difuso, sin tendencia ninguna a la formación de focos circunscritos. Su aspecto clínico y evolución son muy semejantes a los de la iritis reumática, siendo, como decimos, difusa, y teniendo tendencia a las recidivas. Es muy frecuente, y aun actualmente discuten los oftalmólogos si se trata de una genuina inflamación del iris de naturaleza sifilítica o únicamente de una predisposición a la iritis creada por la infección luética. Esta forma es más rara que la iri-

tis aguda y que la condilomatosa—que más adelante describiremos—, pero sus complicaciones frecuentes y su larga duración la hacen mucho más grave. Los síntomas reaccionales son poco acusados, o, si ellos se producen, su duración es efímera y con carácter subagudo. Persiste, por el contrario, un ligero estado de infección perique-rática, acompañado de sinequias, que a cada acceso disminuye la movilidad del iris, y lleva, después de un período indeterminado, a una adherencia total del iris al cristalino y a síntomas de glaucoma secundario. Muy a menudo también esta forma de iritis se acompaña de coroiditis difusa. El efecto del tratamiento general antisifilítico es, por lo general, poco aparente.

El peligro del glaucoma secundario y de la coroiditis difusa dan al pronóstico de esta forma una gravedad especial.

IRITIS CONDILOMATOSA O GOMOSA

Como muy rara debe considerarse la existencia de un goma aislado del iris. Generalmente asientan en el cuerpo ciliar, de donde emergen para llegar al iris. Únicamente, según el ya citado Rosenberg, cuando tenga su origen en la región esfinteriana podemos considerarlo como un goma puro del iris. Si asienta en la región ciliar, trátase constantemente de la irrupción en el iris de un goma ciliar. Su aspecto clínico es muy semejante al de una pápula del iris, siendo quizá de algún mayor tamaño y consistencia, y acompañándose de una menor inyección vascular. No es raro observar un hipopión o un hipema de uno a dos milímetros de altura acompañando a esta forma de iritis. La desaparición de estas lesiones es extremadamente variable. Dejan una cicatriz, caracterizada por un adelgazamiento del tejido del iris o por una mancha blanca, debida a la rarefacción del pigmento. Se acompañan siempre de una adherencia de iris muy acusada.

La iritis gomosa es más frecuentemente unilateral que la aguda, pero su pronóstico es más serio desde el punto de vista visual, en razón de la coexistencia frecuente de gomas en la región ciliar.

EL SIFILOMA DEL CUERPO CILIAR

Es la más grave de las afecciones sifilíticas del ojo, constituyendo el lazo de unión entre las afecciones papulosas y las gomosas. Puede presentarse a los pocos meses de la infección, aunque en su estructura anatómica deba considerarse como un goma (goma precoz de algunos autores). Su sintomatología es muy alarmante desde el comienzo. Se inicia por una violenta inflamación del iris y del cuerpo ciliar. La conjuntiva y los párpados están edematosos y quemóticos. La cámara anterior se encuentra llena de un exudado turbio que conduce rápidamente a la oclusión de la pupila, impidiendo su dilatación y haciendo, por consiguiente, imposible la exploración endoocular. En pocos días se hace visible el tumor, el cual se caracteriza por su rápido crecimiento destructivo. En algunos casos puede interesar todo el cuerpo ciliar y salir por la cámara anterior a través de la esclerótica, transformando de este modo casi todo el globo ocular en un tumor sólido. Con la misma rapidez que ha crecido, transformándose este tumor en una masa necrótica, que en los casos graves llega a destruir por completo el globo ocular. Sólo en muy raros casos, después de esta lesión, continúa el ojo siendo útil. Tanto los go-

mas del iris como el sífiloma del cuerpo ciliar que acabamos de describir someramente, con indicación imperiosa de un tratamiento antisifilítico enérgico y rápido, siendo por este medio únicamente por el que se puede, en algunos casos, evitar la destrucción total del globo ocular.

De igual modo que decíamos para las manifestaciones iridianas precoces de la sífilis, el diagnóstico de estas lesiones tardías hay que efectuarlo principalmente con la tuberculosis. En éste, como en tantos otros puntos de clínica, en que hay que efectuar el diagnóstico entre las dos grandes infecciones crónicas, hay que valorar en mucho el tipo cronológico de la evolución. Un aforismo clínico dice que lo que la tuberculosis hace en meses, la sífilis lo hace en días. La forma de los precipitados, redondos y grandes, hablan en favor de la tuberculosis. Es igualmente importante el color de la nodulación. Los nódulos sifilíticos presentan tonos amarillos rojizos o rojos, y los de la tuberculosis, por su pobreza en vasos, son grisáceos y con gibosidades en su superficie.

Las iritis sifilíticas, tanto en su período precoz como tardío, dan lugar a complicaciones secundarias, que no deben olvidarse en el acto de establecer un pronóstico remoto. Cuando queda una oclusión total de la pupila, puede presentarse un glaucoma secundario. Los trastornos circulatorios pueden, por otra parte, producir un descenso de la presión intraocular, que, igualmente, de un modo secundario, dé lugar a desprendimientos retinianos, retracción del cuerpo vítreo y opacidad del cristalino, procesos todos ellos que aminoran notablemente el poder visual.

No puede estar muy lejano el día en que el diagnóstico de la iritis sifilítica adquiera un carácter de certidumbre. La eficacia o no del tratamiento antisifilítico no constituye, en ningún caso, un dato definitivo, y los caracteres mismos de la inflamación iridiana no pueden ser considerados como patognomónicos más que cuando se trate de la forma condilomatosa o gomosa, a condición, sin embargo, que la naturaleza tuberculosa de la lesión está descartada.

La iritis es a menudo la primera manifestación aparente de una sífilis hereditaria o adquirida, y no se deberá jamás aceptar más que a título de hipótesis la etiología reumática, artrítica, gotosa, etc. En efecto, hay que recordar en este lugar la cantidad, cada día más considerable, de sífilis de comienzo desconocido que se observan en la clínica, y que el síntoma astralgia es habitual en la infección luética. La positividad serológica es un elemento de gran valor presuntivo para el diagnóstico etiológico de estas manifestaciones.

II

SÍNTOMAS PUPILARES DE LA SÍFILIS

La exploración de las pupilas es una maniobra que ha sobrepasado con mucho los dominios restringidos del oftalmólogo, para entrar de lleno en la práctica de todo examen general de un enfermo, siempre con carácter primordial e ineludible. El iris es una membrana observable por simple inspección, sin necesidad de ninguna técnica especial ni de instrumentos adecuados. La disposición de sus elementos anatómicos la conceden un interés casi único.

El diámetro pupilar es el resultado de un equilibrio

relativo entre las acciones del simpático cervical que le retraen y de un filete del vago que le contrae. Las relaciones anatómicas y la naturaleza de los centros y fibras del aparato nervioso pupilar la hacen vulnerable a las acciones patológicas más diversas. Los elementos anatómicos del arco reflejo luminoso tienen una gran afinidad por el treponema, y su afectación es casi completamente segura en la sífilis nerviosa, en cuyo comienzo los trastornos pupilares constituyen el único síntoma. Las células vegetativas del constrictor son aún más particularmente afines a la acción del germen productor de la sífilis, lo que explica el porqué la parálisis y la desigualdad pupilar constituyen signos de alarma de la sífilis cerebral.

La técnica habitual de la exploración de las pupilas, colocando al enfermo frente a una ventana, con los ojos cerrados, y abriéndoselos bruscamente para observar el reflejo fotomotor, es un método que proporciona resultados incompletos e inexactos, ya que las pupilas no son observadas en reposo, porque la contracción del orbicular de los párpados pone en juego otro reflejo, que viene a añadirse al de la luz. Las pupilas deben ser observadas en estado estático y en estado dinámico. El examen estático proporciona datos acerca de la igualdad y regularidad de las mismas. El enfermo debe colocarse frente a una ventana y a alguna distancia de ella, con una iluminación media (ya que una luz fuerte sólo permite ver las grandes desigualdades pupilares), y que actúa por igual sobre ambos ojos. Antes de observar las pupilas debemos esperar unos instantes para permitir la adaptación retiniana, la cual acaba aproximadamente al cabo de un minuto.

El diámetro invariable que guarda la pupila, a pesar de las variaciones de iluminación, define sus dimensiones fisiológicas y constituye en cada individuo, y en un momento dado de su existencia, una constante fijeza extraordinaria. El examen dinámico de la pupila comprende la exploración de gran número de reflejos, de los cuales únicamente tiene importancia real para el médico el reflejo fotomotor y el de acomodación y convergencia. El primero debe explorarse separadamente en uno y otro ojo. El medio de exploración más preciso consiste en proyectar sucesivamente en uno y otro ojo el haz luminoso de una lámpara de bolsillo, colocando entonces al enfermo de espaldas a la ventana. Sobre la exploración del reflejo a la distancia no consideramos preciso indicar nada.

ALTERACIONES PATOLÓGICAS DE LAS DIMENSIONES PUPILARES. (Midriasis y miosis patológicas, anisocoria.)

El diámetro pupilar presenta grandes variaciones individuales. Ante un caso concreto, no siempre es fácil decidir si un diámetro es normal o patológico, sobre todo cuando las pupilas son normales y la motilidad está intacta. Las midriasis y miosis bilaterales aisladas no tienen nunca una gran significación, y únicamente los casos extremos son los que presentan interés clínico. La midriasis acompaña a determinados estados psíquicos, como son las psicosis agudas y algunas lesiones cerebrales. La miosis se observa con frecuencia en los viejos y en el curso de las intoxicaciones por la morfina, tabaco y plomo.

La desigualdad pupilar o anisocoria, cuando es poco

acusada presenta igualmente dificultades de diagnóstico. Las ideas actuales sobre el valor clínico de este síntoma difieren notablemente de las nociones clásicas y de la opinión corriente. Mientras que para algunos la desigualdad pupilar continúa siendo un signo característico de la sífilis nerviosa, actualmente sabemos, como dice Gaudissart, que la anisocoria sin irregularidad ni trastornos de los reflejos es un síntoma banal compatible con una perfecta integridad del sistema nervioso y del estado general. Algunas de estas desigualdades son congénitas y tienen por origen una malformación del iris, soliendo en estos casos ir acompañada de asimetrías faciales más o menos acentuadas. Otro grupo de anisocorias, según observaciones clínicas, se encuentran en relación con alteraciones de los órganos más diversos, como son los pulmones, encías y dientes, etc. Hay autores que han observado anisocoria hasta en un 50 por 100 de los casos iniciales de tuberculosis pulmonar, y en menor número en los aneurismas del cayado de la aorta.

INMOVILIDAD PUPILAR REFLEJA

Este signo, conocido comúnmente en la clínica con el nombre de signo de Argyll-Robertson, es el más importante de los trastornos pupilares, principalmente en lo que se refiere a nuestro particular fin, ya que por sí solo permite el diagnóstico de la sífilis cuaternaria (tabes, P. G. P. y taboparálisis). Desde que en el año 1869 describió Argyll-Robertson este signo, se han multiplicado los trabajos y las investigaciones para precisar sus caracteres y valor clínico. De igual manera que ha ocurrido con otras muchas adquisiciones diagnósticas, entre ellas la serología de la sífilis, al completarse con las posteriores investigaciones, el signo de Argyll-Robertson, se ha hecho más complejo y ha perdido la claridad de sus contornos. A la concepción primitivamente simple de Argyll ha sucedido un problema difícil de resumir.

El signo de Argyll-Robertson consiste esencialmente, como nadie ignora, en la abolición del reflejo fotomotor como conservación del reflejo a la convergencia, frecuentemente acompañado de miosis, desigualdad e irregularidad pupilar. Esta disociación constituye la esencia misma del síntoma y el elemento fundamental de su diagnóstico. Todos los signos de Argyll no se presentan con igual claridad. Existe entre la pupila normal y la pupila en inmovilidad refleja toda una serie de estados intermedios, en que el reflejo fotomotor está más o menos debilitado, y sin que se observe modificación en el reflejo a la convergencia. La impulsión pupilar a la convergencia es normalmente más fuerte que la impulsión fotomotora; por lo tanto, una disminución global de los reflejos, tal como se produce al comienzo de las inmovilidades pupilares totales, se traduce por una debilitación considerable del reflejo fotomotor antes de afectar de una manera apreciable la reacción a la convergencia, pareciendo a primera vista un signo de Argyll. Un hecho parecido se observa en los viejos.

Deducido de esto, podemos afirmar que, en presencia de un reflejo fotomotor disminuido, no está permitido el diagnóstico de signo de Argyll más que cuando el reflejo a la convergencia es al mismo tiempo normal, o aun, como ocurre algunas veces, exagerado. La disminución del diámetro pupilar facilita algunas veces estos diagnósticos difíciles. La frecuencia de la miosis es mu-



Fitina

**Estimulante del metabolismo
y tónico del sistema nervioso**
en los estados de consunción, inapetencia,
neurosis por agotamiento y convalecencias.

Comprimidos - Cápsulas - Sellos - Polvo - Granulado

Ciba Sociedad Anónima de Productos Químicos
Barcelona, Aragón, 285 - Madrid, Marqués de Cubas, 5-2º

ANEMIAS



hepal

PRINCIPIO
AISLADO
CON HIERRO

ANTIANÉMICO
DEL HÍGADO
Y COBRE

JARABE

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

INYECTABLE

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

PRODUCTO NETAMENTE NACIONAL



LABORATORIOS JUSTE • MADRID •

FRANCISCO NAVACERRADA, 3 • HOTEL
APARTADO DE CORREOS 9030

cha, siendo la regla en el signo de Argyll de la tabes, y menor en la P. G. P. Esta tendencia a la miosis es la causa de la desigualdad pupilar.

Aunque habitualmente es bilateral, puede el signo de Argyll estar limitado a un solo ojo y, en este caso, la pupila afecta es la más pequeña. Es igualmente raro que la evolución sea idéntica en ambos lados: entonces, la pupila más afecta es la más pequeña. La desigualdad, por lo tanto, pertenece al período de constitución del Argyll, desapareciendo cuando el síntoma está constituido.

VALOR DIAGNÓSTICO DEL SIGNO DE ARGYLL-ROBERTSON

En la inmensa mayoría de los casos, el signo de Argyll es patognómico de una tabes o una parálisis general. Esta regla sufre pocas excepciones, a condición de eliminar los casos dudosos y de atenerse estrictamente a la concepción rigurosamente limitada que acabamos de exponer. A pesar de todas las limitaciones expuestas, puede afirmarse que la correcta comprobación de un signo de Argyll permite diagnosticar en un 90 por 100 de los casos una afección parasifilítica. Aunque generalmente se acompaña de otros síntomas neurológicos, en bastantes casos puede ser el síntoma único durante bastante tiempo. Es mucho más raro en la sífilis nerviosa simple, en la que no se observa en más de un 10 por 100. En otras condiciones patológicas, es excepcional.

PATOGENIA DEL FENÓMENO DE ARGYLL-ROBERTSON

El signo de Argyll traduce la existencia de un proceso inflamatorio de los espacios subaracnoideos de la base del cerebro a lo largo de las vías ópticas. Es un índice muy sensible de las lesiones de esta región. Son los procesos sífilíticos (meningitis, parálisis pseudobulbar, hemiplejía) y parasifilíticos (tabes P. G. P., sífilis cerebroespinal) las que producen de preferencia destrucciones superficiales al nivel de los espacios subaracnoideos de la base del cerebro, lo que las concede una especie de monopolio entre las causas de este síntoma clínico de tanto valor.

EL SIGNO DE ARGYLL-ROBERTSON EN LOS SIFILÍTICOS

Este dato clínico ha sido estudiado por Nonne, Dreyfus, Asamam, Tuhs, Dujardin y otros.

Dreyfus comprueba entre 107 enfermos con signo de Argyll positivo 71 con alteraciones patológicas del líquido cefalorraquídeo. Pleocitosis, reacción de Nonne siempre positiva, reacción de Wassermann positiva en 42 enfermos, con 0,2 de L. C. R., y en los restantes, positiva a dosis más elevadas.

INMOVILIDAD PUPILAR TOTAL.

Conócese con este nombre la disminución o abolición global de los reflejos pupilares. Por su significación anatómica y clínica constituye un síndrome absolutamente distinto del de Argyll. En su largo período de instalación tiene frecuentemente grandes dificultades de diagnóstico. La afectación del reflejo fotomotor es precoz, manteniéndose inicialmente intacta la movilidad a la convergencia. En este estado, su confusión con el Argyll es muy frecuente. Posteriormente, la reacción a la luz desaparece por completo, y el reflejo a la convergencia disminuye progresivamente, haciéndose el iris inmóvil a todas las excitaciones. A medida que la pupila evoluciona hacia la inmovilidad, muestra una tendencia a dilatarse,

alcanzándose cuando se completa el síndrome una midriasis moderada. Como en el signo de Argyll, este proceso es generalmente más precoz y más rápido en un lado. El ojo afecto es entonces el que tiene la pupila más grande, más irregular y más inmóvil.

La sífilis cerebral no es la causa más frecuente de la parálisis pupilar total. En la metalúes, puede considerarse como excepcional, y cuando existe, suele ser en la P. G. P. En la gran mayoría de los casos, sin embargo, este síndrome debe considerarse como procedente de una sífilis nerviosa.

La presencia de una inmovilidad pupilar total en el curso de la sífilis cuaternaria no resta en manera alguna su valor patognómico al signo de Argyll, si se recuerda, sobre todo, que ésta va precedida de un período de sífilis cerebral más o menos aparente. No queremos dejar de decir una vez más que se trata claramente de dos síntomas distintos, y que jamás la inmovilidad pupilar total es una consecuencia de la evolución progresiva del signo de Argyll.

Resumiendo lo dicho hasta aquí, podemos decir: 1.º *La desigualdad pupilar sin alteración de los reflejos es un síntoma banal.* 2.º *El signo de Argyll-Robertson y la inmovilidad pupilar son patognómicos de la sífilis nerviosa.* El signo de Argyll está caracterizado por una abolición completa o, por lo menos, muy acusada, del reflejo fotomotor, con integridad perfecta del reflejo a la convergencia, acompañado frecuentemente de miosis y de desigualdad pupilar. En el 90 por 100 de los casos revela la existencia de una sífilis cuaternaria, no poseyendo, sin embargo, esta significación más que cuando es indiscutible. Siendo incompleto, su diagnóstico es difícil y hasta a veces imposible. Consideramos con Gaudissart que estos casos dudosos deben entrar en la categoría de las inmovilidades pupilares totales. De este modo, lo que el signo de Argyll pierde en extensión lo gana en precisión, debiendo actualmente considerarseles como uno de los signos diagnósticos de más valor.

La inmovilidad pupilar total afecta más o menos completamente y de un modo desigual los dos reflejos, y en ella la pupila es irregular y tiene una tendencia a la midriasis. En la gran mayoría de los casos implica la existencia de una sífilis nerviosa.

DR. S. GARCIA VICENTE

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

ABRIL DE 1935

Sobre: Intubación laríngea.-Terapéutica endobronquial.-Lavado pulmonar. -Broncografía. -Otorrinolaringología médicoescolar.

1.ª LECCION

INTUBACIÓN LARÍNGEA (2)

Una cosa nueva en las periódicas comunicaciones con mis compañeros para exponer asuntos que creemos pueden tener algún interés y originalidad es que las leccio-

(1) Tomadas taquígráficamente para EL SIGLO MEDICO, por el Dr. Pin.

(2) El Dr. García Vicente ha tratado de este tema en nuestra Revista en otra ocasión, pero las consideraciones inéditas que sobre el mismo expone el autor, sobre todo en lo referente a la historia de la intubación laríngea, nos inducen a la publicación.

nes van a ser teóricas. Contra mi costumbre, y por primera vez en mi vida, van a ser las lecciones teóricas, y esto es debido a que lo que voy a decir es colofón de lo que hemos venido haciendo este curso durante seis meses en el Instituto Antituberculoso Municipal, donde prestamos nuestros servicios y donde continuamente estamos en plan de demostrar prácticamente sobre "fantomas", sobre animales de experimentación y sobre enfermos, las cosas que constituyen nuestra especialización y que creemos interesantes.

Cada uno de los temas en que consisten las tres lecciones que vamos a tener el honor de exponerles, es ob-



Fig. 1.^a—“Fantoma” construido por el Dr. García Grás para aprender la intubación laríngea y las técnicas del Dr. García Vicente.

jeto en nuestro servicio clínico de prácticas, sistematizadas, explicaciones, etc., muy extensas, repetidas hasta la saciedad, de modo que todo lo que a estas tres lecciones les sobre de teoría es debido a que son compendio y resumen breve de las extraordinariamente prácticas y extensas demostraciones de nuestros cursos de invierno.

Me es grato hacer la aclaración de que aquellos que crean conveniente hacer *de visu*, realizar ellos por sí propios todo lo que nosotros exponemos, se encuentran invitados con toda lealtad, con toda cordialidad, a que, cuando quieran, cualquier día, a la hora en que nos encontremos en el Instituto Antituberculoso Municipal, vayan a repetir y nos vean hacer lo que vamos ahora a exponer.

Los tres asuntos que van a constituir estas tres lec-

ciones tienen, naturalmente, alguna razón para ser expuestos, y en el asunto de la intubación laríngea, que va a constituir la primera lección, es precisamente la gran práctica que nosotros, por azar del destino, hemos tenido ocasión de tener en esa cuestión.

Nosotros hemos fundado y regido durante diez años el Instituto Municipal de Seroterapia, establecido para tratar procesos asfícticos en los niños, y obtenido una tal cantidad de experiencia, que nos hemos creído en la obligación de exponerla, para que los que se ocupan de estos asuntos puedan recibir depurado lo que nosotros hemos aprendido durante nuestra actuación en un servicio tan especializado como aquél.

Así, pues, vamos a hablar de la *intubación laríngea*, que, como ustedes saben, es una intervención que consiste en poner un dispositivo especial que permeabiliza una parte de las vías respiratorias estenosadas, cuando este acontecimiento pone en peligro la vida del individuo.

¿Qué sitio del aparato respiratorio puede estenosearse así, de una manera brusca, rápida, para que con rapidez ponga en peligro la vida del sujeto? Una exploración somática y esquemática del aparato respiratorio nos dirá que el sitio de mayor estrechez, el sitio que ha de responder de una manera más angustiosa a un proceso inflamatorio es la glotis. La glotis es la zona del aparato respiratorio donde la estrechez anatómica normal es mayor, donde son más pequeños los diámetros de ese túnel respiratorio, que empieza en la nariz y termina en los alvéolos pulmonares, y donde, por consiguiente, el índice de paso de aire, en unidad de tiempo, está más sujeto a restricciones.

Naturalmente, una inflamación de las vías respiratorias superiores, de la nariz, por ejemplo, será imposible que produzca la estenosis respiratoria brusca, violenta y absoluta; además tiene, naturalmente, la vía vicariante respiratoria de la boca. Una disminución de las zonas respiratorias subglóticas, producida por las grandes inflamaciones de tipo agudo neumónicas o bronconeumónicas, es muy difícil que asiente bruscamente en una tan gran zona respiratoria, que impida al individuo respirar. Únicamente en la glotis es posible que una reacción inflamatoria disminuya su diámetro y origine que el aparato respiratorio no pueda recibir, en la unidad de tiempo, el aire necesario para la vida.

De ahí que tenga interés el acudir a ese sitio estenosado para permeabilizarlo, y tiene esta intervención ciertas modalidades *mecánicas*, *clínicas* y, además, otras *especiales*, que la rodean de un acusado ambiente dramático. Y este dramatismo proviene del sujeto en que se opera y de las cosas que pasan mientras se opera.

Un niño que se ahoga es de lo más trágico que pueda darse, y trae esto reacciones emotivas intensas en los que le rodean, sobre todo en sus padres, las que, unidas al aspecto desolador del paciente, pueden tener como consecuencia la pérdida de serenidad del médico, si no tiene éste concepto seguro, absoluto y exacto de lo que va a hacer. Es, pues, necesario que tenga su ánimo suficientemente seguro y valiente para no dejarse influir y para hacer lo que se deba y en el momento que se deba.

Como saben, la valentía y sangre fría no la da más que el concepto de nuestro propio valer: el valor y presencia de ánimo lo dará el saber realizar la operación

y conocer las contingencias que pueden ocurrir en ella, para remediarlas; de esto es de lo que voy a intentar dar un esbozo.

Mecanismo de la intubación.—La intubación, que es sencillamente colocar un tubo en la glotis, encuentra, naturalmente, en la práctica ciertas dificultades para realizarla. Vamos a ver las dificultades anatómicas, dificultades que pueden llamarse de índole mecánica.

En este sitio estenosado, fisiológicamente llamado *glotis*, tiene alguna razón de ser tal angostura. La naturaleza, la economía, no hace cosas absurdas, y estenosa esta región anatómica para sacar de ello algún valor, y este valor es principalmente el *defensivo*. La glotis es un sitio anatómicamente estenosado, porque es un lugar de vigilancia respiratoria, es el guardián por excelencia del aparato respiratorio y, por consiguiente, pasa lo que en una ciudad amurallada: el sitio de entrada es angosto; en el recinto se entra por golases, por sitios estrechados. La glotis es estrecha porque fisiológicamente debe serlo, porque es el sitio de defensa del aparato respiratorio.

Pero no sólo es estrecha por ser elemento defensivo, sino que, además, está *estratégicamente escondida*. Para llegar a la glotis hay que seguir un camino completamente en encrucijada. Lo mismo que antiguamente se hacía, dando tortuosidad a las calles y a los caminos de acceso a los castillos, para facilitar la defensa glótica sitúa a este orificio al final de un camino en zigzag. Es un sitio escondido al que los agentes vulnerantes corrientes es difícil que lleguen: tienen que chocar primero con las defensas de la nariz y boca, luego con las paredes del istmo de las fauces; todo esto hace que sea muy difícil que llegue a la laringe el agente vulnerante, que tiene que recorrer un camino largo para poder encontrarlas, y además se defiende admirablemente con sus reflejos.

Por consiguiente, para nosotros colocar el dispositivo beneficioso, que es el "tubo laríngeo", tenemos que recorrer el mismo camino agresivo que un agente vulnerante. De ahí que tengamos que conocer bien sus particularidades anatómicas y fisiológicas para poder sortear lógicamente esos obstáculos.

Las defensas anatómicas ya hemos dicho cuáles son; las defensas funcionales son los *reflejos*: primero, *nauseosos*; después, *tusígenos* y *espasmódicos*, y todos ellos contribuyen eficazmente al pilorismo respiratorio.

Conociendo estas particularidades importantísimas, hay dos maneras de llegar a la laringe: una, la vía *laringoscópica*; así, viendo perfectamente la región mediante el laringoscopio, llevamos a ella los instrumentos necesarios para el objeto propuesto. Particularidad de esta técnica es que necesita una especialización extraordinaria: el ver una laringe es exclusivamente del dominio del especialista; el llegar a una laringe es dominio del buen especialista. La intubación, que tiene que ser realizada urgentemente en sitios fuera de los centros grandes de población, donde el médico por sí tenga que resolver esta modalidad terapéutica, no puede ser de especialización delicada, porque no se podrá poner entonces al alcance del médico general, ya que sería imposible exigir de éste la necesaria pertinencia operatoria.

El especialista laringólogo es el que únicamente puede actuar en la realización de las maniobras de la intubación bajo el control visual, con todas las ventajas

que esto puede reportar; para ello dispondrá de la *laringoscopia indirecta* (con el espejillo de Manuel García) y de la *laringoscopia directa* (métodos alemanes perfeccionados por la escuela norteamericana). Pero como manifestamos anteriormente, estos procedimientos

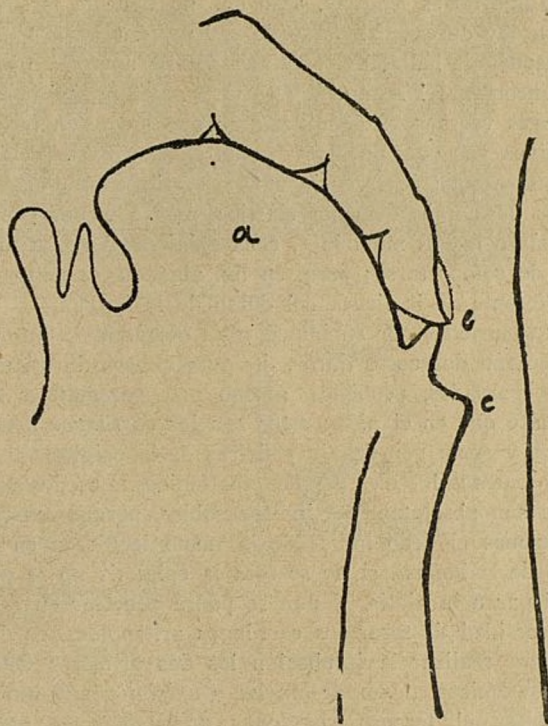


Fig. 2.^a—El dedo índice izquierdo se da cuenta de los detalles anatómicos necesarios para la introducción del tubo:

(a) Lengua. (b) Epiglotis. (c) Cartílagos aritenoides. El vestibulo glótico a. b. tiene una situación más bien vertical que horizontal: "Ventana" y no "pozo".

brillantes y atrayentes en su perfección instrumental, tendrán la limitación en eficacia práctica que les da la dificultad de la oportuna puesta en punto en momento y lugar, angustioso siempre aquél y arbitrario muchas veces éste, de los factores personales e instrumental, indispensables para su realización. De la misma manera que el más perfeccionado artificio para realizar de una manera idealmente mecánica, la respiración artificial, por ejemplo, por muchas ventajas que pudiera reunir, no tendrá la sencilla y primordial que caracteriza las simples y sistematizadas maniobras manuales, fáciles de aprender y retener, aun por las mentalidades más rudas; y así, un humilde pescador puede hacer entrar el aire en los pulmones de un ahogado, y esto lo mismo en la cubierta de un barco pesquero que en cualquier playa solitaria...

En España han preconizado y realizado estas maniobras los Dres. M. Calderín y C. Hinojar.

¿Hay alguna manera de llegar a la laringe de modo fácil y sencillo? Sí, señores: la *vía táctil*. La vía táctil, naturalmente, no nos da el lujo extraordinario de detalles anatómicos que nos da el examen laringoscópico, pero sí una facilidad grande *de llegada*, y aun todavía mayor, *de realización* de las maniobras que nosotros querramos realizar en la vecindad de este órgano.

¿Qué tenemos, pues, que hacer para llegar a la laringe por vía táctil?

Sencillamente, saber *tres detalles anatómicos* y un *hecho fisiológico*.

Los tres detalles anatómicos son bien fáciles de adquirir: primero, *el dorso de la lengua*. Para llegar a la glotis hay que tocar el dorso de la lengua. Con el dedo puesto en contacto con el dorso de la lengua no hay más que seguir por el camino lingual hasta encontrar "algo que no es lengua", algo que no tiene la tersura, la lisura y dureza del dorso de la lengua. (Fig. 2.ª)

Después de hallado este primer detalle anatómico hay que encontrar el segundo, y es un resalto orgánico, las primeras veces poco definido, pero que luego, en tactos sucesivos—no más que tres o cuatro—, se va apreciando, que es una ecrescencia suave, cartilaginosa, más o menos dura, más o menos elástica, más o menos grande, más o menos movable—, cada epiglotis tiene su manera de comportarse; pero, en fin, algo que, repetimos, es diferente de la lisura del dorso de la lengua.

Pasan ustedes por encima de este obstáculo, y entonces tocarán dos cosas duras, dos tuberculitos duros, gemelos, pareados, pequeños, mucho más perceptibles en el adulto que en el niño: estos son los *cartílagos aritenoides*, y están por debajo y detrás de la epiglotis.

Ya tenemos los tres detalles anatómicos. Los dos primeros son absolutamente indispensables, porque aunque coloquemos el dedo índice de la mano izquierda en el dorso de la lengua, si no se toca la epiglotis no se podrá llegar a la glotis. Y aun se podrá penetrar en ésta sin necesidad de tocar los cartílagos aritenoides, es decir, para realizar la intubación los dos primeros detalles anatómicos, *dorso de lengua y epiglotis*, son indispensables; el tercero, *cartílagos aritenoides*, es nada más que conveniente.

Hecho fisiológico.—También no puede ser más sencillo de comprobar. Este consiste en que, poniendo el dedo detrás de la epiglotis y delante de los cartílagos aritenoides, es decir, entre estos dos detalles anatómicos, a los que han llegado ustedes por el camino del dorso de la lengua, tapan ustedes la respiración del sujeto.

Puede obtenerse el adiestramiento en la obtención de estos datos anatómicos con un "fantoma" que nos ha construido el Dr. García Gras bajo nuestro control para prácticas de intubación laríngea y de nuestras técnicas de terapéutica endobronquial, de las que hablaremos en la lección próxima (figura 1.ª), y en el que están realizados en goma blanda los detalles anatómicos del istmo de las fauces. Además, pueden tocarse para el aprendizaje las gargantas de los niños que vienen a nuestras consultas, ya que hecho con suavidad el tacto laríngeo no produce molestia grande.

Sabiendo ya los detalles anatómicos, ¿qué nos queda por hacer? Sencillamente, llevar a la glotis el dispositivo que la ha de permeabilizar, y este dispositivo es el *tubo laríngeo*.

El *tubo laríngeo*, como su nombre indica, es un cilindro metálico, hueco, a través del cual pasa el aire, y que se coloca en el sitio estenosado. Este *tubo laríngeo* tiene ciertas particularidades, para citar las cuales no quiero dejar de explicarles a ustedes, aunque sea brevemente, porque tiene interés, no sólo respecto al asunto, sino, desde el punto de vista educativo, un interés de enseñanza moral: la historia del tubo laríngeo primitivo hasta venir al descubrimiento del tubo actual, ya clásico en el dominio de la terapéutica quirúrgica desde hace cerca de cuarenta años.

La difteria, antes del descubrimiento maravilloso de la medicación antitóxica, daba origen a verdaderas epidemias, que diezaban la infancia. Pues bien, allá en 1858, París sufrió los efectos de una epidemia espantosa de difteria, y en los hospitales hubo un médico, el Dr. Bouchut, poco conocido, en cuyo servicio entraban continuamente niños diftéricos asfixiándose. Estos niños que se asfixiaban, sin suero y sin medios terapéuticos razonables, estaban condenados a ser traqueotomizados. La traqueotomía en los niños estos, como luego explicaré, es de una mortalidad elevadísima, y este médico francés, Dr. Bouchut, ante mortalidad tan extraordinaria, reaccionó en lo que nosotros hemos creído razonable definir como "complejo maternal". Haremos sobre esto algunas reflexiones.

Un niño pequeño, en brazos de su madre o de su ama, se introduce jugando un cuerpo extraño en la garganta, y sobrevienen protestas asfícticas. Entonces ocurre que la persona que está con el niño lo primero que hace es meter el dedo en la garganta para remover el obstáculo. Instintivamente, quizá por subconsciencia ancestral, sabe que las cosas que interrumpen la respiración se detienen en esa angostura anatómica, y por eso, la madre o las personas unidas al niño por vínculos de afecto, van repetidamente, con el procedimiento expeditivo de un tacto rápido, a resolver la situación al sitio mismo de la dificultad y siguiendo las vías naturales. Esta manera de actuar ante un proceso asfíctico mecánico puede definirse como "maternal", y de esta manera pensó seguramente Bouchut, en "complejo maternal" ante aquellos pobres niños que se ahogaban.

Nosotros hemos leído sus publicaciones en la Biblioteca de la Academia Nacional de Medicina, y a través de ellas se trasluce conmovedoramente la emoción de este hombre bueno y sabio ante los niños que se ahogaban, y a los que únicamente se les podía dar el aire realizándoles la cruenta traqueotomía, cuya mortalidad era terrible; consecuencia de esto es que el Dr. Bouchut construye un tubo cilíndrico liso, metálico, lo coloca en la laringe de un niño apnéico, y éste respira libremente a través de aquél.

Bouchut se entusiasma y sigue con interés aquel caso, y otros de niños con crup, a los que vuelve a colocar el tubo, y los niños respiran. Pero ¿qué pasaba? Que los tubos del Dr. Bouchut eran cilíndricos, se sostenían en la glotis nada más que por la acción de la gravedad, y cuando el niño se acostaba, al perder la posición vertical, los golpes de tos expulsaban el tubo con facilidad. Además, había que aprender el mecanismo de su introducción en la laringe y que cuidar minuciosamente a los intubados...

Esto dió lugar a que se produjeran, por decirlo así, dos reacciones emotivas ante este procedimiento: la reacción de Bouchut, de extremar los cuidados y repetir las veces que fueran la maniobra permeabilizadora ("complejo maternal") con aquel tubo, que no era correcto, que se salía a menudo, que no era fácil de introducir, pero que suponía un tratamiento razonable, más humano, aunque fuera de más duración maniobrera que la traqueotomía; y el complejo que nosotros llamamos "arrivista", a saber: el niño se asfixia, el médico ve fríamente que el niño se está ahogando, porque su laringe está obstruida; el médico ve sobre la piel tensa del cuello la tráquea haciendo resalto sobre los tejidos veci-

LABORATOIRE NATIVELLE

27, RUE DE LA PROCESSION — PARIS (XV^e)

OUABAÏNE ARNAUD

**CARDIOTÓNICO
ENÉRGICO**

**ACCIÓN
CONSTANTE
Y SEGURA**

Unico producto cuyas constantes fisico-químicas, ensayos fisiológicos y toxicidades han sido publicadas, dando así al Cuerpo Medical toda garantía de acción y seguridad.

INDICACIONES
Insuficiencia del corazón izquierdo;
Insuficiencia ventricular derecha;
Aritmias y Taquicardias.

FORMAS
Comprimidos. A Un miligramo. | *Solución.* A cuatro por mil.
Ampollas. Al 1/4 de miligramo | *Ampollas.* Al 1/2 miligramo para
para inyecciones intravenosas. | inyecciones intramusculares.

**DIURÉTICO
PODEROSO**

**MENOS TÓXICO
QUE LAS
ESTROFANTINAS**

DOSIFICACIÓN RIGUROSA

DRAEGER

Medalla de Oro, Exposición Universal, Paris 1900.

Granulos de CATILLON

0.001 Extracto Normal de

STROPHANTUS

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

ASISTOLIA — DISPNEA — OPRESION — EDEMA — Lesiones MITRALES

Granulos de CATILLON

0.0001

STROPHANTINE

CRISTAL

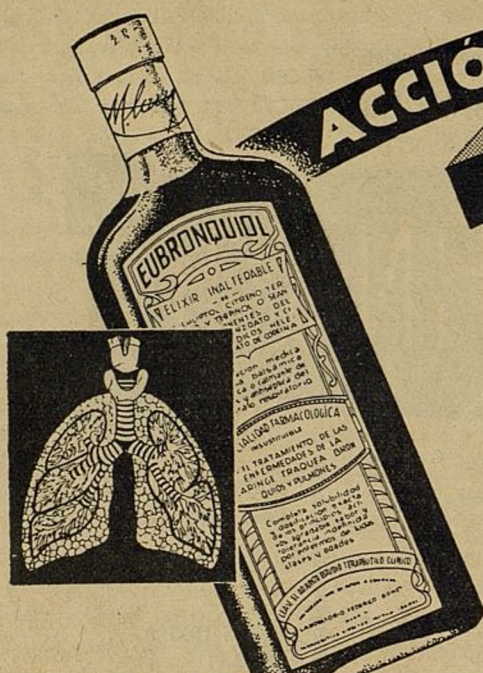
TÓNICO del CORAZON por EXCELENCIA

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

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

Laboratoire CATILLON, 3, Boulevard St-Martin, PARIS

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



ACCIÓN ENÉRGICA E INOFENSIVA

La eficacia terapéutica del preparado EUBRONQUIOL depende de su fórmula invariable, su inocuidad y su perfecta tolerancia. -- Balsámico, antiséptico y antitusígeno, sin creosota, guayacol ni narcóticos tóxicos. -- Indicado en el tratamiento de todas las afecciones respiratorias agudas y crónicas.

FÓRMULA

Eucaliptol...	1 gr.
Citrón...	1 gr.
Terpeno...	1 gr.
Terpinol...	1 gr.
Benzato y	2 grs.
Cinamato	2 grs.
sódico...	2 grs.
Helenina...	0,02
Fosfato de	0,05
codeína...	0,05

EUBRONQUIOL

Pida muestras y literatura al LABORATORIO FEDERICO BONET, Rosalía de Castro, 31 - Apartado 501 - MADRID



Prescriba el ANTISEPTICO LISTERINE

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



Concesionario: FEDERICO BONET • Apartado 501 • Madrid

nos, sabe que abriendo la tráquea a través de aquellos planos anatómicos, casi a flor de piel, aquel niño va a respirar, y entonces, pensando sólo en las facilidades anatómicas que tiene a su alcance, piensa: "A este niño que no respira le haré yo respirar abriendo su tráquea, sin preocuparme de las consecuencias postoperatorias, sino pensando sólo en resolver *expeditivamente* la llegada inmediata del aire al aparato respiratorio."

Este es el "complejo arrivista", del que huiremos siempre que de tratar organismos infantiles se trate, procurando que nuestras actuaciones sean siempre orientadas en "complejo maternal", con su cortejo de abnegación, paciencia, ausencia de brillantez y tenacidad...

A Bouchut, con su intubación rudimentaria, le combatió Trousseau, partidario de la traqueotomía, con su enorme autoridad, y quedó este maravilloso descubrimiento completamente en la obscuridad y en el olvido, hasta que un norteamericano, O'Dwyer, leyendo a Bouchut, se le ocurrió modificar el tubo, de modo que no se saliese de la laringe, e ideó el tubo actual, en forma de doble cono, unido por la base y con un ensanchamiento superior, particularidades con las que se consigue, al introducir el tubo en la laringe, un pequeño movimiento de resorte, por el cual las cuerdas vocales quedan adosadas a la zona estrecha del tubo, y el ensanchamiento descansa en el vestíbulo glótico, lo que garantiza su estabilidad, a pesar de los golpes de tos.

En el descubrimiento de la intubación laríngea se ha cumplido una vez más en la marcha del progreso el que las ideas del genio latino se perfeccionen con el sentido práctico sajón; sirvan estas frases emocionadas de homenaje a nuestro hermano de raza Dr. Bouchut, verdadero descubridor de la intubación laríngea.

¿Cómo se realiza la intubación laríngea? Tenemos con el tubo de O'Dwyer un instrumento correcto y lógico, el cual hay que llevarlo a la laringe y envararlo en la glotis. ¿Cómo se lleva? Como sea..., y decimos esto así, tan simplemente, porque en esta intervención lo único importante es tocar la región y darse cuenta absoluta y exacta de que se aprecian los detalles anatómicos que se han descrito anteriormente; luego, el tubo se lleva a esa región de cualquier manera, con una pinza, con una varilla metálica en ángulo recto, con lo que sea, pues bueno será anticipar que lo que se titula *introducción* en las cajas de intubación no es tal, sino sólo *portador* del tubo hasta la laringe, y allí el que introduce aquél es el dedo índice, que está en contacto con la región glótica.

En síntesis, puede afirmarse que para realizar las maniobras de la intubación laríngea lo importante es tocar la región; todo lo demás tiene un valor secundario.

Un valor secundario en lo que se refiere a la ejecución mecánica de las maniobras que han de permeabilizar la laringe, momento en que todo se ha de subordinar a la correcta y rápida realización del cometido; pero hay que destacar que las contingencias que pueden pasar durante la intubación y después de ella tienen para la vida del niño una importancia extraordinaria, que vamos a procurar exponer: en primer lugar, consideraremos que estas maniobras hay que realizarlas en un niño (labilidad orgánica) que está enfermo gravemente (infección causante de la estenosis), y además que se está asfixiando; esto tiene naturalmente que imprimir un aspecto de seria gravedad a todo lo que nosotros va-

mos a realizar. De ahí que lo primero que el médico haya de conseguir al disponerse a hacer la intervención es estar con la tranquilidad y serenidad más absolutas. Esta sangre fría la tendrá con el conocimiento exacto de lo que va a hacer y de la manera de resolver las posibles contingencias; además, separará del enfermo a todas aquellas personas de las que no pueda esperar efecto útil, y que por eso ya constituyen un estorbo. Entre ellas siempre se encuentra la madre, y muchas veces el padre, seleccionando entre los familiares aquellos con los que se pueda contar para ayuda. Esto se explica fácilmente: los padres y familiares están consternados con la enfermedad, siempre aparatosa y aguda del infante, y además torturada su sensibilidad emotiva por el angustioso resonar de la respiración estertorosa de aquel ser querido que se está ahogando; esto, como es natural, les coloca en situación de no ser dueños de sus actos, y si presenciasen la intervención, con sus posibles contingencias, es casi segura (nuestra experiencia así lo dicta) la intervención algarera y hasta material en los momentos en que al médico le son más necesarios el dominio absoluto de sí mismo y de todos los factores que intervengan en la intervención.

Segundo: *sujeción del niño*. Este tiene que estar completamente inmóvil y, por consiguiente, hay que sujetarlo bien, pero sin hacerle daño, y para eso hay que envolverlo (vendarlo) en una sábana, adosando los bracitos al cuerpo y sujetando los extremos con imperdibles; para sostenerle se necesitan dos personas: una, sentada en una silla, teniéndolo entre sus piernas, sujetando el tronco, y otra de pie, detrás, con las dos manos abiertas, adosadas a la cara del niño; de esta manera queda completamente inmovilizado y no se le lastima. El abrebocas se colocará siempre en el lado izquierdo de la boca, para dejar libre la comisura derecha, ya que, merced a la cual, ha de poder maniobrar con facilidad el dedo índice explorador de los detalles anatómicos que citábamos anteriormente.

Vamos a dejar a este niño hipotético de que estamos hablando y al que hemos colocado en condiciones óptimas para la intubación, y hablaremos de algo tan importante, por lo menos, como aquella, y es el problema de ¿cuándo debemos intubar? ¿Cuál será el momento oportuno de realizar esta intervención? Contestaremos con el siguiente aforismo: "La mejor intubación es la que no se realiza"; esto quiere decir que en muchos niños que parece que necesitan ser intubados, se resuelve su asfixia con la aplicación de elementos físicos y medicamentosos, si éstos se aplican con constancia, tenacidad y energía.

Nosotros, para afirmar esto, nos apoyamos en la experiencia que da el enorme contingente de niños que hemos visto en el Instituto Municipal de Seroterapia, y así hemos apreciado que, en la mayoría de las ocasiones, aquellos niños que han alarmado al médico de cabecera y, sobre todo, a la familia, con síntomas estenosantes, que en los niños, por ligeros que sean aquellos, son siempre alarmantes, se ha resuelto la situación con el empleo de sedantes glóticos, que son: la *tranquilidad material y moral*, reposo en cama, aislamiento y separación de familiares plañideros, que excitan su sistema nervioso; *fomentación al cuello*, continuándola sin interrupción y con fe en su acción; *atmósfera ventilada, húmeda y balsámica* (calefacción

adecuada, agua en ebullición con hojas de eucaliptus, etcétera, nunca medicamentos sedantes). A esto se habrá antepuesto y se reiterará con amplitud *el tratamiento antidiftérico* a grandes dosis (véase los tratados clásicos y nuestra publicación "El médico práctico ante la difteria", 1933. Monografía publicada en EL SIGLO MEDICO), y no queremos dejar pasar la ocasión sin decir también la importancia de la profilaxis diftérica por la vacunación con la anatoxina de Ramón, procedimiento ya depurado por años de experiencia, que permite aceptarlo como medio profiláctico de primer orden.

De modo que ven ustedes cómo la mejor manera de evitar una intubación será hacer una buena profilaxis antidiftérica e instituir un tratamiento intensivo y precoz de todo proceso al que creamos sospechoso de naturaleza diftérica. Pero habrá casos en que los excelentes medios antiasfícticos descritos, aun usados con la pauta de tenacidad y fe que hemos reiterado, no podrán evitar la marcha progresiva del proceso estenosante, y esto lo conoceremos en que los síntomas de asfixia van en aumento.

No describiremos el triste cuadro del niño que se ahoga, pues en todos los libros está hecha la pintura de ese trágico acaecer, con la sinceridad del que no puede olvidar el haber sido testigo de ese terrible trance; únicamente insistiremos en dos series de fenómenos que acompañan al enfermo, y que se refieren a los fenóme-

retracción de las partes blandas del tronco, al ejercer sobre ellas la presión atmosférica una presión mayor que la del interior de la jaula torácica, que por deficiencias de ventilación tiene una presión menor que la atmósfera; es decir, en la jaula torácica, que es al fin y al cabo una máquina neumática, se producen deficiencias de canalización que establecen un vacío intratorácico, y sobre esa cámara en vacío y con paredes blandas y elásticas, la presión exterior actúa con su peso y las aplasta; por eso, los fenómenos somáticos de tiro se manifiestan principalmente en los espacios intercostales, que son las partes menos resistentes; luego van afectando a las partes más gruesas, como son las regiones inferiores del cuello, y, por último, el vientre, con toda su masa intestinal. Se ve en esos niños que el tórax y el vientre están como succionados. Pero aun en estos casos, por alarmantes que parezcan, no hay que desesperar, y hay que seguir vigilando con toda escrupulosidad, con constancia, con asiduidad, conviviendo con el niño para aquilatar bien sus síntomas, y no escatimar las actuaciones pertinentes, fundando siempre esperanzas en que la acción antitóxica del suero intensamente aplicado y la actuación antiestenósica, que hemos descrito anteriormente, resuelvan todavía la situación.

Únicamente cuando haya relajación de esfínteres (expulsión de orina y heces, etc.) tendremos marcado el tope de la contemporización y nos dispondremos a intubar sin esperar un momento más, pues aquel organismo perecerá si no se le permeabilizan entonces sus vías respiratorias. Lo mismo que en un feto se conoce, en un parto difícil, que está sufriendo, porque los esfínteres se relajan y el meconio sale al exterior, y entonces el tocólogo interviene mecánicamente para salvar aquel organismo que se ahoga, así, cuando el niño laringoestenósico relaje sus esfínteres y realice deyecciones involuntarias, entonces intervendremos intubando.

Volvamos otra vez a enfrentarnos con el niño hipotético que antes hemos dejado envuelto en una sábana, con la boca abierta con un abrebocas, sujeto por dos ayudantes, en la forma que hemos descrito prolijamente.

Elección de tubo.—Esta es generalmente fácil de plantear: los tubos están numerados generalmente; en el niño de tipo anatómico normal, de diámetros anatómicos normales, el número del tubo corresponde a la edad del niño; niño de un año, tubo número 1; de dos años, tubo número 2. Nosotros, cuando dirigíamos el Instituto Antidiftérico Municipal, teníamos también unos tubos algo más pequeños, que llamamos 01, 02, etc., para pequeñas laringes; pero generalmente con los tubos corrientes de las cajas del comercio se pueden resolver casi todos los casos. Se introduce el tubo en la laringe como lo están realizando ustedes en el "fantoma" (1), y cuya descripción es: insinuando el dedo índice izquierdo en la boca del paciente se sigue el dorso de la lengua hasta tocar la epiglotis y los cartílagos aritenoides (como se describió al comienzo de la lección), y habiéndose dado cuenta el operador del sitio donde tiene que introducir el

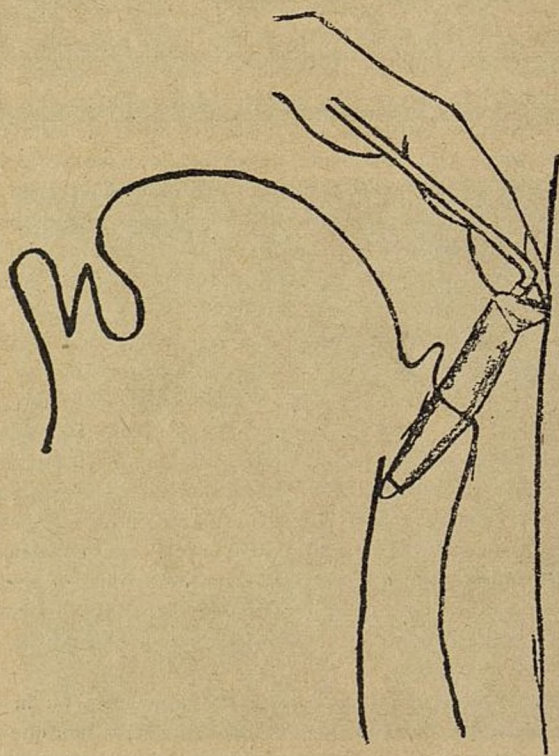


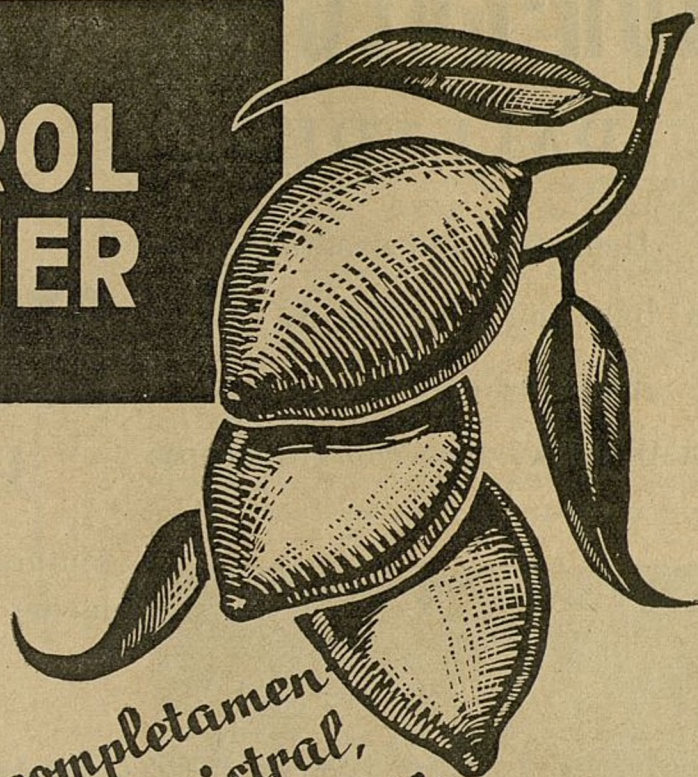
Fig. 3.a—El tubo laríngeo, llevado por el introductor, es abocado y ligeramente introducido en el vestibulo glótico, basculando ligeramente la punta del tubo hacia adelante; en este momento se separa el mandíl que sostiene el tubo.

nos de tiro y a la relajación de los esfínteres; hagamos algunas reflexiones sobre éstos, aunque anticipando que la aparición de los primeros indica que la respiración se realiza en precario, pero dará un margen de espera mayor o menor; la presentación de los segundos será siempre de inminente indicación operatoria.

Los fenómenos de tiro son, como ustedes saben, la

(1) Durante esta lección, y bajo la dirección del doctor Javier de Silva, realizaron todos los alumnos la intubación laríngea en el fantoma cuya fotografía acompaña.

Bi-CITROL MARINIER



*Sustituye completamente
a la fórmula magistral,
a base de Citrato de Sosa, pues
to que representa para el Médico,
el ideal de la medicación citratada
que es de aplicación cotidiana.*

MUESTRAS Y LITERATURA:

E. BOIZOT. { Luis Cabrera, 47. - MADRID.
Salmerón, 247, pral. - BARCELONA.
Av. del 14 de Abril, 16. - VALENCIA.

ION-CALCINA

PALLARES

Laboratorio M. FALLARES
Plaza Mosén Sorell, 6
VALENCIA

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

STROPHANTUM

PALLARES

Tintura de estrofantus, especialmente preparada y exactamente dosificada

CALCIBRONAT

SANDOZ

Calcio-bromo-lactobionato

En el Calcibronat se halla reforzada sinérgicamente la acción del bromo por la del calcio, y con la asociación de estos dos fármacos se obtiene un efecto especial sedativo y neurotónico a dosis mitad menor que la corriente.

CALCIBRONAT

Granulado.

Soluble en cualquier bebida y de sabor agradable.

CALCIBRONAT

Tabletas efervescentes.

Con un vaso de agua producen una bebida deliciosa.

CALCIBRONAT

Ampollas de 5 y 10 cc.

Perfectamente toleradas por vía intramuscular y endovenosa.

PARA LITERATURA Y MUESTRAS DIRIGIRSE A LA

OFICINA CIENTIFICA "SANDOZ"

Niceto Alcalá Zamora, 18

::

Apartado 1036

tubo, seguridad que garantiza su dedo índice, que no se ha separado de esta región, hace penetrar el introductor con el tubo en su extremidad hasta poner éste en contacto con el extremo del dedo índice izquierdo; entonces éste coloca la punta del tubo entre la epiglo-

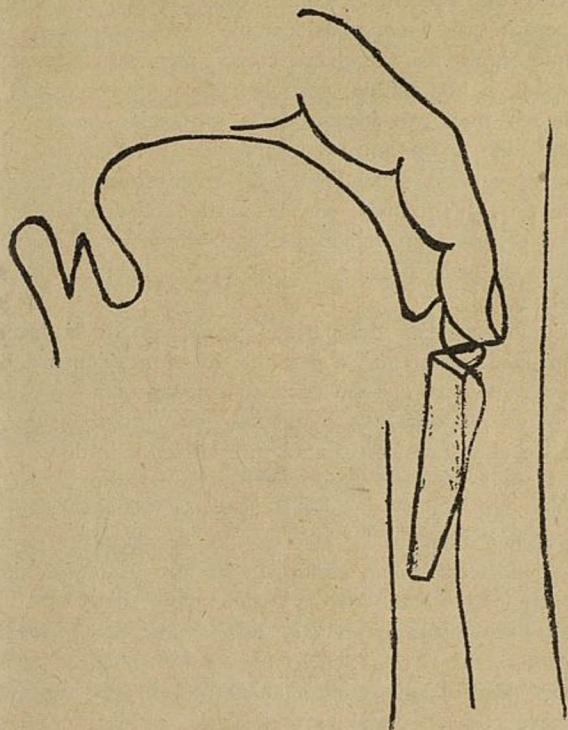


Fig. 4.a—El dedo índice izquierdo ha empujado el tubo que va desapareciendo en la glotis, no quedando accesible más que el pabellón o porción ensanchada.

tis y los cartílagos aritenoides, y lo aboca, ayudado, claro es, con movimientos complementarios de la mano derecha, que tiene el introductor por el mango y que obedece las indicaciones del dedo índice izquierdo (fig. 3.a). Hay que hacer notar en esto la particularidad de que el vestíbulo glótico tiene una situación más vertical que horizontal, es decir, que es "ventana y no pozo", y, por consiguiente, el abocamiento de la extremidad del tubo tendrá que hacerse siguiendo una dirección de atrás adelante, y no solamente de arriba abajo. Realizado este abocamiento, pasa rápidamente el dedo índice al pabellón o porción ensanchada del tubo, e impulsando éste lo despegga del mandril, que es retirado con el introductor mientras el dedo índice empuja al tubo, que va desapareciendo en la laringe hasta no quedar accesible más que su pabellón (fig. 4.a).

Si el tubo correspondiente a la edad del enfermo no entrase con facilidad después de haber sido correctamente abocado a la hendidura glótica, no se deberá jamás emplear demasiada energía en conseguir su penetración, antes al contrario, se intentará la intubación con un tubo más pequeño, y así hasta conseguir que el tubo definitivo sea aquel que se envaine en la laringe mediante solamente una moderada presión del dedo.

Restablecida de este modo la respiración del sujeto, hecho que se aprecia enseguida por el ruido especial del aire al pasar libremente por el tubo colocado, y poco después por el rápido mejoramiento de la asfixia, y dejando pasar cierto tiempo hasta asegurarse que el tubo no es expulsado por los golpes de tos que suelen acom-

pañar a estas maniobras, nosotros realizamos sistemáticamente la colocación a través de una fosa nasal del hilo fiador que ha sido atado al tubo, y para ello introducimos una sonda uretral de goma por la nariz hasta la faringe, allí cogemos con una pinza su extremidad y la sacamos fuera de la boca, para atar aquélla a la extremidad del hilo fiador; entonces, al sacar la sonda de la nariz, arrastra también el hilo, que es fijado en una oreja con esparadrapo. Así, el hilo podrá permanecer todo el tiempo que dure la intubación, por largo que sea, sin temor a producir decúbitos, como suelen producirse en las comisuras labiales cuando el hilo sale por la boca, ni a ser cortado por los dientes, como pasa casi siempre en este último caso.

El hecho de no prescindir nunca del hilo fiador es para tener siempre pronta la extracción del tubo, hecho que se realiza mediante el hilo con prontitud, seguridad e inocuidad, que no nos las dan ni la ingeniosa y razonable maniobra de Bayeux, ni la brutal, difícil e insegura de los llamados *extractores*.

Para impedir que el niño pueda tirar del hilo, arrancándose el tubo, hay diversas maneras de sujetar sus bracitos; la más razonable, por no causarle molestia al-



Fig. 5.a—Sujeción de los brazos del intubado con cilindros de cartón que impiden al niño flexionar los brazos y alcanzar el hilo fiador. Este sale por una ventana nasal y es sujetado a una oreja.

guna, es embutir sus brazos en unos cilindros de cartón que inmovilizan en extensión la articulación del codo, pudiendo permanecer de esta manera todo el tiempo que sea necesario, sin ningún contratiempo en su tierna contextura.

Ya tenemos al niño correctamente intubado. ¿Qué puede pasar?

Pues puede pasar lo más agradable: que aquel niño empiece a respirar, que los fenómenos de tiro se despejen, que los tegumentos se coloreen, y que un ambiente de optimismo substituya a los momentos dramáticos que hemos estado viviendo. Esto pasa en el mejor de los casos.

Pero puede suceder con relativa frecuencia otra cosa: que el niño, inmediatamente después de introducido el tubo, cesa bruscamente de respirar, y cae en un estado de colapso y de muerte aparente, y esto tiene cierta lógica, porque en este acto forzamos con un cuerpo duro una laringe estrechada e inflamada, y así como en la laringe sana y normal se verifica el fenómeno conocido por *paradoja laríngea* (que nosotros hemos sido los primeros en hacer resaltar y que describiremos en la próxima lección), la laringe enferma puede experimentar una exacerbación de sus reflejos, el más temible de los cuales es la inhibición cardiorespiratoria, durante la cual desciende el pulso y se paralizan los movimientos respiratorios.

Este fenómeno, no infrecuente, es más grave en apariencia que en realidad: todo el que realiza la intubación laríngea deberá tener en cuenta la posibilidad de que puedan presentarse; para prevenirlo convendrá, siempre que sea posible, aplicar alguna inyección de aceite alcanforado antes de intervenir, sobre todo si el enfermo está agotado por haberse presentado la asfixia en el curso de enfermedad que lleve alguna duración; cuando, a pesar de todo, se presenta esta especie de "choc inhibitorio", no deberá perder el médico ni un momento su presencia de espíritu, y con calma terminará con toda minuciosidad la correcta colocación del tubo en la glotis, para después de haber asegurado de esta manera el libre paso del aire, realizar las maniobras de la respiración artificial y estimulantes cardíacos, que siempre tendrán éxito. Son numerosos los casos de nuestra actuación en el Instituto de Seroterapia, en que se ha terminado de intubar a niños aparentemente muertos, sin pulso ni respiración, y que han vuelto a la vida al cabo de más o menos tiempo; claro es que en estos momentos angustiosos es cuando el médico debe tener absoluta autoridad sobre los que le rodean, para que todas las maniobras salvadoras se realicen a su tiempo y bien; entonces comprenderá en todo su valor la importancia de haber separado de la presencia del enfermo a sus familiares, los cuales, con sus lamentos, imprecaciones y posibles intromisiones, pudieran sembrar el desorden y la desmoralización e impedir, por lo tanto, la correcta y rápida realización de las eficaces maniobras salvadoras.

Otro accidente que puede ocurrir en el momento de intubar es la obstrucción del tubo por los exudados (falsas membranas, moco, etc.). Este contratiempo es fácil de reconocer, pues se nota que falta por completo el ruido especial que produce el paso del aire, y que acompaña siempre a la colocación del tubo en la laringe, hecho que se aprecia desde el instante de envainar el tubo, después de desprendido del mandril, y que es ostensible hasta en la respiración artificial. La resolución de aquel accidente (obstrucción del tubo) es facilísima: basta tirar del hilo fiador, extraer el tubo, limpiarlo y volverlo a colocar.

Ya está el niño intubado, ya está respirando; todo es optimismo y alegría en los que le rodean, y que creen que ya el niño está salvado; el niño empieza a dormir, y de su cara va desapareciendo la mueca trágica de la asfixia.

Hay que reaccionar contra este excesivo optimismo, y pensar que, a pesar del cambio de decoración, el paciente sigue casi tan grave como antes. Aquel niño no morirá ya por asfixia, pero le rodean una infinidad de peligros, unos procedentes de la intubación misma, que, como todo procedimiento terapéutico, tiene su pro y su contra, y otros dependientes de la enfermedad productora de los síntomas, con la posible concomitancia de otros procesos infectivos que ensombrecen considerablemente el pronóstico, y de los cuales hablaremos más adelante.

Como accidente del período de estadio de la intubación puede pasar que, a pesar de lo admirablemente dispuesto que esté el tubo para su permanencia, *se expulsa* en un golpe de tos, y además, que el tubo *se obstruya*. En el primer caso habrá que volver a intubar, y en el segundo (mucho más grave), se destubará rápidamente para volver a intubar, después de haber limpiado cuidadosamente el tubo de las substancias (exudados, placas, etc.) que obstruyan su luz. Actuando siempre en lo que hemos llamado "complejo maternal".

El niño intubado *no debe estar nunca sin vigilancia facultativa a su lado*. Esto es indispensable, y supone buena dosis de abnegación en el médico que se dedica a estas cosas, ya que el realizar la intubación no supone más que una mínima parte de la actuación personal activa del facultativo en estos casos.

Alimentación.—La alimentación se tendrá que hacer siempre por sonda, y ello es lógico, a saber: al colocar al niño el tubo en su laringe hemos permeabilizado su glotis, pero le hemos desprovisto de las demás funciones. El niño no puede hablar, la laringe intubada no puede defender al aparato respiratorio de los agentes exteriores, queda abierta en los movimientos de deglución, circunstancia que habremos de tener en cuenta para hacer pasar los alimentos sin que toquen a la faringe; esto se logra con una sonda. El procedimiento que usamos es introducir una sonda uretral blanda por la nariz, y a través de ella administramos la alimentación conveniente. Esta ha consistido siempre en leche con café y bastante azúcar, administrada cada tres horas como máximo. Esta alimentación simple y reparadora tiene que hacerse pensando en que hay que respetar los emuntorios, y de ahí la simplicidad de sus componentes.

Destubación.—¿Cuándo debemos quitar el tubo? Cuando no sea ya necesario. Esto, naturalmente, es un aforismo que en su misma facilidad tiene el inconveniente. ¿Cuándo sabemos que un niño intubado está en condiciones de quitarle el tubo? Con exactitud, nunca; naturalmente, si el niño mejora, si vemos que ceden los síntomas objetivos (placas, etc.), que el niño está alegre y que su estado general va hacia la franca normalidad, con estos requisitos, nuestra estadística nos dice que del tercero al cuarto día de permanencia del tubo en la glotis ya se puede realizar la destubación, que será siempre de tanteo, es decir, que nunca realizaremos una destubación sin estar preparados para intubar otra vez si es necesario.

Los jalones de una intubación normal serán: a), aquilatación del momento de la intervención; b), intubación; c), período de estadio (mientras se cura el proceso causante de la estenosis, y d), destubación.

Esto pasa casi siempre en los procesos diftéricos de gravedad media y puede pasar en los muy tóxicos, si el tratamiento ha sido precoz e intensivo. Pero hay procesos asfícticos producidos, no sólo por la difteria, sino por procesos asociados a la difteria, en los que este ciclo no se verifica de esta manera sistematizada.

La difteria grave, hipertóxica, no tratada en sus comienzos con energía, puede, además de lesionar órganos nobles (corazón, riñón, hígado, etc.), producir una estenosis laríngea rebelde, con fenómenos mecánicos (placas) y espasmódicos. En este caso, el período estenósico será más largo que en los procesos diftéricos corrientes, y la estadía del tubo en la laringe será mayor.

Sin embargo, hemos de decir que en nuestras estadísticas no figura la difteria hipertóxica como causa frecuente de fenómenos asfícticos.

Donde existen las complicaciones más graves de las estenosis laríngeas infantiles es en los procesos asociados de difteria con escarlatina, con coqueluche y con sarampión. La coqueluche no produce nunca por sí sola fenómenos asfícticos; la escarlatina, raras veces.

Únicamente la infección sarampionosa hemos visto que sea capaz por sí de producir fenómenos estenósicos que sean justificables de una intervención operatoria.

Así como en álgebra, menos más menos es igual a más, en patología se sabe que "enfermedad menos grave" más "enfermedad menos grave" igual a "enfermedad gravísima". Y esto es razonable, ya que una enfermedad, por leve que sea, polariza en un sentido determinado específico las defensas orgánicas que desatienden otros sectores orgánicos, inermes a una nueva invasión patógena. Toda enfermedad diftérica en un escarlatinoso, en un sarampionoso, en un coqueluchoideo es de una gravedad extraordinaria, porque tiene como consecuencia desgraciada muy frecuente la aparición del proceso bronconeumónico, unido a los síntomas laríngeos estenosantes, con acentuadísimo carácter de gravedad.

Ahora bien, ¿qué debemos hacer, desde el punto de vista de la intubación laríngea, en estos enfermos graves, en estos enfermos de procesos asociados de estenosis laríngea con procesos bronconeumónicos graves?

Sobre esto es necesario hacer ciertas reflexiones y emitir conceptos muy sopesados.

Empezaremos por repetir lo que hemos dicho: si todo proceso bronconeumónico siempre es grave, la enfermedad bronconeumónica, unida a un proceso estenósico laríngeo, devendrá una resultante gravísima. Por eso, en todo enfermo que tiene limitada su aptitud respiratoria por dificultades de arribo de aire a los pulmones y por limitación de su campo respiratorio (proceso inflamatorio broncopulmonar), obtendremos de la intubación consecuencias que podrán ser positivas y negativas.

Las secuelas de tipo negativo serán las que se derivan de la colocación de un cuerpo extraño (tubo laríngeo) en las vías aéreas de un aparato respiratorio infectado (bronconeumonía); este cuerpo extraño metálico actuará con su sola presencia, irritando y agravando

do *in situ* y a distancia la infección concomitante, ya que su presencia producirá reacción local con exudados, que caerán por la acción de la gravedad a las vías respiratorias bajas, ya encharcadas en humores nocivos; además, la supresión del pilorismo glótico determinará una mayor labilidad del aparato respiratorio, precisamente cuando son más necesarias a éste todas sus defensas.

Pues a pesar de todas estas consecuencias, nuestra experiencia en estos gravísimos casos nos dicta que el factor positivo que supone el mayor arribo de aire al órgano pulmonar es de importancia tal, que justifica la realización de la intubación, a pesar de lo descrito en el párrafo anterior.

Nuestro deber, pues, en los bronconeumónicos laringoestenósicos será el intubarlos para asegurarles el mayor índice de entrada de aire en la unidad de tiempo.

Las maniobras de la intubación en estos casos tienen que revestir cierta modalidad. En estos enfermos, todos ellos gravísimos, podrán pasar con más facilidad esos contratiempos de que antes hemos hablado, y que se refieren principalmente a la parálisis cardiorrespiratoria por inhibición bulbar, obstrucción del tubo por exudados, etc.; hay que pensar en que las maniobras que se hagan a estos enfermos han de tener mucha más gravedad que las que se realizan a un enfermo diftérico corriente; hay que prevenir esto, y no se intubará a ninguno de estos enfermos sin administrarle tónicos cardíacos (aceite alcanforado, etc.) antes de la intervención.

Asimismo, en el estadio de la intubación habrá que tener extraordinario cuidado en realizar escrupulosamente todos los cuidados que hemos citado anteriormente, y que se refieren a la alimentación, reposo, fomentación, atmósfera húmeda y medicación intensiva específica y sintomática.

Vamos, para terminar, a estudiar otras complicaciones, y éstas se refieren a la necesidad de una excesiva permanencia del tubo, sobre todo si esto coincide con la desaparición o disminución ostensible de los fenómenos morbosos generales.

Al niño que ya se encuentra con buen estado general se le intenta destubar varias veces, y se ve que no puede respirar destubado. ¿Qué puede pasar? No puede pasar más que una cosa o, por lo menos, nosotros no hemos visto más que una causa, y esta es la producción de neoformaciones orgánicas que disminuyen la luz glótica. Muchos autores citan también como posible causa de estenosis tardía postoperatoria la parálisis de las cuerdas vocales; pero nosotros creemos que estas afirmaciones están hechas sin comprobación clínica, ya que en nuestra larga práctica laringológica no hemos visto que la parálisis de las cuerdas vocales pueda en ningún caso impedir el arribo de aire necesario para la respiración de un individuo en reposo. La llamada posición cadavérica de las cuerdas vocales, resultado de su parálisis, deja siempre una hendidura capaz para la respiración moderada del sujeto.

La explicación de la producción de mamelones estenosantes la da muchas veces el proceso infectivo asociado, que acompaña a la laringostenosis y que coloca al organismo en condiciones de labilidad extrema, lo que es causa de que la estancia del tubo en la

laringe produzca úlceras por decúbito en este órgano que, al cicatrizarse, lo hacen exuberantemente con producción de mamelones vegetantes que obstruyen la luz glótica. ¿Qué conducta es la lógica a seguir en estos casos? Reflexionemos un poco y consideremos una región orgánica en tubo (órgano laringotraqueal), donde hay una estrechez orgánica (mamelón cicatricial). ¿Qué hacemos en otros tubos orgánicos—la uretra, por ejemplo—, cuando está estrechada? Cortamos la estrechez y dejamos una sonda en el sitio de la incisión para que la cicatrización se haga según molde.

En la laringe no hará falta cortar ni extirpar quirúrgicamente la estrechez, pues ésta es todavía blanda y modelable; bastará con dirigir la cicatrización bajo férula todo el tiempo que sea necesario, hasta que el proceso cicatricial haya terminado. ¿Qué mejor férula que el tubo de Bouchut-O'Dwyer, que es un verdadero molde del interior del órgano laríngeo? Con él puesto sobre los mamelones y las úlceras, y con *paciencia, tenacidad y abnegación* ("complejo maternal") se esperará a que el ciclo cicatricial haya terminado. Sin embargo, muchos autores dan la pauta de que después de varios fracasos de destubación, debe de realizarse la traqueotomía; la justificación de este proceder no resiste a una crítica razonada, en efecto: después de la traqueotomía, los mamelones cicatriciales quedan sin control y terminan en cicatrices duras y de implantación viciosa que estenosan a *perpetuidad el órgano*. Además, la laringe *queda en reposo*, y este reposo que citan como elemento seductor de "restitutio ad integrum" es precisamente un gravísimo factor negativo, ya que por este reposo el órgano laríngeo queda sujeto a la ley biológica que tiende a la atrofia de los órganos que no funcionan; de modo que con la traqueotomía se realiza una cicatrización anárquica y se disminuye progresivamente la aptitud funcional del órgano. De ahí esas laringes convertidas en un bloque macizo de tejido conjuntivo, que hemos tenido ocasión de ver en niños traqueotomizados en esas condiciones y condenados de por vida a respirar por su ostomía traqueal.

Nuestra estadística de intubados a larga fecha se refiere a unos 40 casos, uno de ellos con cuatro meses de permanencia del tubo en su glotis, todos ellos seguidos de correcta respiración laríngea al cabo de más o menos tiempo de permanencia del tubo en su delicada laringe, sometidos, como es natural, a los prolijos y pacientes cuidados generales y locales que su especial estado requería. He ahí la única dificultad de este camino a seguir, la continuidad y persistencia en los cuidados de que hay que rodear a estos delicados seres.

En "complejo arrivista" se dirá: "¿Cuánto más fácil y de menos responsabilidad postoperatoria es la traqueotomía! Se les coloca la cánula y ya casi se puede uno desatender del enfermo." Pero en el contacto con la infancia doliente no hay que ser así, sino seguir el camino lento y premioso de la prolijidad de detalles terapéuticos y maternos que llevan con mucha más seguridad al éxito.

¿Es que la traqueotomía debe de quedar siempre rechazada en estos casos? No es lícito afirmarlo así, pues, puede haber, aunque muy raramente, procesos agudos estenosantes duros (flemones leñosos, etc.), infranqueables al mecanismo de la intubación y en los que sea in-

dispensable la abertura traqueal para resolver el problema asfíctico.

LABOR DOCENTE ACTUAL DEL AUTOR SOBRE LOS ASUNTOS QUE SE TRATAN EN LA LECCIÓN PRIMERA

Cursillos sobre *Intubación laríngea* en el Instituto de Puericultura y Maternología (Primer Consultorio de niños de pecho).—Espada, 9.—Madrid.

Los años 1934 y 1935, cursillos abreviados en la Facultad de Medicina de Madrid.

PUBLICACIONES DEL AUTOR SOBRE LOS ASUNTOS EXPUESTOS EN LA LECCIÓN PRIMERA

La lucha social contra la difteria.—(Comunicación a la Academia Médicoquirúrgica Española, 1914.) Este trabajo sirvió de base para la organización por el autor del Servicio Antidiftérico Municipal de Madrid (Asistencia sistematizada en las Casas de Socorro y Fundación del Instituto Municipal de Seroterapia).

Consideraciones sobre algunos casos de Crup.—(Comunicación a la Academia Médicoquirúrgica Española, 1915.)

Consideraciones sobre la permanencia del tubo en los intubados.—*Archivos Españoles de Pediatría*, 1919.

Estudio crítico de la intubación laríngea.—*EL SIGLO MEDICO*, 1928.

El médico práctico ante la difteria y sus complicaciones. Intubación laríngea.—Monografías. SIGLO MEDICO, 1930.

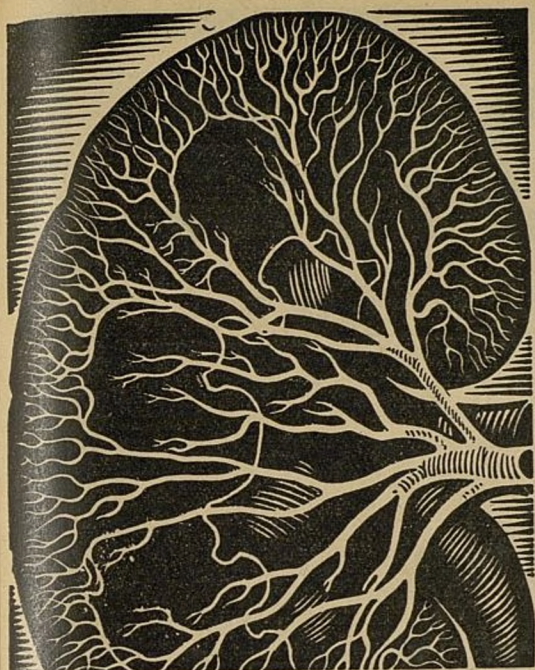
Acción del psiquismo sobre la secreción interna de las glándulas sexuales de los animales machos

Por el Dr. E. STEINACH

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

En los números 6 y 7 del corriente año del semanario vienés *Wiener Klinisches Wochenschrift* ha publicado el conocido Dr. Steinach un trabajo completo sobre "Historia y acción de las secreciones internas de las glándulas sexuales masculinas". La mayor parte de sus capítulos se refieren a hechos o ideas más o menos conocidos de los médicos que prestan atención a estos asuntos, pero hay algunos de ellos que son absolutamente inéditos. Entre ellos está el tercero, que se refiere a la acción del psiquismo sobre la secreción interna de las glándulas sexuales masculinas, basado en estudios experimentales llevados a cabo en los animales. Todos saben cuánto las secreciones internas influyen sobre lo psíquico, pero se había estudiado poco o nada la inversa, y los trabajos de Steinach demuestran que también lo psíquico influye en la función y en la morfología de las glándulas de secreción interna. He aquí cómo ha procedido:

Lotes de 10 ratas machos, de unas cuatro semanas de edad, se separan de sus progenitores y se aíslan en cajas especiales, donde no ven ratas hembras de ninguna clase. A los cuatro o cinco meses se comienza a estudiar su madurez sexual, para lo que se les pone en contacto con ratas en celo. Todos los machos están excitados, buscan las hembras, miran a los demás machos como competidores y enemigos y cubren las hembras. El contacto

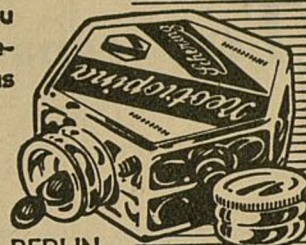


Pielitis Cistitis



En estas afecciones, como en todas las de naturaleza infecciosa-inflamatoria del aparato urogenital, proporciona la Neotropina los mejores resultados debido a su acción antiséptica, su poder de penetración y su efecto sedante en las inflamaciones.

ENVASE ORIGINAL:
Frasco con 30 grageas de 0.1 gr.



SCHERING - KAHLBAUM A. G. BERLIN

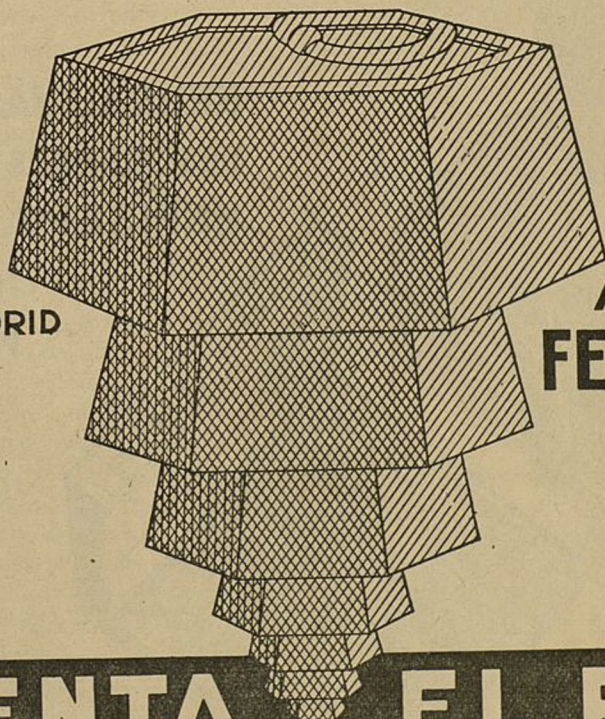
NEOTROPINA

SUSTANCIA COLORANTE BACTERICIDA

PRODUCTOS QUIMICOS SCHERING

Apartado 479, Madrid — Apartado 1030, Barcelona

BIOTRIGON



Delegacion
6, Calle Larra. MADRID

ELIXIR
A BASE DE
FENU GRIEGO

AUMENTA EL PESO

ÆTHONE

PODEROSO SEDATIVO, no TÓXICO

Tos espasmódica

Tos Ferina

Tos de los Tuberculosos

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

*Dolor
para mí no existes!*

• POSIDONIUS •



SODIODINE

YODURO SÓDICO ESTABILIZADO EN SOLUCIÓN AL CENTÉSIMO

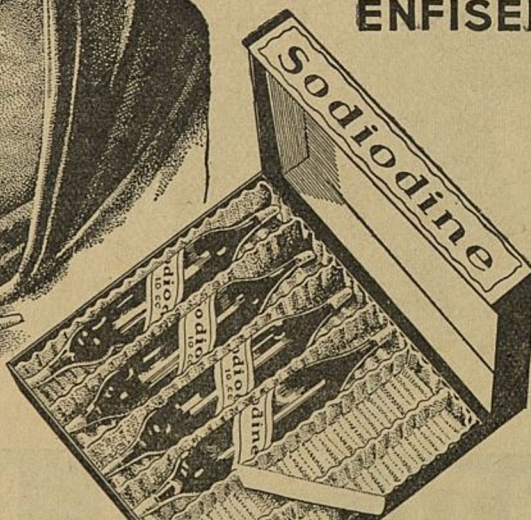
2

NEURALGIAS REBELDES
DESÓRDENES CIRCULATORIOS
ENFISEMA PULMONAR
HIPERTENSION
MICOSIS

2

DOSIS
1 à 2 ampollas por 24 horas

2



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

LABORATORIOS CORTIAL, 7 RUE DE L'ARMORIQUE, PARIS

de ratas de distinto sexo se limita a breve espacio de tiempo, para evitar su erotización, y enseguida se procede a practicar su laparotomía, encontrando bien desarrollados los testículos, vesículas seminales y próstata.

Repitió el autor las pruebas alargando el tiempo, y vió que, a partir de los seis meses de aislamiento, la masculinización de los machos padecía. El momento de iniciarse la alteración cambiaba de unos individuos a otros, siendo su mínimo de seis, y su máximo, de nueve meses. Los animales que habían permanecido ese tiempo aislados de las hembras presentaban en mayor o menor grado los síntomas de eunucoidismo corrientes. Al colocarlos al lado de hembras no se excitaban, sino que permanecían apáticos; los otros machos no se estimaban como enemigos, y al mismo tiempo se comprobaban signos somáticos de regresión de las glándulas sexuales, palidez y disminución de volumen de vesículas seminales y de próstata, detención y pérdida de la espermatogénesis y degeneración de las células específicas del testículo, con integridad de los restantes órganos y aparatos.

Lograda esta pérdida de las apetencias sexuales y consiguiente alteración somática de las glándulas, inició el autor la erotización psíquica de estos eunucos artificiales, y para ello colocó en jaula separada por tela que les hacía invisibles un macho y una hembra en celo. El macho no veía a la hembra, pero la oía. Al cabo de pocos días se notó que los machos cambiaban de conducta; su apatía cedía el puesto a una marcada excitación, daba vueltas alrededor de la jaula, procuraba trepar por las paredes para buscar a la hembra, y esto cada día con más intensidad. A los pocos días se quitó el tabique, y el macho se comportó con todo su vigor sexual frente a la hembra y frente a otros machos rivales. Sólo la acción psíquica provocada por las sensaciones olfatorias había bastado para devolverle su actividad sexual. El examen histológico de los órganos sexuales de estas ratas machos demostró su normalidad absoluta.

Estas experiencias han sido repetidas siempre con el mismo resultado, comprobándose así—a juicio del autor—la poderosa influencia de los procesos psíquicos sobre las secreciones internas de las glándulas germinales, procesos que vigilan y evitan su decadencia. Las vías por donde en estos animales se propagan las excitaciones son: nervio olfatorio, centro cortical del olfato, vías descendentes y centros sexuales de diencéfalo, médula oblongada, bulbo y médula espinal y de los diversos centros de estas regiones se propagan por vía simpática y parasimpática a las glándulas sexuales, provocando vasodilatación de las miomas, con hiperemia y excitación consiguiente de sus funciones; las hormonas así formadas excitan a su vez los centros nerviosos, y se forma el círculo continuo. Es posible que en este círculo se encuentre incluido el lóbulo anterior de la hipófisis. Todo ello demuestra a Steinach la poderosa influencia de lo psíquico sobre el proceso puramente orgánico, y le induce a pensar que está indicada la psicoterapia bien dirigida, para combatir ciertas alteraciones hormonales.

En resumen: lo comprobado por Steinach no hace más que confirmar el viejo refrán español, tan del gusto de los que hacen votos de castidad, que se refiere a la lujuria, y que dice así: "Déjame un mes, y yo te dejaré tres."

BIBLIOGRAFIA

TRATADO PRÁCTICO DE LA TUBERCULOSIS, por los doctores *Hanns Alexander*, médico jefe del Sanatorio de Agra, y *Gustav Baer*, médico jefe del Dispensario Antituberculoso de Munich. Un tomo de 476 páginas, con 242 ilustraciones. Traducido y corregido por el señor Domenech Llorens. Editorial "Labor". Plaza de la Independencia, número 4. Precio, 36 pesetas. 1935.

Nunca mejor que en el caso presente se ha podido titular con gran acierto de verdad y justicia un libro, ya que este "Tratado práctico de la tuberculosis" corresponde en todo él a aquellas dos palabras: tal es el modo con que los autores, eminentes especialistas de la materia, tratan de todos los puntos de la tuberculosis con una extensión precisa y con una claridad necesaria al médico rural y al estudiante de Patología médica, para quien parece esta obra estar hecha a la medida.

Alexander y Baer han dividido este "Tratado práctico de la tuberculosis" en tres grandes y extensos capítulos: el primero de ellos, debido a la pluma del jefe del Sanatorio suizo de Agra, es un completo estudio del bacilo, de las fuentes y vías de infección por que penetra el mismo, y de toda la clínica, diagnóstico y tratamiento de la misma; la parte segunda, realizada por Baer, trata de la lucha y prevención de esta enfermedad; y la tercera, también realizada por el primero, estudia de manera maravillosa la infección tuberculosa extrapulmonar, de modo que prueba el gran valor clínico del autor.

La edición, perfecta y cuidadísima, como todas las que realiza la gran editorial que es la Casa "Labor". La traducción, muy acertada.—J. H. S.

PROCESOS GRIPALES SEUDOTUBERCULOSOS, por los doctores *Tapia y J. Tapia*.—Biblioteca monográfica de enfermedades del aparato respiratorio y tuberculoso. Ediciones "Revista Española de Tuberculosis". Alcalá, 84, Madrid. 14 pesetas.

Son numerosas las colecciones monográficas publicadas en diferentes idiomas que, en forma sintética, contribuyen a divulgar entre los médicos el progreso de los que trabajan en clínicas y laboratorios.

La aparición de esta "Biblioteca Monográfica de Enfermedades del Aparato Respiratorio" se hace con la aspiración de ofrecer la información más completa y cuidadosa posible, juntamente al fruto personal del trabajo y medicación de los autores.

Esta monografía sobre *Procesos gripales seudotuberculosos* es la primera de la serie, que reúne en su fondo suficiente bagaje científico y moderno para no suponerse la mera obra de divulgación; es, al mismo tiempo, aplicación práctica inmediata por el médico ante sus enfermos.

Sus autores, los Dres. Manuel Tapia Martínez y José Tapia Sanz, presentan las investigaciones radiológicas en las enfermedades agudas en su relación con la tuberculosis, de gran valor, ya que en la mayor parte de las enfermedades infecciosas se observan síndromes que, radiológicamente, recuerdan a la tuberculosis.

Insisten en que la placa radiográfica no da sombras,

que en modo alguno pueden considerarse específicas de tal o cual enfermedad.

Revisan la importancia del comienzo pseudogripal de la tuberculosis, ya que, ante las complicaciones respiratorias de la gripe que simulan la tuberculosis, se delimitan síndromes a incluir en el cuadro de esta enfermedad. Ponen de manifiesto la importancia y valor de las anginas en relación con la tuberculosis pulmonar.

Proponen como clasificación de estos procesos gripales la siguiente, fundada en datos clínicos y radiológicos:

Neumonías de evolución atípica. Formas bronconeumónicas, divididas a su vez en cuatro subgrupos: las que simulan el complejo primario; las que simulan el infiltrado precoz; las que reproducen el cuadro de infiltración hiliar, y la bronconeumonía y neumonías nodulares confluentes y miliarees diseminadas. Formas pleuríticas.

Terminan esta excelente monografía con el estudio de las formas ganglionares gripales aisladas y asociadas a la tuberculosis, y la valoración de los elementos de diagnóstico diferencial, así como su terapéutica.

Lujosa monografía en contenido científico, radiográfico, casuística y editorial, condiciones que merecen franco éxito los autores y la editorial.—M. A. C.

PERIODICOS MEDICOS

R. WEISSMANN-NETTER.—*La solución de quinina y urea como agente de tratamiento de las colecciones líquidas no supuradas.*

En 1934 (*La Presse Médicale*, 2 mayo), Blavier emplea una solución de clorhidrolactato de quinina y urea al 25 por 100 en agua glicerínada para el tratamiento local del hidrocele vaginal; consigue la curación completa después de punción, evacuación e inyección *in situ* de 5-10 cc. de tal solución, según cantidad de derrame, y generalmente con una inyección, previa reacción local ligera.

Fundados en el método de Blavier, hemos tratado hidroceles vaginales con éxito; pero faltándonos la solución aconsejada, hemos empleado la solución acuosa de clorhidrato doble de quinina y urea al 5 por 100, que se emplea en el tratamiento de hemorroides, según Bensaude.

Asegurados de su inocuidad, previa experimentación animal, hemos tratado:

Seis casos de hidrocele, uno bilateral; dos quistes de cordón, inyectando de 3 a 10 cc. de la solución doble de quinina y urea, consiguiendo la curación en quince días a seis semanas. Una inyección ha bastado, salvo en un caso que precisó repetir. La crisis reaccional, observada a veces, no retarda la curación. Sólo en un caso el enfermo manifestó dolores a distancia en el trayecto iliolumbar.

Seis casos de hidrartrosis simple de etiología imprecisa; un caso de hidrartrosis de origen gonocócico; un caso de hidrartrosis recidivante postraumática; dos hemartrosis traumáticas; un caso de artropatía tabética con gran hidrartrosis; un caso de hidrartrosis tuberculosa, primer estado de un tumor blanco, y dos casos de reumatismo crónico de ambas rodillas, de etiología

dudosa. En todos estos casos el derrame desapareció con una sola inyección en la mayoría de los casos, o después de la repetición de las inyecciones, en dos, tres o cuatro veces. No faltaron casos de reacción transitoria. Sólo un caso aquejó dolores intensos después de la inyección.

Dos casos de bursitis, con un éxito y un fracaso.

Dos casos de derrames pleurales, que por su escaso número no fijamos conclusiones.

Los resultados conseguidos nos hacen pensar que este tratamiento se puede aconsejar en las locaciones diversas de derrames orgánicos: pericarditis exudativas, quistes y, acaso, algunas ascitis. Ahora bien: esta medicación es sintomática, y en nada modifica las afecciones causales. (*Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*. París, 27 enero 1936. 3.^a serie, LII año, núm. 2, pág. 58.)—M. A. C.

MASMONTEIL.—*De la tolerancia a los cuerpos metálicos o contribución a un estudio de la osteosíntesis.*

El autor, después de fijar la dificultad que representa el problema de la tolerancia a los cuerpos extraños y de hacer un estudio amplio de las condiciones biológicas, mecánicas, químicas y físicas de los mismos, y de pasar detenida revista a un buen número de observaciones, hace las siguientes conclusiones:

La prótesis metálica deberá ser: 1.º, inerte biológicamente, asepsia absoluta; 2.º, inerte mecánicamente por un montaje correcto y un ajustado preciso; 3.º, inerte químicamente, inoxabilidad; 4.º, inerte físicamente, homo e isoléctrica.

Si estas condiciones se cumplen en todos sus puntos, la prótesis será muy bien tolerada.

No sólo desaparecen los trastornos de osteolisis—osteitis, abscesos, fístulas—, sino también los trastornos osteoplásticos.

Es posible—sigue—que un día se descubra, al nivel del material de prótesis, la emisión de radiaciones, ya conocidas o todavía ignoradas, capaces de determinar reacciones orgánicas felices o nefastas, pero esto es aún el secreto del porvenir. Actualmente, si nos reñimos sólo a las nociones establecidas, es posible realizar un material que disminuirá considerablemente los accidentes e incidentes de la osteosíntesis, y es esto una adquisición no inútil del todo para la cirugía ósea. (*La Presse Médicale*, núm. 95, pág. 1.916, 27 noviembre 1935.)—J. H.

PINARD y CORBILLON.—*Importancia de la enfermedad de Basedow para el descubrimiento de las sífilis familiares.*

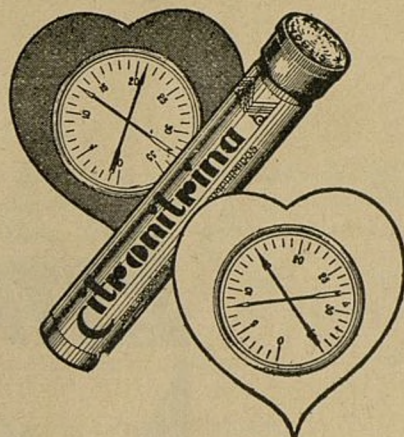
La enfermedad de Basedow puede encontrarse en relación causal con una sífilis adquirida, pero lo habitual es que lo esté con la hereditaria. La interesante historia familiar que refieren los autores en este trabajo permite remontarse del nieto al abuelo materno, para explicar un Basedow de la madre. La sífilis hereditaria observada en un muchacho procedente de un abuelo materno tabético y aórtico ha permitido explicar las causas del hipertiroidismo de la madre.—(*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, año LI, núm. 12, IV-935.)—T. B.

*Para sus hipertensos
y arterioescleróticos.*

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

Citronitrina

Vergés & Oliveres



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

ESTREÑIMIENTO

Lactolaxine Fydau

COMPRIMIDOS DE
FERMENTOS LÁCTICOS
LAXANTES

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

*1 a 3 Comprimidos
por día.*

MEDICAMENTO LAXANTE
IDEAL PARA NIÑOS,
ADULTOS Y ANCIANOS.

LABORATORIOS ANDRÉ PÂRIS
PARIS - FRANCE

Muestras: Alejandro Riera, Agente General
Napoles 166 BARCELONA

SAUVILLÉ

SECCION PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

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

SUMARIO.—SECCIÓN PROFESIONAL: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—ACADEMIAS Y SOCIEDADES.—Contra el paro médico, por el Doctor Ariete.—Julio Méndez, por el Dr. Bartolomé Bosio.—Sección oficial.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Tertulia.

BOLETIN DE LA SEMANA

Oposiciones

Se encuentran en plena actividad los ejercicios de oposición a las vacantes anunciadas de médicos de Asistencia Pública Domiciliaria. El Colegio de Médicos de Madrid, el local de la Asociación de Titulares, el Ministerio de Trabajo... se ven concurridísimos de opositores y curiosos. Es pronto aún para adelantar un juicio sobre estas oposiciones, y únicamente nos limitamos a decir que, por ahora, los Tribunales, sin ser excesivamente rigurosos, son lo bastante para que se suspenda buen número de aspirantes.

También se celebran con gran animación las oposiciones para odontólogos y otorrinolaringólogos de los Institutos de Higiene. Se comenta con alabanza la actitud del ilustre Prof. D. Antonio García Tapia, que preside el Tribunal de su especialidad. Muy distintamente se comentan cosas del Tribunal de odontólogos. Ni lo uno ni lo otro nos sorprende.

Homenaje del Ejército y la Marina
al Dr. Gómez Ulla

En los días de la próxima semana se verificará el homenaje que tributan el Ejército y la Marina de Guerra al eminente cirujano militar teniente coronel D. Mariano Gómez Ulla, con motivo de la concesión, como caso especial, de la gran cruz del Mérito Militar con distintivo blanco, por su labor sanitaria en las Instituciones armadas.

El homenaje consistirá en la entrega de la citada condecoración y de una placa de plata, repujada por el artista capitán D. José Rivera, objetos ambos ofrecidos por recaudación voluntaria entre militares y marinos.

La placa lleva la siguiente dedicatoria: "Al Excelentísimo Sr. D. Mariano Gómez Ulla. Médico militar. Homenaje de admiración, gratitud y cariño que las Instituciones armadas de tierra, mar y aire, en todas sus categorías, dedican al eminente y abnegado Doctor, gloria de la Cirugía. Firma: España."

La ceremonia de la entrega revestirá gran solemnidad.

Los médicos diputados en la nueva Cámara

Según las listas proporcionadas en el Congreso serán 31 los médicos diputados de la nueva Cámara. He aquí sus nombres:

Señores Pérez Urriá, Escribano, Martín de Nicolás, Albiñana, Méndez Martínez, Salvador Madero, Fernández Hernández, Julián y Gil, Bermejillo, Marcos Cano, Pérez Martínez, Pozas, Lis, Escolano, Compani, Seras, Calvo, Ortega Martínez, García Muñoz, Blanco Rodríguez, Peñamaría, Fernández Mato, Martín Romera, Sarmiento, Laredo, Aguadé, Trabal, De Miguel, Bolívar, Pardo Gayoso y Fernández de la Bandera. Total, 31.

Se advierte desde luego que, siendo personas todas ellas estimabilísimas, no figuran esta vez entre los médicos diputados nombres altisonantes de la clase como en las Constituyentes, y falta entre ellos algún sanitario de renombre que figuró en el último Parlamento.

A nosotros no nos asusta la falta de personajes de relumbrón, y esperamos de estos señores que acaso sea más práctica su labor en el aspecto sanitario que la que derivó de las anteriores representaciones de la clase médica.

También figura entre los diputados el practicante Sr. Dorado y varios farmacéuticos, y se dice que algún diputado médico tiene el pensamiento de convocar a sus compañeros de profesión para resolver sobre la ley de Sanidad, que debe ser uno de los proyectos más inmediatos de discusión en el Congreso.

La gestión del nuevo Subsecretario

Con plausible acierto, el Sr. Bolívar se ha dedicado en estos primeros días de su gestión a inspeccionar Centros e Instituciones sanitarias, al propio tiempo que a resolver cuestiones de personal y a organizar las nuevas Juntas provinciales de Beneficencia.

Se insiste en los centros médicos y sanitarios en afirmar que D. Cándido Bolívar tiene el firmísimo propósito de actuar desde su cargo en defensa de la justicia y de la paz entre los sanitarios españoles. En este aspecto estaremos siempre a su lado, y deseamos sinceramente que su propósito avance lo más posible, pues creemos que es de urgente necesidad por el bien de la clase médica.

En nosotros no le faltará al nuevo subsecretario ni apoyo para lo justo ni sugerencias para lo que pudiera pasarle inadvertido, como lo prueba la campaña que hoy inicia en nuestras columnas el batallador Dr. Ariete.

DECIO CARLÁN.

ACADEMIAS Y SOCIEDADES

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA (1).

Presidencia: Dr. Antonio Cospedal
(Sesión del 6 de marzo de 1936.)

RADIOCINEMATOGRAFÍA, por el Dr. Emilio Larru.

Aunque el problema de la cinematografía roentgen se encuentra hoy, si bien bastante avanzado, no resuelto del todo, su solución definitiva está aún muy lejos; es natural que al decir esto me refiero a la solución de índole práctica, merced a la cual podamos hacer uso grande del mismo en la clínica y la cátedra, ya que desde ambos puntos de vista tiene un interés primordial. Desde el pedagógico, la dinámica de los órganos del cuerpo humano, puesta de manifiesto de una manera gráfica, nos permitirá el estudio detenido y metódico de datos que en la hora actual nos es imposible obtener; así, tenemos, por ejemplo, los diferentes actos de la digestión, dinámica circulatoria, movimientos articulares y dinámica respiratoria.

Desde el punto de vista clínico, son muchos los ejemplos que se podrían exponer; pero limitándonos sólo a algunos, recordemos el recorrido esofágico; aunque hoy día parece se observa éste con toda perfección, no es así, ya que en algunos casos de procesos con localización en cardias, con los métodos habituales, nos quedamos con ciertas dudas de la existencia o no de una lesión orgánica o, por el contrario, es solamente el espasmo la causa de ciertos trastornos; la cinematografía nos dará imágenes que darán un diagnóstico firme.

Antes de pasar a exponer la película de radiocinematografía que el eminente Prof. Gotteiner le ha enviado, el autor de la comunicación dice va a exponer algunos datos de la evolución de la cinematografía roentgen, para que todos puedan apreciar así las dificultades existentes para la realización de la misma y su gran mérito.

La importancia de la cinematografía fué vista casi desde el descubrimiento de los rayos X, ya que, corriendo el año 1896, el médico escocés Mac Inray compuso de varias radiografías del muslo de una rana una película cinematográfica; más tarde, Guillemont, Grustner, Kaestl, Rieder y Lomon en años posteriores han seguido estos trabajos, resolviendo pequeñas cuestiones. Los progresos se hicieron más evidentes merced a la aparición en las técnicas radiográficas de las pantallas, de los tubos, capaces de soportar grandes tensiones, y más que nada, del de Coolidge.

Groendel fué el encauzador del procedimiento directo valiéndose de la película en rollo, y a continuación describe con toda minuciosidad la técnica seguida por este autor para obtener la película; a causa del gran coste y de la necesidad de hacer una reducción de las placas, este método no ha obtenido una gran difusión.

Habla a continuación de los trabajos de Janker y de Smit a base de películas sonoras en el hombre, y dice algunas de las dificultades halladas, tales como la perturbación inductiva, debida al instrumental Roentgen.

(1) AVISO IMPORTANTE.—Desde el número próximo se suprimirán en EL SIGLO MEDICO las informaciones directas sobre la labor de la Academia Nacional de Medicina con el fin de evitar posibles interpretaciones de dependencia que pretendan interponerse en nuestros juicios críticos. En adelante, si algún señor Académico desea que se de cuenta de su intervención en las sesiones, deberá remitir nota de su actuación solicitando, en carta por él suscrita (no B. L. M.), a nuestro Director, que se publique la información que remite.—LA DIRECCIÓN.

Termina diciendo cómo futuros perfeccionamientos harán a este método de un gran valor, y dice cómo Sankes, en el IV Congreso Internacional de Cinematografía Científica, ha vuelto a tratar del método indirecto, obteniendo imágenes de la pantalla fluoroscópica. Describe también el aparato tomavistas en película ordinaria radiocinematográfica realizado por Van Maclem. A continuación pasa un interesante film radiocinematográfico de los movimientos circulatorios y diafragmáticos.

Dr. Enrique Slocker.—Por razón de haber presentado películas quirúrgicas hace ya tiempo en esta misma Academia, puedo decir cuál es el gran valor didáctico de las mismas, pero también cuánto es el gran coste de ellas, lo que impide su difusión, igual en los Hospitales que en las Facultades de Medicina. Por estas razones cree debe irse a la formación de un archivo internacional de films científicos, donde se puedan obtener copias para todo el mundo de forma mucho más económica.

Este servicio de centralización debe llevarse a cabo por medio del Comité de Cinematografía de la Sociedad de las Naciones.

Estima la necesidad de que las películas sean sonoras, y hace mención de breves detalles de realización técnica de las mismas.

Prof. Antonio de Simonena y Zabalegui.—Dice cuánto es el interés didáctico y clínico que estas películas tienen, y dice cómo en la expuesta por el Dr. Larru la punta de corazón aparece a la derecha, lo cual, a su juicio, es defecto de importancia; igualmente dice en cuanto a la rotación del sujeto para poder apreciar el espacio retroaórtico: el movimiento debe ser más lento, y la fiereza del sujeto, absoluta.

Cree que, al igual que la cinematografía artística, debe centralizarse por el gran valor clínico que tiene, y a este respecto, dice cómo él realizó unas siendo catedrático en unos enfermos, en los que logró apreciar algo no visto antes de la misma por medio de una exploración clínica detenida.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS ABSCEOS PULMONARES, por el Dr. A. Perera.

Comienza diciendo cómo hasta hace muy poco tiempo el tratamiento de los abscesos pulmonares era totalmente médico, y cómo la intervención de la cirugía en la terapéutica de los mismos es cosa relativamente reciente. El, antes de decir nada más, quiere dar a la Academia la nota de sus operados, que son hasta ahora 57, y de los cuales no se han producido otros fallecimientos que los debidos a complicaciones.

Cree de interés primordial la topografía del absceso, y hace una breve descripción de donde asientan éstos por regla general, valiéndose para ello de una sencilla gráfica.

Dice cómo hay que dejar pasar la fase aguda, y después un mes por ver si se verifica la curación espontánea del mismo. Primero, si se decide la intervención, hay que delimitar los límites del mismo por medio de punción; se hace luego la abertura directa y se coloca el clásico tubo de desagüe.

Para la más perfecta localización, a su juicio, hay dos métodos muy buenos: uno de éstos es la inyección intratraqueal, y el otro, la radiografía interoscópica.

Dice cuán conveniente es usar en esta intervención el bisturí eléctrico, ya que resguarda de las hemorragias pequeñas.—J. H. S.

ACADEMIA MEDICOQUIRURGICA ESPAÑOLA

Presidencia. Dr. V. M. Noguera

(Sesión 9 de marzo 1936.)

CATATONIA EXPERIMENTAL Y LESIONES ANATOMOPATOLÓGICAS, por el Dr. Mariano Górriz.

Las antiguas experimentaciones llevadas a cabo por los Dres. Henry y Joug, consiguiendo la producción con la bulbocarpina—purina extraída de la Condalis Cava—en animales de un cuadro semejante al cuadro catatónico de la esquizofrenia humana, abrieron un campo nuevo a los investigadores que buscaban una patogenia tóxica en los cuadros esquizofrénicos humanos.

La semejanza del cuadro clínico de la esquizofrenia catatónica con el cuadro que se presenta en los animales después de la inyección del tóxico citado abunda en nuestra manera de ver.

Górriz, en colaboración con el joven investigador Pedro Rodríguez Pérez, y utilizando la bulbocarpina y la harmina, han logrado, sobre todo con la primera, reproducir en gatos los síntomas fundamentales del proceso catatónico. En la película que proyectan como complemento de la comunicación, y que se halla tomada de gatos catatónicos, se aprecian los síntomas cardinales establecidos por el Prof. De Joug. Tales son la pérdida de la iniciativa motriz, el negativismo pasivo, el mantenimiento de las posiciones impuestas, la salivación y los ataques convulsivos.

En cuanto a la harmina, Górriz y Rodríguez Pérez creen que la explicación al hecho de la tendencia a andar hacia atrás debe buscarse en el hipertono predominante de las extremidades anteriores, que hace que el animal, apoyándose en ellas, resbale hacia atrás.

El cuadro histopatológico también es estudiado por los autores, sobre todo lo correspondiente a la neuroglia. Hay evidentes destrucciones en la fibrosa, con la cromatodeudrosis típica. En la neuroglia protoplásmica se pone de manifiesto la destrucción microclematósica, fenómeno éste ya descrito anteriormente por Górriz y Rodríguez Pérez.

En cuanto a la patogenia de las lesiones, experiencias independientes de Rodríguez Pérez, en colaboración con Herrera, han podido evidenciar que las citadas alteraciones podrían ponerse en relación con un edema cerebral existente.

La película, aparte de su interés científico, ya anotado, ha sido realizada por Rodríguez Pérez, y ella le acredita de magnífico técnico cinematográfico. Tal es la perfección de planos y de imágenes de la misma, que hasta ahora no habíamos logrado ver en ninguna de las de esta índole.

PARTICULARIDADES CLÍNICAS DE LOS INSUFICIENTES AÓRTICOS.—LOS FALSOS AÓRTICOS, por el Dr. Guijosa.

A pesar de la aparente seguridad para el diagnóstico que presenta el síndrome de la insuficiencia aórtica, hay casos en que la ulterior evolución de los enfermos nos convence de nuestro error al valorar los síntomas que presentaban. Seis casos muy demostrativos presenta el Dr. Guijosa. Uno de ellos trata de un enfermo que presentaba palpitaciones y disnea de esfuerzo, con tos hacía dos años, y en el que la exploración mostró salto arterial bilateral, pulso saltón, tensión, 12/5 y latido de empuje, síntomas todos que, unidos a los antecedentes

reumáticos del sujeto, inclinaban al diagnóstico de síndrome de Corrigan. Sin embargo, no se halló ningún soplo cardíaco en ningún foco. En cambio, se encontraron síntomas de una condensación bronconeumónica tuberculosa. Por el resto de la exploración se llegó al convencimiento de que se trataba de un estigmatizado vegetativo, tuberculoso pulmonar con neurosis basedowide. Es decir, que se trataría de un falso aórtico típico, cuya sintomatología circulatoria había que referirla al tiroides y sistema vegetativo y no a la aorta. El otro caso trataba de un pulmoníaco, que presentaba unas tensiones de 14/3, sin soplos cardíacos de insuficiencia aórtica, y cuya tensión se hizo normal al curar el proceso pulmonar. Aquí cabría achacar la tensión diferencial aumentada a los reflejos vasculares vivos del sujeto, puestos en movimiento por el eretismo cardíaco que la fiebre de la neumonía determinó. Otro era un enfermo con disnea de esfuerzo, palpitaciones y dolores angoroides, todo ello en un terreno diabético. Se percibe intenso salto vascular en cuello, arterias temporales y humerales. No se encuentra soplo diastólico en ningún foco cardíaco. Soplo sistólico suave en foco aórtico, con ausencia del segundo tono en dicho foco. Presiones, 16/0. Se sigue oyendo el tono auscultatorio sin hacer presión con el manguito. Este síntoma de Simpson es para el comunicante patognomónico de insuficiencia aórtica. Pulso capilar evidente y doble soplo cural de Durosiez. Se comprobó en la necropsia una lesión de Hodgson típica. A pesar de ello, nunca se percibió soplo diastólico, lo que ocurre a veces cuando la lesión de las sigmoideas, como ocurría en este caso, es enorme.

En estos casos de insuficiencia aórtica sin soplo diastólico nunca falta la ausencia del segundo tono aórtico, y el signo de Simpson, que sirven para hacer el diagnóstico. En el otro caso presentado, el enfermo tenía palpitaciones y ligera disnea de esfuerzo; las tensiones eran de 12 y 6 $\frac{1}{2}$; sólo había un ligero salto vascular en cuello, y se auscultaba un soplo diastólico suave, aspirativo, en el borde izquierdo del esternón, casi inaudible en el foco aórtico. A pesar de este poco elocuente síndrome periférico y de auscultarse el soplo diastólico fuera del foco aórtico, se trataba de un Corrigan, insistiendo el comunicante en la necesidad de pensar en la insuficiencia aórtica, siempre que se oiga un soplo diastólico suave, aspirativo, sea el que sea el foco en que se perciba. En otro enfermo se trataba de un linfocarcoma de mediastino que, comprimiendo aorta, llegó a determinar la producción de un soplo sistólico en dicho foco, rudo, de estenosis, lo que no ha visto descrito el comunicante en la literatura que conoce. Todo esto, nos dice Guijosa, nos indica claramente la existencia de falsos aórticos (insuficiencias y estenosis) y de aórticos difíciles de diagnosticar. Por ello no se debe hacer sin más sinónimo de insuficiencia aórtica la hipotensión diastólica considerable, como yo lo indicé Gallavardin al hablar de las hipotensiones diastólicas falsas. Ello es debido a que en la génesis de esta hipotensión no juega el principal papel el reflujo por las sigmoideas insuficientes, sino el de las zonas reflexógenas de Hering, que, excitadas por la oleada sistólica, determinarían la vasodilatación periférica engendradora de la hipotensión de mínima. Y esta excitación de las zonas de Hering se podría determinar por la neurosis vegetativa de un hipertiroidismo, por el eretismo cardíaco de la hiper-

temia, etc. Por tanto, para diagnosticar una insuficiencia aórtica es necesario tener en cuenta todo el cuadro sintomático y no hacerlo solamente por uno solo de los síntomas, por muy patognomónico que parezca.

Dr. Tomás Barraquer.—Hace al comunicante un breve recuerdo de la existencia de hipertensión en la escleritis aórtica.

PRESENTACIÓN DE UN CASO DE ÚLCERA DE LA CÓRNEA, CURADA POR UN MÉTODO DE INJERTOS CONJUNTIVALES, por el *Dr. Barraquer.*

Es evidente que la úlcera de la córnea es una de las afecciones contra la cual se puede luchar con un gran número de medicamentos, y no los citaré todos, ya que todos los conocen. Hay casos en que ninguno da el resultado apetecible: son úlceras estas que se extienden, unas veces en superficie e invadiendo el campo pupilar y amenazando por sí mismas y por el glaucoma que las sigue la transparencia de la membrana y, por lo tanto, la función visual, o que aumentan invadiendo tejidos cada vez más profundos y amenazan con la producción de una perforación de córnea, que expone a complicaciones tan terribles como el enclavamiento del iris o del cristalino, y después, por lo tanto, a la catarata traumática.

Son varios los casos donde todos los tratamientos habían fracasado, y que he tratado por este método con felices resultados; y, a causa de muchos pacientes ser forasteros, y también por lo que les molesta el exhibicionismo, no los he traído a menudo para que los vierais. El procedimiento de revestir con colgajos de conjuntiva, previamente separados de la esclerótica, y aprovechando la elasticidad de la membrana escleral, ha sido realizado por Morax y Axenfeld, si bien nadie lo ha hecho en heridas asépticas. A continuación expone algunos datos de técnica y el caso tal y como curso de la enferma que presenta, que se halla curada.

Dr. Marín Amat.—El tratamiento de las úlceras graves de la córnea, entre las que ocupa el primer lugar la llamada serpeginosa, es de lo más ingrato, como lo demuestra el sinnúmero de medicamentos, de aplicación tanto local como general, y de técnicas que se han propuesto para su curación.

Ello es debido a que la córnea no posee absolutamente ningún tejido retículoendotelial (como el cartílago), y, por tanto, sus medios de defensa contra las infecciones son casi nulos y muy escasa la actividad reparatriz de sus pérdidas de substancia.

Nosotros hemos sido de los que más han contribuido en España al tratamiento de la úlcera serpeginosa de la córnea con nuestros trabajos sobre el clorhidrato de quinina, las inyecciones de leche por vía intramuscular, subcutánea y subconjuntival, y, por fin, con el mercurcromo, que venimos usando desde hace casi un año en nuestras clínicas del Hospital Provincial, y que supera a todas las medicaciones empleadas hasta el presente. Lo hemos empleado en más de 50 casos, sin haber perdido ni un solo ojo.

Dentro de la extraordinaria gravedad de las úlceras serpeginosas de la córnea, se había observado que detenían su marcha invasora y destructora y comenzaba el período de reparación en tres circunstancias: primera, cuando llegaban a la periferia de la córnea; segunda, cuando se perforaban, y tercera, cuando se vascularizaban. La explicación que se daba con respecto a la pri-

mera circunstancia era la mayor resistencia de la córnea en la periferia, por la mejor nutrición, merced a las asas capilares allí existentes. En relación con la segunda, se decía que al producirse la perforación, la salida constante del humor acuoso, y por el simple hecho mecánico, lavaba y desinfectaba la úlcera, así como la mejor nutrición de la córnea en estas condiciones. Y respecto a la tercera, se admitía que los capilares sanguíneos llegados a la úlcera llevaban los elementos de defensa (leucocitos, plasma, etc.), a la vez que los de reparación de las pérdidas de substancia.

Hoy se sabe, gracias a los interesantes trabajos acerca del sistema retículoendotelial del ojo por las escuelas alemana e italiana, que dicho tejido es el encargado de realizar la antiseptia natural contra las infecciones, a la vez que de suministrar los elementos indispensables a la reparación de los tejidos, y que sólo se encuentra en los sitios donde existen capilares sanguíneos, faltando, por tanto, y de un modo absoluto en la córnea, si bien, y como compensación, es muy abundante en la conjuntiva y en el iris. Por tanto, la explicación ya está dada: son los elementos del tejido retículoendotelial que acompañan a los capilares normales (asas periféricas) o anormales (úlceras antiguas) de la córnea, o del iris, en casos de enclavamiento, los que producen el milagro de detener la marcha destructora de estas úlceras y de producir su curación.

No es de extrañar, por tanto, que la observación de los fenómenos naturales llevasen a los oftalmólogos a proporcionar a estas úlceras los elementos de defensa y de reparación por el camino más sencillo, el del recubrimiento conjuntival, y esto es lo que dice ha ideado el Dr. Barraquer. Ahora bien: esto ya lo había inventado Kuhnt en el año 1898, y su discípulo, el Dr. Rubrecht, de Brujas, que lo ha venido practicando, lo ha vulgarizado en una importante comunicación a la Sociedad Francesa de Oftalmología en 1931.

Además, existe una fundamental diferencia entre la técnica descrita por el Dr. Barraquer (recubrimiento total de la córnea por la conjuntiva, suturada en bolsa) y sobre una úlcera infectada, contraria a las reglas de la Cirugía, y la seguida por Rubrecht (colgajo conjuntival en forma de puente sobre úlcera detergida, limpia y perforada de fuera adentro con bisturí convexo), con lo que, bajo una norma quirúrgica irreprochable, suma la acción antiséptica y nutritiva de la conjuntiva a la del iris, en la desinfección y reparación de tan graves úlceras de la córnea.

El término injerto tampoco es apropiado, puesto que se trata de plastias a colgajos más o menos grandes, y no de porciones libres de tegumento, que es lo que significa la palabra injerto.—J. H. S.

CONTRA EL PARO MÉDICO

I

Introducción a una campaña de prensa.

Amigo lector: si tu pasión o tu curiosidad te llevan a la lectura de estos artículos con la esperanza de encontrar en ellos una campaña tendenciosa, revanchista, de ataques y persecuciones personales, de violencias de lenguaje o de intenciones inconfesables, no sigas adelante, porque tu desengaño será completo.



AGAROL

Emulsión original de aceite mineral
y agar - agar con fenoltaleína.

REGULADOR FISIOLÓGICO DEL INTESTINO

Se incorpora íntimamente al contenido intestinal. Da al bolo fecal la consistencia y la plasticidad normales. Estimula suavemente la peristalsis sin provocar espasmos.

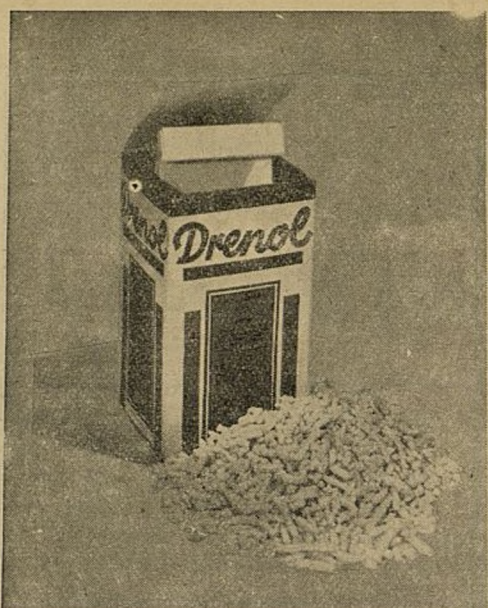
INDICACIONES: Todas las formas de estreñimiento en todas las edades. Pereza intestinal en el curso del embarazo y durante el período de la lactancia. Atonía intestinal de los ancianos.

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

Para literatura y muestras gratuitas dirigirse a:

LABORATORIO Y COMERCIO SUBSTANCIA, S. A.

Apartado 410 - Barcelona



DRENOL

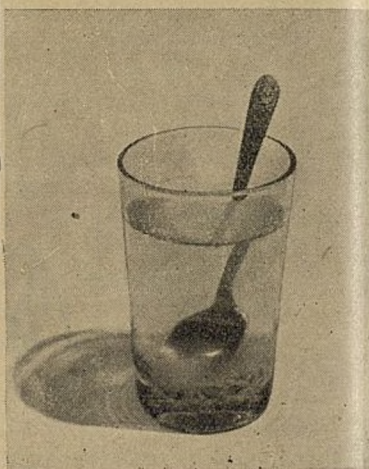
ASOCIACION DE SULFATO MAGNESICO
PEPTONA Y MENTA

Indicadísimo para las
afecciones hepáticas y
vías biliares en general



INSUSTITUIBLE PORQUE:

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



DRENOL

Fábrica de Productos Químicos y Farmacéuticos

ABELLO

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

AGENTES EXCLUSIVOS PARA ESPAÑA:

Hijos de HONORIO RIESGO, S. A.

CALLE MAYOR, 7, MADRID

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.

Soy un hombre de condición liberal y de independencia de criterio hasta el límite máximo. Una larga experiencia en convivir con las clases médicas españolas me da derecho, ante mí mismo, para emprender con un esfuerzo sincero y leal algo que se impone hoy como suprema necesidad en beneficio de todos nosotros.

Esta campaña nace de un firme convencimiento, que, a su vez, es hijo de las tristísimas realidades en que se desenvuelve la vida del médico español por los difíciles años que atraviesa nuestra patria.

Es verdad que a la condición de médico se une en mí persona el ser un luchador político; pero no es menos cierto que, dentro de la política y conservando mi lealtad a los ideales en que comulgo, gozo de la más completa independencia, porque nunca sería capaz de aceptar como bueno lo que fuera obra de un partido, si yo lo juzgara perjudicial para el país o para la clase médica.

Por eso conservaré el incógnito, si no me obliga cualquier inesperado accidente a desvelarlo.

El convencimiento del que nace esta campaña que hoy emprendo, es el tristísimo de que, con bien escasas excepciones, cuanto es hoy vida médica nacional resulta malo, francamente malo para el país, para la sociedad y para la clase.

No se trate de anteponer a esta aseveración mía la salvedad de las tres o cuatro cosas estimables que pudieran hallarse en la vida médica española actual. Sería una puerilidad sin consecuencia práctica. Hay que decir, en primer término, que tenemos que planear de nuevo todo el edificio de la enseñanza, del ejercicio profesional, de la organización sanitaria y de la moral médica. No hay que contar para nada con lo existente. No hay que recurrir, si queremos hacer obra salvadora, a ninguno ni a ninguna de las organizaciones actuales. Una sola esperanza queda y un solo material con que edificar lo por venir. Esta esperanza y este material lo constituyen la juventud, y para ayudar a salvarla y no dejarla hundirse en esta miseria moral y material en que se debate toda nuestra vida médica es para lo que escribo estos artículos.

A la juventud no se la puede continuar diciendo ni un minuto más que cuanto pasa es posible que pase, porque al escucho y al convencimiento de esta lección va sumándose a las generaciones médicas que son hoy las culpables sin perdón del estado de nuestra clase.

Por eso será cándido suponer que yo vaya en estos artículos a emprenderla con socialistas o monárquicos, con cedistas o republicanos más auténticos, contra don Fulano o contra don Zutano, y las culpas que cometieron. Nada de esto será el norte de mis artículos. El norte de mis artículos será decir a las juventudes médicas que abran el corazón a la esperanza, que sumen sus esfuerzos a impedir que continúe la obra de farsa que está royendo los cimientos de las organizaciones médicas españolas, y que está convirtiendo a los que debieron ser hombres de ciencia y de clínica y de administración en masas de intrigantes y logreros de puestos y cubileteadores de subvenciones, enchufes, situaciones políticas y presupuestos, que son una vergüenza moral y que han dado en tierra con el prestigio de la clase médica española.

Hay que decir a todos esos innumerables médicos parados que acuden a las oposiciones y los concursos en ver-

dadera avalancha para la conquista de un mendrugo de pan, que no es ése el camino; que no hay que mendigar Tribunales, influencias, ni inscribirse en tal o cual asociación de derecha, de izquierda o de centro, para conseguir, después de una placita de entrada, ir sumando y acumulando sueldos, gratificaciones, indemnizaciones, para llegar a los cuarenta o cincuenta años con una masa de dinero mensual que permita apenas vivir con la camisa limpia y dos principios en la mesa, pendiente siempre de halagar a jefes despóticos e incompetentes o a situaciones políticas fugaces y vengativas, olvidando toda labor seria y digna, para la cual se comenzó una carrera de la más alta significación social.

Pero al par que decir esto, tengo que hablar francamente, por lo mismo que urge la consecución de nuestro propósito. Hay que atacar el estado actual de las cosas, hay que someterse rígidamente a decir la verdad sin velo alguno; hay que señalar las causas y los casos, donde sean y cuales sean, sin respeto a ninguna consideración política ni social. Hay que decir claramente el porqué del paro forzoso de los médicos. Hay que señalar a los burladores de la ley y de la ética administrativa y profesional. Hay que descubrir a los cuocos desvergonzados, a los enchufistas, a los acumuladores, a los injubilables, a los escaladores del momio y de la prebenda a cambio de inconfesables correspondencias.

Hay que hacer todo esto, porque si no lo hiciera leal y francamente, la juventud no me creería el resto.

Han pasado ya los tiempos de las habilidades.

Todos deben ceder ante la justicia y el bien común.

Con esta teoría no hay tendencia política que no resulte beneficiada.

Quienes creen que basta afiliarse a un partido para tener de él la protección a todos los desafueros contra la ley y contra la moral profesional habrán podido vivir así hasta ahora; pero yo les aseguro que no podrán continuar la comedia.

Si alguno de los que habrán de caer a los golpes de esta campaña, por obra de una justicia sacrosanta, se creyera que la habilidad de exhibir un marchamo político dentro de mis ideologías pudiera servirle de escape, que no cuente desde ahora con ello. Yo estimo que los ideales en que comulgo son tan altos y pueden ser de tan supremo valor para el bien de la patria, que lo primero a que me obligan es a conservar dentro de las masas que los confiesan la mayor rectitud de conducta. Por eso, nadie debe asustarse cuando parezca señalado con el dedo porque su conducta le ha hecho acreedor a tal señalamiento. Antes que nada hay que convencer a la juventud de que detrás del ideal no va una garra ambiciosa ni avarienta, sino un corazón levantado y noble y una vida pronta al trabajo y al sacrificio.

Como final de esta introducción he de añadir que no persigo el daño de nadie ni la guerra con nadie, y que el máximo empeño de mi esfuerzo está en lograr la cordialidad y la paz entre los médicos españoles, porque sólo dentro de esta cordialidad y de esta paz cabe el verdadero progreso de la clase, y, no hay que engañarse: el estado íntimo de la comunión médica española es el de una guerra civil feroz y sin cuartel, guerra a todas luces repugnante, porque es doblemente fratricida entre compatriotas y entre compañeros. Contra

este estado, que nadie se atreverá a negar en la actualidad médica española, no puede oponerse sino un sistema de sacrificio y de lealtad en todos, y esto es lo que pido, y lo que, si no se me concede, intentaré arrancar como sea y a quien sea. Hay que trabajar por la ciencia médica española. Hay que trabajar por el ejercicio profesional médico en España, noble, digno y moralmente desarrollado. Hay que dar de verdad la mano al compañero, y no procurar aplastarle con todos los medios que hoy se emplean, sometiéndole a la miseria por no saber aguzar las armas de la traición o del servilismo.

No hay que alborotarse ante lo que diga, que ha de procurar ser siempre razonable y documentalmente probado; lo que hay que hacer es convencerse de una vez de la imposibilidad de mantener un estado de cosas que nos arruina y envilece a todos y acogerse a la corrección sinceramente, porque esto es lo único que nos salvará de la condenación pública.

En fin, y antes de entrar en materia, pido a todos cuantos se interesen en esta campaña la ayuda con su consejo y su advertencia y el señalamiento de cuestiones y casos que puedan escapar a mi comentario a lo largo de los artículos siguientes. Sólo una condición pongo: *que no se moleste nadie en escribirme si no acompaña la prueba documental de lo que afirma, con cita de textos, fechas de disposiciones y puntualizado su asunto.*

No quiero el escándalo de un fuego de pólvora. Lo que pretendo es que cuanto se señale a las autoridades o a la Cámara como digno de corrección no pueda rectificarse por nadie. De otro modo no daría un paso en este asunto.

DR. ARIETE.

JULIO MÉNDEZ

POR EL

Dr. BARTOLOMÉ BOSIO

He pasado por la Sala X del viejo Hospital de San Roque (hoy Ramos Mejías), teniendo la ocasión de seguir durante varios años a este formidable trabajador de la ciencia médica. Y he seguido después, desde el medio rural en donde he ejercido profesionalmente, su labor, con detención y cariño. Conozco lo que se ha denominado su escuela. Hoy, lejos del entusiasmo juvenil, con cierto dominio para pensar, después que otros más allegados al maestro han disertado sobre su importante labor de investigador y de clínico, yo, un oscuro y modesto médico práctico, que ha aprendido a su lado, también voy a aportar algunas consideraciones para poner de relieve la importancia de este hombre de ciencia de nuestro país.

EL INDIVIDUO; EL MEDIO EN QUE ACTUÓ

Méndez es un maestro de la Medicina. Ha aportado a nuestra ciencia y arte un concurso original y fecundo. Ha trazado un nuevo rumbo. Se ha distinguido sobre todo en el tan importante y siempre debatido problema de la inmunidad, y, en consecuencia, de las enfermedades infecciosas y su tratamiento, fundado en la biología.

Hombre de talento, estudioso de buena ley, llevando en sí mismo, en su interior, eso que él descubriera muchas veces en algunos de sus discípulos voluntarios, el "fuego sagrado", la inquietud, el deseo vehemente e im-

pulsante de saber, de descubrir, de desentrañar, le tocó vivir en época propicia para la medicina nacional. Y dió rienda suelta, no a su fantasía, sino a su robusta inteligencia, cultivándola a fondo e introduciéndose de lleno en el intrincado y complejo problema de la inmunidad. Hombre de una vasta cultura médica, sin restringirse a los medios y recursos rudimentarios de nuestro ambiente universitario, no desdeñó, por ciego nacionalismo, el concurso formidable de la labor de otros hombres de ciencia de los más diversos países, y en especial, de la vieja Europa.

Su obra, que marca un rumbo nuevo y original al problema de la inmunidad, no se ha universalizado como concepción: se debe a que se trata de la obra de un hombre de ciencia que vive y actúa en un país nuevo.

Sin embargo, llegará el día que la obra de Méndez será valorada debidamente; retomada y continuada; enriquecida con el concurso de estudiosos, cuando las relaciones económicas hagan posible que nuestro país se incorpore más íntimamente con el resto del mundo.

CONDICIONES QUE FAVORECIERON LA LABOR DE MÉNDEZ

Méndez apareció en el escenario nacional en una época que todo estaba por hacerse. Tuvo a su favor dos condiciones que facilitaban su labor, y que le acompañaban desde su iniciación: fortuna personal y "fuego sagrado". Y con esas dos condiciones—que son fundamentales—, en el medio propicio en que le tocara actuar, dió los frutos que admiramos y comentamos. Pero no hay que olvidar que por permitírsele su fortuna personal pudo también dedicar algunos años de su vida al estudio al lado de maestros europeos.

SU PERSONALIDAD DE CLÍNICO Y CÓMO HA TRABAJADO PARA LLEGAR A LA CONCEPCIÓN BIOLÓGICA DE LA INMUNIDAD

Méndez es un clínico de gran envergadura. Un talentoso investigador de los complejos problemas de la inmunidad. Hombre de una gran cultura, que mantiene siempre fresca. Experimentador con un constante aporte personal. Sagaz observador. Animador de cuantos le rodean. Semiólogo eminente. Conocedor profundo de la anatomía y fisiología normal y patológica. Domina admirablemente el laboratorio. Dialéctico viviente. Desprejuiciado. Su teoría biológica de la inmunidad no le ha sido en ningún momento obstáculo para progresar en la investigación. Maestro, cuyas lecciones ante el enfermo constituyen verdaderos y provechosos ejercicios prácticos. Trabajador incansable y metódico. Enriquece constantemente el método de trabajo.

La porfía por investigar y crear de Méndez ha dado el maravilloso resultado de una nueva y poderosa concepción de la inmunidad, la llamada "Teoría Biológica de la Inmunidad", que lleva su nombre. Es la que más satisface. Supera a las conocidas.

Trabajó con empeño admirable. Con pasión. En el año 1915—después de más de quince años de labor—, ya tenía terminada su concepción. Es una doctrina completa. Ha hermanado la experimentación con la práctica de la clínica. Va de la teoría a la práctica y de la práctica a la teoría. Combate con ruda energía la rutina, la ignorancia que pretende ser sabiduría y la carencia de orientación. Y ese combate lo realiza constantemente también contra sí mismo, tratando de someterse rigurosamente a una autocrítica.

No despega la práctica de la teoría. Rechaza el expe-

rimentalismo sin rumbo. Lo considera de una inutilidad desconsoladora.

Cuando la experimentación se realiza sin rumbo científico, o con rumbo pseudocientífico, sin la guía de una concepción a base de experiencia y observación clínica, sin vincular el laboratorio con la clínica, uno puede ser desviado del buen camino durante años y años, si acaso el experimentador es un hombre de autoridad, que ha sugestionado fuertemente y que ha sido seguir más por la fe que ha infundido su nombre que por verdadero espíritu crítico.

Méndez trabaja fusionando el pensamiento con la actividad práctica. Funde los hechos con la teoría. No es un teórico exclusivo ni un práctico ajeno a la teoría. No se ha aislado encerrándose en el laboratorio, sino que se liga férreamente a la realidad constituida por los enfermos. En esas condiciones es como se ha podido librar de convertirse en un unilateral, en un exclusivista, tanto en el laboratorio como en la clínica. Y su producción no ha sido inútil.

¿HA FORMADO MÉNDEZ UNA ESCUELA?

Este hombre de ciencia no ha formado una escuela. Tiene cientos y cientos de discípulos voluntarios dispersos por todo el país, médicos que a su lado, en la inolvidable sala X del Hospital San Roque, han adquirido conocimientos, capacidad y orientación, pero que, alejados, ya en pleno ejercicio de la profesión, en general, tomados por el ambiente del más crudo comercialismo—ambiente en el que se desenvuelve nuestra actividad práctica—, muy pocos han logrado conservarse tal como eran cuando estaban al lado del maestro. Ya el mismo Méndez señaló ese peligro real cuando en el discurso que pronunciara con motivo de la entrega que se le hiciera de una medalla de oro, por haber sido designado miembro de la Academia de Medicina de Madrid, dijera "que el ambiente neutraliza la originalidad y nos contagia su espíritu mercantil; el ambiente médico nuestro padece todavía la enfermedad que tuvo en el principio: el interés comercial". Hoy, el ambiente de nuestra profesión está más enfermo aún que en aquel entonces. El interés comercial ni se ha neutralizado ni se ha aminorado, y ejerce implacablemente su influencia.

Algunos, unos pocos, se debaten solitarios, porfiando por conservarse en la línea de honestidad científica trazada por el maestro, pero, sin poder desenvolverse, sin aportar un concurso efectivo al progreso de nuestra ciencia y arte, por vivir empobrecidos, arrinconados, en un medio inadecuado de estudio, sin poder hacer lo que dijera Méndez en ese mismo discurso: "Aislarse del ambiente, reconcentrarse, abstraerse, trabajar con tenacidad y método, estudiar la producción mundial, remover diariamente nuestras ideas en vez de dejarlas cristalizar en la memoria como un capital muerto." Los que quisieran proceder así como lo aconsejara el maestro, muy pocos lo han podido; no lo pueden, algunos, casi todos, por no contar con los recursos necesarios como lograr entregarse, como Méndez, a la tarea de estudio e investigación.

Con su formidable labor de incansable trabajador de la ciencia médica no ha logrado modificar el ambiente de estudio de la Medicina de nuestro país. Y menos aún el de la práctica profesional. Es que se trata de una obra estrictamente personal, obra que no trasciende, que que-

da reducida y aislada. Y eso ha sucedido—y sucede—porque ha chocado con la organización de la enseñanza universitaria, que marcha por otra directiva, y que, al mismo tiempo, engloba oficialmente a todo el estudiantado. Los muchos discípulos voluntarios que ha tenido Méndez se han ido, en general, transformando durante su vida de profesionales.

También han intervenido factores de otro orden: el factor personal tiene, indudablemente, una importancia efectiva y relativa. Discípulos de valía innegable se han alejado del lado del maestro, sin que mediara como motivo una nueva concepción científica. Y esos discípulos, aun trabajando en la misma directiva del maestro, resultan, por las mismas causas que hemos hecho desfilar con respecto a Méndez, a su vez, otros tantos trabajadores solitarios, desvinculados del aparato universitario, sin perspectivas para poder introducir en la enseñanza la labor de la escuela del maestro, por falta de vehículo indispensable, la concurrencia efectiva del estudiantado. En síntesis: ni el Estado ni la Universidad han prestado su apoyo a la labor del maestro. No le han permitido su difusión al través de la organización de la enseñanza oficial.

¿EN QUÉ CONSISTE LA OPOSICIÓN QUE SE LE HACE EN EL MEDIO UNIVERSITARIO?

Cuando aparece un cerebro potente, un hombre de talento, que no se adapta al poder constituido, a las camarillas de las academias, inmediatamente choca con los enseñantes oficiales. El hombre de ciencia original, el innovador, es objeto de una guerra constante, enconada, tenaz: se trata de aislarlo y anularlo. La lucha comienza obstaculizándole en su camino hacia la cátedra. Todas las influencias y artimañas son puestas en juego. Se le hace eternizar en la espera. Se le rodea de una sutil y hábil tela de araña, tejida con los recursos de mala ley consabidos. Y, por fin, mediante circunstancias especiales, se le empuja fuera de la escuela. Una vez fuera, los oligarcas universitarios pueden proseguir su marcha. Tienen a su favor la misma organización universitaria, que es de su pertenencia, y les permite impartir la enseñanza impidiendo que la ciencia innovadora del nuevo y fecundo maestro pueda prosperar entre el estudiantado. Se propala, con insistencia, que el innovador no es tal cosa, sino un tipo raro, pretencioso, superficial. Y como esa guerra le es movida con el aporte del formidable aparato universitario, la enseñanza del nuevo maestro queda limitada a un reducido grupo y no se incorpora al sistema oficial. No logra constituirse en escuela, en el sentido completo de la palabra. Y la obra corre el albur de perderse una vez desaparecido su creador.

La experiencia demuestra que así sucede, por falta de vehículo y de ubicación en el mecanismo universitario.

Se trata de un conflicto entre dos potencias. La oficial es infinitamente más poderosa, y termina siempre por dominar.

Y es por esas circunstancias, propias del mecanismo universitario, que la labor de Méndez no ha podido concentrarse firmemente en una nueva escuela, en un trabajo organizado, de modo que diera la seguridad de su continuidad aun desapareciendo el maestro.

La obra de Méndez se ha plasmado, y se sigue plasmando, en individuos aislados, que se cultiva, más o menos. Le ha faltado el apoyo de la organización de la en-

señanza universitaria—que es el vehículo necesario—. Y esa es la razón de que está en peligro permanente de no perdurar como escuela. Sólo una nueva estructuración social y universitaria que no permita el aislamiento de trabajadores independientes, que no los aisle de la masa estudiantil, podrá hacer que una nueva escuela no sólo pueda formarse, sino que también viva.

CÓMO SE REALIZA EL PROGRESO DE NUESTRA CIENCIA Y ARTE

¿Basta para el progreso de la ciencia y práctica de la Medicina con la aparición de un Méndez de tiempo en tiempo?

Si nos atuviéramos a la concepción de que la historia la hacen los "grandes" hombres, los héroes, los genios, es indudable que la aparición de un Méndez constituiría la mayor felicidad para la sociedad. Pero la historia humana, cualquier parte de la historia de la actividad científica y práctica, no es la resultante exclusiva de la obra personal de un hombre.

El progreso de la Medicina, como actividad social útil, está condicionado a intereses sociales determinados. ¿Qué significa progreso científico? ¿Es una misma cosa con el triunfo de ciertos grupos de intelectuales en el medio universitario, con el hecho de que hayan llegado a una buena ubicación en la jerarquía académica? No confundamos. Abundancia de productos medicamentosos, que salen a diario de los innumerables establecimientos industriales; enaltecimiento de talentos, mediante una propaganda elogiosa e interesada; creación de instituciones sanitarias diversas, aun especializada para la curación del cáncer, por ejemplo; aumento del número de profesionales, como empleados de organismos sanitarios oficiales, etc., nada de todo eso tiene que ver con el progreso eficiente de la Medicina como ciencia y arte de curar.

Podemos afirmar que no basta con la aparición de un Méndez de tiempo en tiempo. Es necesario que aparezcan muchos Méndez; que todos los que tengan "fuego sagrado" cuenten con la posibilidad de darle curso, expansión; que puedan agruparse formando un núcleo de trabajadores; que actúen, que puedan actuar, en el medio organizado de la Universidad, impulsándolo hacia adelante, ¡siempre adelante!, a nuestra ciencia práctica; que sus creaciones puedan ser aprovechadas debidamente y no que se pierdan, o sólo queden en pie mientras viva el maestro; que los enfermos puedan ser beneficiados totalmente; que la enseñanza deje de ser parcial, fragmentaria, libresca, para que se fundamente en la dialéctica viva de maestros como Méndez; que la vida social sea la maestra de todos; que la Medicina sea una ciencia y arte totalmente útil para la colectividad y no un motivo o medio para lograr ubicaciones de privilegio.

Y para que todo esto pueda realizarse es necesario que la estructura económicosocial actual sea modificada profundamente, transformada en el sentido de que primen los intereses de la colectividad. Entonces, los Méndez que haya en la masa de la población, en general, y los que logren manifestarse, en la masa estudiantil, en particular, podrán surgir, trabajar, crear, impulsar con fuerza aumentada a nuestra ciencia y arte de curar. Surgirán muchos Méndez, para bien de todos.

Mientras, admiremos la laboriosidad y tenacidad de Méndez; aprovechemos sus enseñanzas y su ejemplo; tomémoslo como símbolo de un mañana mejor de la Me-

dicina, deseando ardientemente la modificación del medio social en que nos toca desarrollar y desenvolver nuestra actividad científica y práctica de trabajadores de la Medicina, en el sentido que podamos vivir, alguna vez, todos los hombres, incluso los de nuestra profesión, como trabajadores totalmente útiles, al servicio de la sociedad, y no los unos en guerra contra los otros, porfiando por una buena y cómoda ubicación a costa del sufrimiento y del dolor de los demás.

SECCION OFICIAL

"GACETA" DEL 24 DE FEBRERO:

Ministerio de Justicia.—En los Juzgados de Primera Instancia que siguen se hallan vacantes las forensias de: Grazales, de entrada, por turno primero, entre interinos; instancias, treinta días.

Torrox, de entrada, por traslación; instancias, quince días.

Yecla, de entrada, por traslación; instancias, quince días.

Lucena, de ascenso, por antigüedad; instancias, treinta días.

Noya, de ascenso, por antigüedad; instancias, treinta días.

Valverde del Camino, de ascenso, por antigüedad; instancias, treinta días.

GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 707,9; ídem mínima, 692; temperatura máxima, 10,8°; ídem mínima, 1,4°; vientos dominantes, N., NE. y SSE.

Durante la presente semana se manifestaron frecuentes casos de insuficiencia cardíaca en los enfermos que venían padeciendo lesiones de esa viscera y en los de arteriosclerosis generalizada. Los enfermos reumáticos crónicos acusan este año, en general, molestias muy escasas, en comparación con las del año anterior.

En los niños son muy frecuentes la tos ferina y las bronconeumonías, estas últimas con su habitual gravedad.

CRONICAS

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

Médico se ofrece para substituciones. Dirigirse a don Florencio M. Caballero, residente en Navasfrías (Salamanca).

Hemos tenido el gusto de saludar al Dr. Luis Soro, médico cubano que ha establecido en Madrid su consulta.

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.

El dolor.—**Naiodine.**—Adjuntamos prospecto de los Laboratorios E. Boizot, recomendando su lectura a nuestros suscriptores.

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

Lipiodol

Radiológico

Aceite Vegetal y Yodo puro
del Doctor **LAFAY**

**"ASCENDIENTE" Y
"DESCENDIENTE"**

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

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

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

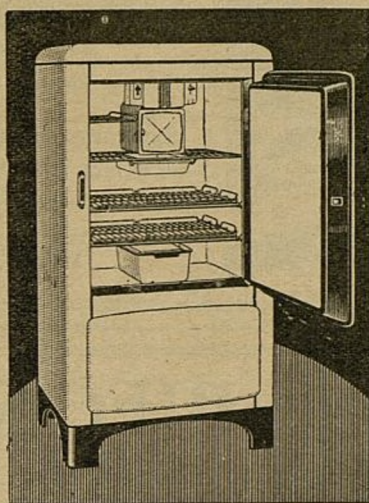
**LIPIODOL
LAFAY**

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

NEVERAS
ELECTRICAS

Warner

presenta los modelos 1935



© Las de
más garantía
más capacidad
más rendimiento

© Las de
menos coste
menos consumo
menos desgaste

EL FRIO GLACIAL
AL SERVICIO DEL
HOGAR CON UNA
NEVERA
ELECTRICA

Warner

DISTRIBUIDORES EXCLUSIVOS PARA ESPAÑA:

VIVO, VIDAL Y BALASCH - Ingenieros

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

BENZOFORMINA

Laboratorio

Aurelio Gámir

Valencia



BARACHOL



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

LABORATORIOS FAUS — VILAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)



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

CATARROS BIFOSFOTIOL TOSÉS

SOLUCION ARSENIO FOSFORADA CON TIOLCOL

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

ALMORRANAS



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

TRATAMIENTO EFICAZ

REUMATISMO
YODOVISAL

Salicilato sosa
YODURO potasa

Muestras y literatura:

D. FENOLLOSA
PAZ, 26 VALENCIA

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

DULCIMIDA

PASTILLAS DE 0'03 gr. :: PRODUCTO NACIONAL

DULZOR DE RÉGIMEN

Muestras y Literatura: LABORATORIOS MORATÓ

PARA EL ESTOMAGO E INTESTINOS

Elixir Clorhidro Pépsico Amargós

DIGESTIL

(Nombre registrado)

TONICO DIGESTIVO.- ACIDO CLORHIDRICO, PEPSINA, COLOMBO Y NUEZ VOMICA
Delicioso medicamento que suple en los enfermos la falta de jugo gástrico.

El mejor libro del ilustre Dr. D. Manuel Martín Salazar

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

Es su obra
sobre higiene

INMUNIDAD

(Con un folleto del
Dr. MARAÑÓN)

20 PESETAS EJEMPLAR LIBRE DE GASTOS

♦ PEDIDOS AL APARTADO 121, MADRID

Ayuntamiento de Madrid

que un Espacio de esta clase sería inestable: cualquier perturbación o irregularidad, por pequeña que fuera (por ejemplo, la causada por la condensación del gas primitivo en nebulosas), iniciaría la dilatación o la contracción. Por esta razón, Lemaitre creyó que el «canal» de Einstein debía ser sustituido por una especie de río Amazonas, pequeño en sus comienzos y que se fuese ensanchando a medida que va fluyendo el tiempo: es decir, la expansión o dilatación del Espacio. De Sitter halló que, dando a la constante cósmica otros valores, eran matemáticamente posibles otros dos tipos de solución. En uno de ellos, el río de tipo canal se sustituye por una especie de canal de Panamá, en que el Espacio empieza por contraerse hasta alcanzar un mínimo, para dilatarse luego al infinito. En el otro, el Espacio se dilata y contrae rítmicamente, de manera que el Espacio-tiempo se con-

CATARROS, TOS JARABE MADARIAGA BENZOCINAMICO

vierte en una serie de lagos, regularmente espaciados, separados por angosturas.

El Espacio-tiempo tipo Amazonas, de Lemaitre, era susceptible de una grave objeción: su longitud, que es el tiempo (la totalidad del tiempo desde el principio del Universo), era limitada, y su punto de origen no se hallaba ni siquiera lo suficientemente remoto para que cupiesen las diversas fases de evolución observadas en los sistemas esterales; en una palabra: las estrellas eran demasiado viejas para haber podido hacer su vida en el curso recorrido por nuestro río.

Las dos más recientes soluciones de De Sitter y Einstein no son susceptibles de tal objeción y, actualmente, cualquiera de las dos parece capaz de proporcionar una representación fidedigna, aunque muy artificial, de los fenómenos observados en

**Jarabe Bebé.-Tetradinamo.-Septi-
Cemioi. Purganti Jarabe de Frutas)**
(Véase anuncio, página IV.)

el Universo. En otra época, De Sitter defendía el esquema tipo canal de Panamá, en tanto que Einstein apoyaba más bien el tipo de universo rítmico de lagos y estrechos: es decir, de un Espacio que alternativamente se dilatara y se contrajera.

Ahora, Einstein parece admitir la posibilidad de una constante cósmica nula y de un Espacio de extensión infinita. Sin embargo, creo que es conveniente declarar que nadie se siente satisfecho con tal posición.

Puede ser que se descubran aún

BENZOFORMINÁ PRODUCE FORMOL Y DESINFECTA ORGANISMO

otras soluciones, y también es posible que, dentro de pocos años, pueda el problema ser planteado en otra forma que le proporcione una solución satisfactoria.

EL NURSING EN LA U. R. S. S.

Por el Dr. V. A. NAIDA

Jefe de la Sección de información del personal sanitario
del Comité ejecutivo de la Alianza de Cruces
y Medias Lunas Rojas de la U. R. S. S.

El Comité Ejecutivo de la Cruz Roja y Media Luna Roja de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas emprendió en 1933 la reforma de la formación de enfermeras de la Cruz Roja. La enseñanza de las enfermeras debía comprender, en adelante, mil ochenta horas de estudios, repartidas en dos años escolares. Las mujeres y las jóvenes que seguían estos cursos de noche, sin abandonar sus ocupaciones habituales, podían adquirir durante el primer año de estudios ciertos conocimientos teóricos y una experiencia determinada que, después de un entrenamiento complementario de corta duración, bajo la dirección de enfermeras calificadas, podían servirles de base para sus trabajos prácticos.

El programa del primer ciclo de estos cursos comprendía nociones fundamentales de anatomía, fisiología, principales enfermedades del intestino, enfermedades contagiosas, enfermedades venéreas, cutáneas y casos de cirugía; la técnica de la asistencia a los enfermos y nociones elementales sobre la terapéutica; desinfección, higiene y socorros de urgencia. El estudio de las ciencias sociales, del idioma y de la aritmética formaba también parte de esta enseñanza.

El segundo ciclo comprendía las mismas materias, pero tratadas de un modo más amplio y más profundo. Ciento treinta horas, de quinientas cuarenta, se consagraban a las prácticas.

El nivel de los conocimientos adquiridos por las estudiantes del segundo ciclo permitió introducir en el programa de enseñanza nociones de biología, de física y de química, así como la puericultura.

En 1933 y en 1934, las Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja organizaron una serie de cursos para las kolkhosianas. Estos cursos perseguían un fin análogo y tenían el mismo programa de estudios, pero el tiempo consagrado a la teoría era dos veces más corto, pudiendo de este modo dedicar las es-

tudiantes muchas más horas a los trabajos prácticos.

Las estudiantes que habían terminado estos cursos con éxito tenían derecho a ejercer la profesión de enfermera en tiempo normal.

Con objeto de despertar el entusiasmo en las estudiantes y en sus profesores, y para darse cuenta de los defectos que pudieran tener los métodos de enseñanza, el Comité Ejecutivo de las Cruces y Medias Lunas Rojas organizó en Moscú, en los comienzos del mes de diciembre de 1934, un curso federal, destinado a todas las enfermeras de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.

Los resultados han demostrado que habíamos establecido la enseñanza con una base sólida, y que las enfermeras adquieren suficientes conocimientos.

Sin embargo, a causa del desarrollo constante del nivel de cultura de la juventud en la U. R. S. S., el Co-

Fábrica especializada en Productos Dietéticos
y de Régimen Vegetariano

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

mité Ejecutivo ha juzgado necesario emprender una nueva reorganización de los cursos para enfermeras con objeto de mejorar aún más su rendimiento.

Conforme al nuevo estatuto, que reglamenta la formación profesional de las enfermeras, aprobado por el Comité Ejecutivo de la Alianza de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja de la U. R. S. S., la enseñanza está repartida en dos tipos de escuelas:

a) Escuelas normales de día, que comprenden dos años de estudios (dos mil cuatrocientas horas de estudios en total). Las estudiantes de estas escuelas deben abandonar sus ocupaciones habituales durante la duración de sus estudios; y

b) Escuelas nocturnas, que tienen el mismo programa, pero cuyos estudios tienen una duración de tres años. Las estudiantes de estas escuelas pueden continuar su trabajo

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

habitual, excepto durante los tres últimos meses, para dedicarse completamente a los trabajos prácticos.

La evolución de la cultura intelectual en la U. R. S. S. permite ser más exigente con las enfermeras, a las que se les pide un nivel de cultura superior y una preparación profesional más extensa.

Por esta razón, el Comité Ejecutivo de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja de la U. R. S. S., ha de-

cido proceder a un examen general de todas las escuelas y de todos los cursos de enfermeras de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.

Esta labor presentaba varios aspectos. Había que estudiar el sistema pedagógico y enterarse de los resultados obtenidos, es decir, formarse una idea de la misión que le corresponde, desde el punto de vista social, a cada estudiante en particular.

Estreñimiento: Supositorios Evacuatif Rivalta. De eficacia infalible. Prospectos gratis. Preparación de óvulos y supositorios. Rambla Cataluña, 44.—BARCELONA

y a los cursos de enfermeras en conjunto. De este modo, la Dirección de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja ha podido darse cuenta, después de las diversas encuestas realizadas, de las necesidades y de los vacíos de toda la organización de enseñanza de la profesión de enfermera y de lo que era indispensable instituir para remediar estos defectos.

Este examen se ha llamado «olimpiada de las enfermeras», porque todas las enfermeras podían aspirar a alcanzar el primer puesto.

Para organizar este concurso federal se eligió un Comité especial, que presidía un sabio reputado—el profesor N. N. Bourdenko—, y del que formaban parte conocidos profesores, así como los presidentes de los Comités más importantes de la Cruz Roja.

Se decidió que la prueba final del concurso tendría lugar en Moscú en el mes de junio. Todos los Comités de Cruz Roja se interesaron vivamente por la preparación de este concurso e invitaron a todas las escuelas y a todas las enfermeras a que participasen.

Casi 300 escuelas, que reúnen más de 10.000 estudiantes, participaron en este concurso. La mayoría de las estudiantes eran obreras de fábricas o campesinas. Casi todas renunciaron, en el momento de su mes de vacaciones anual, a beneficiarse del descanso ofrecido en los sanatorios o casas de reposo, para poder consagrarse completamente a la estancia práctica en los hospitales y dispensarios, con objeto de presentarse en las mejores condiciones posibles al concurso federal. Este comenzó con un examen sobre el programa de estudios y los resultados obtenidos. Los Co-

mités de distrito crearon Comisiones especiales, que procedieron, después de las pruebas teóricas y prácticas, a la elección de candidatas por distrito.

En cada uno de estos distritos, eminentes profesores, como el profesor Didericks, de Moscú; el profesor Napalkof, de Rostof; el Prof. Chamaev, de Kharkof; el Prof. Krause, de Saratov, y otras personalidades de gran competencia en la materia prestaron al Comité de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja una decidida y entusiasta colaboración, que fué de gran utilidad para la Sociedad.

Al final fueron elegidas 80 candidatas en toda la U. R. S. S. para que participasen al concurso federal.

Estas candidatas llegaron a Moscú el 15 de junio, procedentes de todas las regiones del país. Obreras de Irjoutak y de Svedrlovsk; kolkhosianas del litoral del Mar Negro; armenias, tártaras, mujeres de Rusia Blanca, ucranianas y turcomanas.

Todas ellas fueron recibidas por la vicepresidenta del Comité Ejecutivo de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, Sra. V. A. Moirova, y por el presidente del Comité de Organización, Prof. Bourdenko.

Las enfermeras hablaron largamente de su trabajo social dentro del marco de la Cruz Roja. Varios miles de miembros de la Cruz Roja fueron reclutados por ellas; miles de jóvenes de ambos sexos fueron llevados por las enfermeras a los círculos de estudios sanitarios, pasando el examen que les confiere la insignia titulada: «Dispuestos a la defensa sanitaria de la U. R. S. S.»

El concurso principió por una prueba

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

ba a la cabecera de los enfermos en las clínicas quirúrgicas, terapéuticas y de enfermedades infecciosas.

Cada enfermera debía practicar, bajo la vigilancia de un ayudante, tal o cual procedimiento de asistencia, como aplicación de ventosas e inyecciones diferentes, curas de distintas heridas y vendajes, asistencia y ayuda en varias operaciones quirúrgicas, etc. También tenían que demostrar sus conocimientos prácti-

cos en la redacción de los boletines de entrada y salida, boletines de enfermedad, hojas diversas, etc., dando prueba con ello, no sólo de su habilidad y práctica en la asistencia a los enfermos, sino también de sus cualidades de comprensión, organización y dirección, imprescindibles a las distintas ramas de la profesión de enfermera.

Los días siguientes, las concursan-

ION-CALCINA

PALLARES

A base de Cloruro de Calcio

Frasco e inyectables

tes pasaron la prueba oral sobre las cuestiones de defensa en caso de ataque aéreo, sobre las cuestiones sociales y sobre las actividades de la Cruz Roja. Los resultados de estas pruebas estuvieron a la misma altura que los de las pruebas prácticas. Las jóvenes obreras y las kolkhosianas se mostraron muy capacitadas en lo que se refiere a los socorros que hay que prestar en caso de urgencia, así como en las consignas que hay que observar en caso de ataque aéreo. También demostraron sus conocimientos de historia de la Cruz Roja y en cuestiones de higiene social.

Después de los exámenes se mostró a las concursantes los nuevos métodos empleados en Medicina y Cirugía, proyectándoles a continuación varias películas sobre Cirugía.

Todas tuvieron también ocasión de efectuar un vuelo en un avión sanitario de la Cruz Roja.

Cuando el Tribunal hubo terminado sus trabajos, se celebró, con motivo de la entrega de los premios a las enfermeras, una sesión solemne en uno de los más hermosos y espaciosos locales de Moscú. Hubo cinco primeros premios y 20 segundos premios.

Las cinco jóvenes que alcanzaron el primer premio, fueron: una, rusa; una, ucraniana; una, armenia; una, tártara, y una, israelita. Todas ellas eran miembros activos de la Cruz Roja.

La organización de este concurso, que interesa a la masa de estudiantes y profesores, puede considerarse como uno de los mejores medios para estimular el estudio. Permite darse cuenta de los defectos del sistema de enseñanza y, por consiguiente, corregirlos.

© PAN INTEGRAL INSOJA ©

EL PAN DE MAS ALTO VALOR NUTRITIVO Y SABOR AGRADABLE

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

Panificadora de Usera

Francisco Mora, núm. 40

Teléfono 74548 - MADRID

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

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

Santander: Caldas de Besaya.
Valencia: Molinell.
Valencia: Santa Ana.
Valladolid: Sastrromonte.
Vizcaya: Elorrio.
Vizcaya: Villaro.
Zamora: Almeida.

Madrid, 9 de marzo de 1936.—El subsecretario de Sanidad y Beneficencia, *C. Bolívar Pieltain*.

PROVISION DE DIRECCIONES DE BALNEARIOS

“GACETA” DEL 10 DE MARZO:

Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión.—Orden disponiendo que se convoque concurso entre médicos pertenecientes al Cuerpo de Baños para proveer las Direcciones de los balnearios que exponemos a continuación.

La celebración del concurso será el 25 de mayo; los concursantes quedan exentos de la obligación de presentar Memorias ahora, pero las presentarán al finalizar la temporada.

El acto, público, que se celebrará con arreglo a lo que dispone la Orden de 12 de enero de 1929, tendrá lugar el día 25 del actual mes, a las once de la mañana, en el edificio de la Subsecretaría de Sanidad, sito en la calle José Cañizares, número 2 (plaza de España, esquina a Martín de los Heros). Durante él podrán hacer sus peticiones verbales los concursantes, por orden de Escalafón, bien directamente si asisten al acto, bien por medio de representante apoderado en forma legal. Los poderes notariales, en este caso, y las instancias solicitando plaza, si los concursantes prefieren hacerlo por escrito, deberán presentarse por los interesados o sus apoderados en el Negociado correspondiente antes de las doce horas del día 24 del presente mes.

El reconocimiento de los concursantes que cumplan o hayan cumplido la edad de setenta años antes del día en que el concurso se ha de celebrar, se verificará en la Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia (edificio anteriormente expresado), el día 24 del mes en curso, a las once de la mañana, a cuyo efecto esta Subsecretaría designará los médicos reconocedores, con arreglo a lo que dispone el citado artículo 42 del Estatuto balneario vigente.

La adjudicación de las plazas se hará provisionalmente en el acto del concurso, resolviéndose después por Orden ministerial, que aparecerá en la *Gaceta de Madrid*.

Los médicos del Cuerpo de Baños, jubilados, deberán presentar durante el plazo de diez días, a contar de aquel en que aparezca esta convocatoria en la *Gaceta de Madrid*, sus fes de vidas corrientes en el Negociado de Balnearios y Aguas Mineromedicinales, de esta Subsecretaría, y una instancia en la que manifiesten el nombre del médico de dicho Cuerpo al que designan como sustituto, si no hubiese de seguir sustituyéndole el mismo de la temporada anterior.

Las mismas normas se seguirán por aquellos médicos del Cuerpo de Baños que, con arreglo a lo dispuesto en el artículo 42 del expresado Estatuto, soliciten su jubilación antes de celebrarse el concurso.

Los administradores de los establecimientos-balnearios gravados con jubilación rendirán mensualmente cuentas a esta Subsecretaría de la asistencia de agüistas e ingresos obtenidos por derechos sanitarios, poniendo a disposición de la misma el 50 por 100 de la cantidad total recaudada, que corresponde al médico jubilado, para su entrega a éste en concepto de derechos pasivos.

También deberán, respetando la libertad de prescripción balnearia establecida en la Instrucción general de Sanidad y Estatuto de 25 de abril de 1928, facilitar el ejercicio de su profesión a los médicos no pertenecien-

tes al Cuerpo de Baños que deseen abrir sus consultas en los establecimientos que administran.

Madrid, 9 de marzo de 1936.—El subsecretario, C. Bo-
lívar Pieltain.

RELACIÓN DE BALNEARIOS QUE SE CITA

Alava: Salinillas de Buradón.
Albacete: Villatoya.
Alicante: Benimarfull.
Alicante: Nuestra Señora de Orito.
Alicante: Salinetas de Novelda.
Almería: Alfaro.
Almería: Guardias Viejas.
Badajoz: Salvatierra de los Barros (El Charcón).
Badajoz: Salvatierra de los Barros (El Molar).
Burgos: Salinas de Rosío.
Cáceres: La Parrilla.
Castellón: Nuestra Señora de Avella.
Córdoba: Fuente Agria de Villaharta.
Cuenca: Yemeda.
Guadalajara: La Isabela.
Granada: Sierra Elvira.
Logroño: Riba de los Baños.
Lugo: Céltigos.
Lugo: Incío.
Murcia: Fortuna.
Navarra: Elgorriaga.
Orense: Fuente Nueva de Verín.
Orense: Portovia.
Pontevedra: Catoira.
Pontevedra: Fuente del Val.
Teruel: Camarena de la Sierra.
Teruel: El Paraíso.
Toledo: Venta del Hoyo.

ANTIASMA POLVO FUMIGATORIO MENTOLADO

BENGALAIS

Eficaz, Agradable e inofensivo.

ASMA, ENFISEMA, CATARRO, CORIZA

De Venta en todas las Farmacias. — MUESTRAS: RIERA S. C. BARCELONA, Ap° 229.

A. FAGARD, Farmacéutico Preparador, 44, Rue d'Aguesseau, BOULOGNE-PARIS

D. Juan Vázquez, pagado fin diciembre 1936.
 D. Antonio Part, ídem íd.
 D. Antonio Sánchez González, ídem íd.
 D. Apolinar Muriel Gallo, ídem íd.
 D. Eugenio Avila, ídem íd.
 D. Salvador Tena, ídem íd.
 D. José Cordero, ídem íd.
 D. Pablo Sánchez, ídem íd.
 D. Joaquín Vara, ídem íd.
 D. Arcadio Domínguez, ídem íd.
 D. Hipólito García Ochoa, ídem íd.
 D. Antonio Daniel Romero Sáenz, ídem íd.
 D. Teodoro Barbero Hernández, ídem íd.
 D. Manuel Moreno Gallardo, ídem íd.
 D. Tomás Pedraza, ídem íd.
 D. Jesús Pardo Romero, ídem íd.
 D. Dámaso Sáiz, ídem enero 1937.
 D. Inocencio Gutiérrez Sánchez, ídem junio 1936.
 D. Moisés Martín Clavería, ídem diciembre 1936.
 D. Julián Ruipérez Pascual, ídem íd.
 D. Luis de Juana, ídem íd.

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.

Tratado práctico de etiqueta y distinción social

Distribución esmerada por asuntos

4 PESETAS EJEMPLAR

Pedidos al Apartado 121 MADRID

ANALISIS

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

Laboratorio del Dr. E. ORTEGA

Sucesor del Dr. CALDERON

Carretas. 14.-Madrid

FUNDADO EN 1866

ELIXIR ESTOMACAL SAIZ DE CARLOS (STOMALIX)

Cura el dolor de estómago, acidez, dispepsia, vómitos, diarreas en niños y adultos, dilatación y dolor 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-Frías Sábido o Laboratorio Sábido de Carlos, Serrano, 36-MADRID

D. León Rodríguez Mora, ídem diciembre 1936.
 D. Cesáreo Valverde, ídem íd.
 D. Federico Martí Esponda, ídem íd.
 D. Dionisio Martín, ídem íd.
 D. Manuel Pérez Fernández, ídem íd.
 D. José Jordana, ídem íd.
 D. José Capilla y Conde, ídem íd.
 D. Felipe Serrano Torres, ídem íd.
 D. E. Tello, ídem íd.
 D. José Tasande, ídem íd.
 D. Alberto Chornique, ídem junio 1936.
 D. Antonio Menéndez, ídem marzo 1936.
 D. Valentín Rodríguez, ídem íd.
 D. Alberto Díaz Borrás, ídem íd.
 D. Andrés Hervias, ídem íd.

(Continuará.)

DE LA GOTA

III TRATAMIENTO MODERNO

POR LA TERAPÉUTICA DEL ESTÍMULO

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

Un tomo cuidadosamente editado, práctico y necesario.

5 PESETAS EJEMPLAR.

Haga su pedido al

APARTADO 121 © MADRID

Nuevos libros del Dr. Valdés Lambea

Jefe de los Servicios de tuberculosis del Hospital Militar de Madrid y Profesor de Fisiología del Ejército

Percusión y auscultación del aparato respiratorio

(Seis lecciones elementales)

8 PESETAS

Terapéutica fundamental de la Tuberculosis

(Lecciones para médicos generales y estudiantes)

10 PESETAS

Pedidos a EL SIGLO MÉDICO: A reembolso 0,75 más.

HAPTINOGENOS

“M É N D E Z”

NEUMO

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

GONO

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

ECZEMA

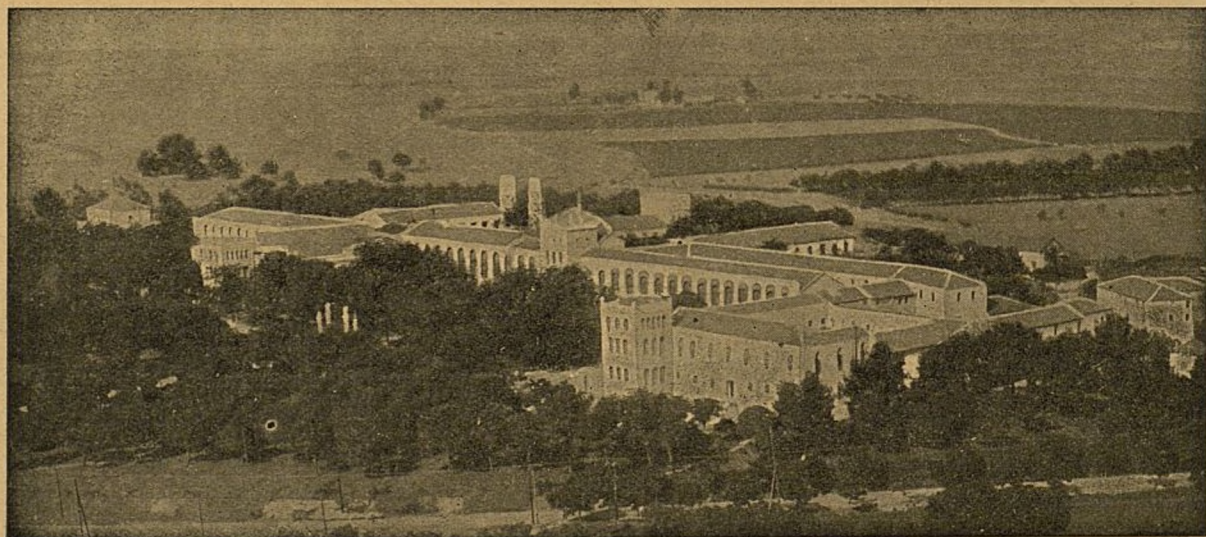
Curativo del Eczema agudo y crónico.

ESTAFILO

ANTIPIOGENO.—Anginas. Acné. Forunculosis.
Anthrax. Abscesos e infecciones a estafilo.

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.



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 || SANATORIO... { Carabanchel Alto
Teléfono 16962 || Teléfono 20