



EL SIGLO MÉDICO

SEMANA MÉDICA ESPAÑOLA

REVISTA TECNICA Y PROFESIONAL DE LAS CIENCIAS MEDICAS

Fundada en 1 de enero de 1854

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

«Boletín de Medicina» (1834-1854) - «Gaceta Médica» (1844-1854)
«Genio Médico-Quirúrgico» - «La Correspondencia Médica»
(1865)

«Revista de Sanidad Civil» - «Revista Clínica de Madrid»

1854 * AÑO NOVENTA Y TRES * 1947

Oficinas de Redacción y Administración:

MADRID, CALLE DE LOPEZ DE HOYOS, 11 - TELEFONO 26-35-35

Precios de suscripción:

España, América y Portugal: 50 pesetas al semestre.
Para los demás países: 100 pesetas al semestre
Número corriente: 6 pesetas (del año en curso).
Número atrasado: De año distinto, 15 pesetas.

EDITOR RESPONSABLE:

Excmo. Sr. Dr. F. Javier Cortezo-Collantes

Propietario y Director de EL SIGLO MÉDICO.
Fundador de SEMANA MÉDICA ESPAÑOLA.

Madrid y sábado día 21 de junio de 1947

NUMERO 4.757



HIPPOCRATES



GALENVS



AVICENA



RASIS



MESVE



PLATO



ARISTOTELES



THEOPHRASTVS



AVEROIS



DIOGENES



ANEMIAS · DESNUTRICIÓN · CARENCIAS

hepal



FABRICA ESPAÑOLA DE PRODUCTOS
QUÍMICOS Y FARMACÉUTICOS
MADRID

TELF. 55386 · APARTADO 9030

JARABE

INYECTABLE

PRINCIPIO ANTIANÉMICO Y COMPLEJO VITAMÍNICO B
DEL HÍGADO, CON HIERRO Y COBRE

Primer producto totalmente nacional
obtenido por métodos propios en nuestra
Fábrica, a partir de los hígados frescos de vacuno



ADMINISTRACIÓN CÓMODA · ACCIÓN TERAPÉUTICA
RÁPIDA · MÁXIMA EFICACIA · ECONOMÍA

P.O. NAVACERRADA 62

Myokombín

(Estrofantina "Boehringer")

Todas las ventajas
de la estrofantinoterapia por el
Kombetín,
en inyecciones intramusculares

Efecto indoloro

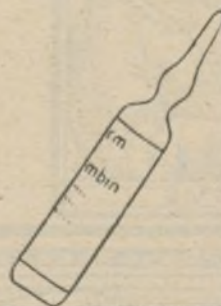


"BOEHRINGER", S. A.

Madrid

BARCELONA

Sevilla



EL SIGLO MÉDICO

SEMANA MEDICA ESPAÑOLA

REVISTA TECNICA Y PROFESIONAL DE CIENCIAS MEDICAS

Con la colaboración científica médica nacional y divulgación de la extranjera y de especialidades.

Programa científico:

PROGRESSI SUMUS, PROGREDIMUS, PROGREDIEMUR

SUMARIO DE ESTE NUMERO.—COLABORACIONES: *Sobre un principio extraído del pulmón tuberculoso humano*, por el Dr. M. Gracián. *Pasado y presente de la hidroterapia en el paludismo*, por el Dr. Alvaro Lozano Morales. *Las sarnas profesionales*, por el Dr. Javier M. Tomé Bona. *Los métodos artrodesiantes de la tuberculosis de cadera*, por el Dr. J. Ortega. DIVULGACIONES NACIONALES: *El tratamiento de la uremia mediante el empleo del llamado «riñón artificial»*, por el Dr. Emilio de la Peña. *El tratamiento submarino de la parálisis infantil*, por los Dres. J. Izquierdo Rubín y J. Arias Fernández. *Donde bebieron nuestros abuelos: La madrileña fuente de la Fama*, por el Dr. J. Luis-Yagüe y Espinosa. *Academia Médico-Quirúrgica Española*. DIVULGACIONES DEL EXTERIOR: *Figuras científicas: El profesor Roberto Debré*, por el Dr. A. Kaplan. *René Leriche*, por el Dr. René Sudre. REGISTRO DE SUMARIOS.

COLABORACIONES

Sobre un principio extraído del pulmón tuberculoso humano

por el

Doctor M. GRACIAN

Jefe de la Sección de Inmunología y Serología del Instituto Nacional de Sanidad.—Madrid.

Hace cuatro años iniciamos un trabajo experimental en animales tuberculizados artificialmente, con el fin de analizar la actividad de nuestro extracto R en esta infección. Una parte de este trabajo está publicada (*Revista Clínica Española*, tomo XVIII, pág. 102, año 1945). En muchas de nuestras experiencias obtuvimos resultados contradictorios o desconcertantes, que tratábamos de explicar a la luz de los conocimientos actuales sobre inmunidad, resistencia y alergia en la tuberculosis; como no lo consiguiéramos, decidimos, aun a trueque de desviarnos un tanto del camino trazado, enfrentarnos experimentalmente con algunos de los aspectos de la inmunidad en la tuberculosis, y especialmente con el de la resistencia a las reinfecciones endógenas o exógenas de los seres tuberculosos con lesiones bien constituidas del tipo de las llamadas formas locales o terciarias de la infección. No habiéndonos satisfecho la explicación de la alergia terciaria y esa supuesta y acomodaticia regresión a la alergia secundaria, para explicar la desaparición, siempre posible, de la resistencia a nuevas reinfecciones y diseminaciones, admitimos como hipótesis de trabajo la posibilidad de que en las lesiones tuberculosas del llamado tipo terciario se elabore un principio difusible por vía hemática, y que, por no ser acumulable en el organismo, proteja transitoriamente y de modo «pasivo» contra alguno de los factores de poder patógeno del bacilo de Koch.

Tomamos un pulmón tuberculoso humano de la

mesa de autopsias, correspondiente a una forma fibrocásica, con invasión casi total del órgano. Obtuve un extracto (hidrolizado) total del pulmón enfermo, al que llamé extracto LP (extracto lesión productiva). Con este extracto comencé a tratar cobayas tuberculosas (inyección subcutánea de 2 a 5 c. c. de extracto), comparativamente con otros tratamientos. Pude observar, en un total de doce animales así tratados, una marcha más benigna de la infección y que tres de ellos quedaron clínicamente curados a los seis meses, aunque en la autopsia se encontraron lesiones ganglionares esclerosadas.

Este resultado inicial nos animó a proseguir nuestro trabajo, y pensando que en el extracto LP pudieran existir, además, principios nocivos al lado del factor protector, aislamos una sustancia muy soluble en el agua alcalina y muy difusible, con cuya inyección he logrado resultados muy superiores a los antes conseguidos.

Nuestro proceder ha sido el siguiente: Infectar cincuenta cobayas con 10 miligramos de bacilo de Koch humano. A los diez días comenzamos el tratamiento de doce de ellos: inyección subcutánea, cada seis días, de 1 c. c. de una solución, aproximadamente al 1 por 100, del factor LP. Los resultados en *todos* los animales tratados han sido muy notables; mientras que los animales testigos, no tratados o sometidos a otros tratamientos, han sucumbido a la infección generalizada en plazos de sesenta y cinco a cien días,

todos los cobayas inyectados con nuestra sustancia LP han desarrollado una infección local benigna, con tendencia a la esclerosis, sin sufrir la generalización del proceso.

En otras experiencias he comprobado que esta sustancia carece de poder vacunante, pues su efecto protector desaparece totalmente si se dejan pasar quince días entre las inyecciones de extracto LP y la subsiguiente infección. También he hallado que no influye directamente en la sensibilidad a la tuberculina. *In vitro* carece de acción sobre el bacilo de Koch y no atenúa la actividad de la tuberculina.

Respecto a la naturaleza de este principio, creo que no se trata de un antígeno, pues no produce nada parecido a la inmunidad activa; por otra parte, es muy bien tolerado por los animales tuberculosos, incluso por vía venosa (conejos infectados con cepa bovina), sin provocar la menor reacción local o general, ni tampoco fenómenos de sensibilización alérgica o anafiláctica. Por el tipo de protección pasiva que confiere, se parece más a un anticuerpo, pero sin las propiedades proteínicas de los seroanticuerpos. Admitimos que se trata de un factor hasta ahora no estudiado, originado en las

lesiones tuberculosas, que tendría propiedades anticaseógenas suficientes para explicar su actividad protectora, ya que debemos atribuir a la caseogénesis un papel de primer orden en la constitución y progresión de las lesiones tuberculosas.

La existencia de este principio anticaseógeno, muy difusible y rápidamente eliminable, explicaría algunos hechos hasta ahora no bien explicados, como:

1.º La resistencia a la reinfección sólo mientras hay lesiones tuberculosas de tipo terciario y la rápida desaparición de esta resistencia cuando se hace la ablación total de la lesión.

2.º La mayor resistencia de aquellos tejidos y partes de órganos que están más intensamente irrigados por la sangre, supuesta portadora de este factor; a pesar de que las probabilidades de siembra hematógena lo son en sentido opuesto.

3.º La gran resistencia a la reinfección por vía sanguínea, en contraste con la facilidad de propagación por vía intracanalicular.

4.º La mayor protección que las lesiones del círculo mayor tienen sobre el círculo menor, y la recíproca.

CATEDRA DE HIDROLOGIA MEDICA

Profesor: Doctor San Román.

Pasado y presente de la hidroterapia en el paludismo

por el

Doctor ALVARO LOZANO MORALES

Director del Instituto Antipalúdico de Navalmoral de la Mata (Cáceres).

El primitivo concepto de hidroterapia, tal y como ha sido transcrito por SAN ROMÁN en su *Tratado de Hidrología médica* (cap. XIX), cuadra perfectamente con la cura del paludismo en los tiempos antiguos. También aquí, en sus primeros albores, la Hidrología se confunde con la fábula, y la mentalidad de nuestros colegas de entonces realiza aplicaciones que hoy nos resultan disparatadas. Sin embargo, y por lo que al paludismo se refiere, hay un elemento curativo que machaconamente se repite a través de siglos con anterioridad al XVI. Es el *agua de nieve*, constantemente citada para la cura de las fiebres intermitentes en escritos y notas, y sus más esforzados paladines lo fueron los médicos judíos, que a su vez lo recogieron de los árabes. Utilizaban el agua procedente de la liquidación o fusión de la nieve, o también el agua natural, adicionada de cantidades de nieve, que de esa forma recibía ya la denominación de *bebida frigerativa* o *agua helada*.

JOSEPHO B. MOHAMED ALTHAMIGI, en su obra *De febribus crisis...*, nos habla de las fiebres in-

termitentes adinámicas y de su tratamiento por el agua de nieve. Posteriormente, en el siglo XI, RABI ISHAE, en el *Libro de las fiebres*, código de la biblioteca de El Escorial, publicado hace poco por el P. Illanes, del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, en el libro X habla del tratamiento de cuartanas y tercianas por el mismo procedimiento.

En el siglo XIV, Fernando IV el Emplazado es atacado de unas «fiebres ardientes», y su médico, un judío toledano, según referencia de *Medicina regia y práctica castellana* (Biblioteca Nacional de Madrid. Sig. DCI), lo trata igualmente con agua helada. El capítulo VIII de esta obra, dedicado íntegramente al estudio del agua de nieve, nos da idea de la importancia que dicho método alcanzó en el arsenal terapéutico de la malaria entre los médicos de aquella época.

En el siglo XV, el infante Don Pedro, primo del rey Don Juan II, trata sus fiebres con brebajes frigerativos, e igualmente el último es tratado por ALFONSO CHIRINO con agua de nieve, según pue-

de leerse en el *Epistolario* del bachiller Cibdarreal (C. *Epistolario*. Biblioteca de la Facultad de Medicina de Madrid). Este ALFONSO CHIRINO, físico de Don Juan II, en su libro *Menor daño de la Medicina*, capítulo III, da bastantes referencias sobre el tratamiento de las intermitentes con agua de nieve. Cuenta CHIRINO cómo curó al Rv. Padre Alonso de Cartagena, deán de Santiago, de unas «fiebres ardientes intermitentes», y le dice: «... si este remedio de la natura (fiebre) sobreviene más de otras dos veces, Vr. Md. beba el vino e del agua helada tanto por tanto, mas si no vuelve en abundancia más de dos o tres, beba del agua sola e huya del vino como de la terba bayestera...» Estas referencias a los daños del vino en las fiebres intermitentes se encuentra también en los autores italiano, entre los que destaca ALCUINO (años 730-804), quien en su obra poética *Epistolae* nos dice: «... evita sobre todo el uso exagerado del vino, porque del calor del vino surge en los imprudentes el foco de la fiebre». (*La febbre palustre nella Poesia*, A. CELLI-FRAENTZEL, *Riv. d. Malariologia*, IX, 1930.)

Todavía en el siglo XVI, FRANCISCO VALLÉS COVARRUBIAS y FERNANDO MENA dejan constancia escrita del empleo en sus enfermos de tercianas de las bebidas frigerativas.

En general, la pauta seguida para el empleo del agua de nieve era la de ingerirla en grandes cantidades en el momento del acceso o en el de mayor elevación térmica. ¿Fundamento científico de esta terapéutica? Podemos tenerlo en que la bebida frigerativa al interior obraba sobre la fiebre en pa recidos términos que una balneoterapia externa. A CELLI-FRAENTZEL, en el trabajo antes citado, nos refiere a este respecto cómo ORAZIO FLACCO (año 65 a. de C.) hablaba repetidamente de las fiebres en sus obras, indicando que el remedio para su cura era la permanencia del enfermo en las heladas riberas del Tiber. Sin embargo, son curiosos algunos detalles sobre los fundamentos clásicos de esta hidropinoterapia. La indicación, que abarcaba a las fiebres intermitentes, «ardientes», y de otros tipos, apoyábase en la teoría humoral de las fiebres, entonces muy en boga. La mayoría de los autores confieren al agua de nieve virtudes purgantes, temperantes, diluyentes, dulcificantes, nutritivos, estomáquicas, eméticas, sudoríficas, diarréticas y cordiales, prodigándose en función de tales cualidades. Así, pueden leerse párrafos que, como el siguiente, indican «... que el agua, por su frialdad, da quietud a los humores, suprimiendo la agitación que los altera...» En cuanto a las fiebres, «... el mal está en los humores que corren con irritación o porque fluyen con demasiada lentitud. ¿Corren con lentitud? Pues el agua la corrige aplicada en cantidad, y si es irritación que procede de sólo calor, porque le atempera con su frialdad; y si procede de la acrimonia de humo-

res, porque mezclándose con la sangre fermenta y causa un sudor tan copioso que purifica el humor y expelle el vicio...» «Si el desorden es en los sólidos, puede estar por dos motivos: o por mucha laxitud o por demasiada tensión. ¿Es por laxitud? Pues el agua la corrige con su frialdad, porque todo lo frío es astringente, endurece, encrespa y obstruye. ¿Es el desorden por tensión? Pues con el agua se corrige también, pues como ésta riega y humedece, da flexibilidad a las partes...» (Textos del anónimo judío y de MONARDES.) Como se ve, una interpretación de acuerdo con la teoría en boga; pero el hecho cierto es que el paludismo, carente de medicación específica y desconocida su etiología, beneficiábase en su síntoma fiebre (único entonces patonogmónico de la dolencia) de esta balneoterapia interior frigerativa, lo cual contribuyó a mantener su prestigio durante varias centurias.

Del siglo XVI hemos de pasar al XVIII si queremos leer referencias notables sobre el empleo del agua en el tratamiento del paludismo. En 1753 publicase un libro que lleva por título el pomposo de «*Disertación crítico-médico-práctica en que se establece el agua por remedio universal de las dolencias*», escrita por el doctor VICENTE PÉREZ, socio de la Real Academia de Solidistas, vulgo el Médico del Agua. Dedicada al marqués de la Ensenada. Madrid, MDCCLIII», que lleva la firma de Fr. Vicente Ferrer, uno de cuyos ejemplares se encuentra en la biblioteca de la Facultad de Medicina de Madrid. Don Vicente Pérez fue médico titular de Pozoblanco de los Pedroches (Córdoba), y hacia 1737, y con ocasión de «pestilencias» en Córdoba, Santa Cruz de Mudela, Pozoblanco y otras plazas, introdujo su método de curar todo con el agua. En cuanto al paludismo, dice literalmente en el artículo III, página 49 del libro citado: «... que las tercianas se curan tan felizmente con el agua, que se cortan a la segunda o tercera, y esto con tanta seguridad, que si falla será muy rara vez. El método es muy extraño, porque se da el agua aun con el frío, y quando el frío es mayor se administra el agua en más cantidad. El motivo de administrar el agua con el frío se porque quando ocupa el frío las extremidades del cuerpo, éste en su interior se está abrássando, y por medio del agua se hace que salga el calor de las extremidades, prorrumpen en sudor la naturaleza, cessa el frío y no entra la calentura. Assi curo a las tercianas a cada paso, y lo depondrán a centenares en Toledo...» Con anterioridad, en la página 48, se dice: «... yo no hallo otra medicina que ésta para las tercianas...» En cuanto al tipo de agua, refiérese que lo importante es que no tenga olor, sabor ni color, dando igual que sea de pozo, río o fuente, prefiriéndose las del Jarama, Duero, Ebro y Tormes.

Claro está que un método de tal empirismo ha-

bía de encerrar misterios, y éstos comienzan a la hora de tratar la pauta y dosis. Respecto a ello, se dice: «... pero querrán saber cómo y en qué dosis se debe usar del agua para que se explique virtud tan poderosa, aunque, como nota GALENO en materia de Medicina y otras facultades, no se puede explicar quanto uno entiende, porque discernir quando conviene usar de tal o tal medicamento, depende no sólo de reglas estudiadas, pero aún más de cierta delicadeza y perspicacia intelectual que no se puede trasladar al papel...» Más adelante, y aunque continúa soslayando la pauta, continúa: «... que con sólo entender algo de pulso, se aplicará el agua con utilidad a todo enfermo...» Y «... que en algunas diarreas y fiebres administrase en tal cantidad, y a veces la cantidad llega a tanto exceso que se necesitan dos o tres para administrarla...» No se especifica, por consiguiente, cantidad, pero es fácil suponer por lo transcrito que si la inyección se acusaba en el pulso, razones hay para afirmar que debía ser fabulosa. Se recomienda la administración por boca, y, por excepción, se habla para algunos histerismos y fiebres de aplicaciones locales (paños y sinapismos). El prestigio de don Vicente Pérez hubo de ser muy grande, hasta el extremo de que intentó curar a Don Fernando VII y a su esposa. Doña María Bárbara de Braganza, el primero de los cuales padeció un típico acceso palúdico en Aranjuez, perfectamente estudiado por el gran clínico don Andrés Piquer.

Pocos años antes del libro anteriormente comentado publicóse en España una obra que podemos considerar como la primera con sólidos fundamentos científicos. Denomínase *Hidrología o tratado de las aguas ferruginas rubias, vulgarmente dichas de la Virgen de la Cinta de Tortosa y de sus admirables efectos* (Valencia, 1735), y su autor hace constar curiosas e interesantes observaciones sobre algunas prodigiosas curaciones logradas en casos de tercianas y cuartanas con el empleo de dichas aguas. Débese a la pluma de don VICENTE VANAIMA, médico titular de la ciudad de Tortosa, y el autor abre con su obrita el camino de un racional empleo del agua como vehículo de elementos apropiados (en este caso el hierro) para el tratamiento de algunos síntomas de la infección palúdica. Naturalmente que las aguas minerales, como panacea antipalúdica, hace ya muchos años que dejaron de figurar en la lista de remedios totalitarios de la malaria. Pero el paludismo que, con el descubrimiento de la quinina y luego del agente etiológico, inició el período científico de su terapéutica, no pudo con la medicación específica evitar una serie de secuelas y ni siquiera modificar durante la misma cura algunos síntomas que ponen en peligro evidente la vida del enfermo, y, sobre todo, la integridad de su salud. Ello se hizo más acusado al conocerse in-

timamente la Anatomía patológica y comprobarse por otro lado, la importancia del medio gastrointestinal para el mejor efecto de los medicamentos, y no digamos de aquellos otros factores tan íntimamente ligados a la Hidrología, cuales son los climatológicos, que, desde CATON, TERENCEIO y COLUMELA, al vincularse el paludismo a las aguas estancadas y climas cálidos, aconsejan los climas de altura para prevenirse de la afección y también para curarla en los casos recidivantes. VANAIMA, al introducir en la terapéutica las aguas ferruginas, las confirió cualidades antipalúdicas ante algunos éxitos, ignorando, naturalmente, la base fundamental de tales mejorías. Los beneficios de las sales férricas en la anemia que siempre acompaña al paludismo, y entonces más que ahora, pues la casuística arrastraba la dolencia tras un rosario de recaídas, recurrencias y recidivas, respondiendo al esquema de JAMES, que acababan por reducir al individuo a un estado de caquexia con cifras inferiores al millón de hematíes. El hierro, elemento que integra hoy muchos medicamentos antipalúdicos junto a la quinina con inmejorables resultados, puede ser administrado igualmente por medio de un agua mineral que lo contenga, siendo así, a buen seguro, mejor asimilado por el organismo en razón a la perfecta absorción del contenido en dichas aguas. Tal ocurre con nuestras aguas de Lanjarón («Capuchina») o con los manantiales de Incio y Esplugas de Francolí, que, por encontrarse en zonas no palúdicas, son al mismo tiempo muy apropiados para efectuar en ellos curas balnearias, con las grandes ventajas de todo orden que dichas curas reportan a enfermos tan agotados.

Todavía hoy consérvase entre el vulgo la costumbre de injerir aguas con hierro en los casos de paludismo; y así, vemos en grandes zonas extremeñas como en las casas de palúdicos se disponen cántaros con fragmentos de aquel metal, cuya agua es bebida por el enfermo durante el tiempo que persistan los accesos.

* * *

Dentro de las atenciones del enfermo palúdico en el marco de la hidropinoterapia, existe una faceta apenas apreciada entre nosotros y que yo he podido medir en su justo valor con ocasión de mi estancia de médico colonial en Guinea. Me refiero a los beneficios que reportan las aguas minero-medicinales del tipo de las de Cestona para el tratamiento de los trastornos hepáticos consecutivos a una profilaxis quinínica dilatada. Efectivamente, en las zonas palúdicas hiperendémicas resulta obligada la inyección diaria de 40 centigramos de quinina si queremos mantenernos al margen de la afección, por lo menos en su aspecto clínico. Pero esta norma profiláctica, que ha de mantenerse durante la total estancia en la colonia si quere-

mos sea eficaz, acarrea, por su persistencia y amplitud, alteraciones funcionales del hígado de tal importancia a veces, que resulta imposible la vuelta a aquellos territorios de no ser corregida. Pues bien: una estancia de veinte o treinta días de estos enfermos en aquel balneario elimina casi siempre aquellos trastornos. Las razones que aconsejan en este caso la preferencia por dicho balneario son múltiples: por una parte, encuéntrase en clavado en zona no palúdica, dato que siempre hay que tener en cuenta y sobre el que también hace hincapié SAN ROMÁN en la página 316 de su obra; por otra, el clima. Con todo ello, atendemos la doble indicación que es menester tener en cuenta en estos enfermos coloniales. El paludismo y la función hepática, por un lado, y por otro, alterar la monotonía del clima ecuatorial, restableciendo con el cambio la depresión orgánica nacida de aquella isoclimatología.

Paralelamente al tratamiento quimioterápico que pudiéramos denominar directo, existen procedimientos indirectos de actuar sobre la enfermedad, valiéndose del empleo de las aguas mineromedicinales. Ellos están relacionados con la mejor absorción de los medicamentos antipalúdicos, con el refuerzo de la acción de éstos y con la prevención de ciertas reacciones tóxicas que algunos de dichos medicamentos provocan.

En 1923, SINTON (*Journ. Trop. Med. and Hyg.*, 2 de abril) publicaba sus observaciones en relación con la mayor eficacia de la quinina, especialmente en los casos por *Pl. falciparum*, y en las primoinfecciones, por *Pl. vivax*, cuando este medicamento, al igual que sus alcaloides, administrábase juntamente con una solución alcalina. A partir de entonces, el método de SINTON generalizábase en la India. Su fundamento estriba en los estudios de MCGILCHRIST, los cuales pusieron en evidencia la existencia de un estado de acidosis en el paludismo, y también en los de ACTON y CHOPRA, sobre la mejor absorción de la quinina en el tracto intestinal si la reacción de éste es alcalina. SINTON ve, por otra parte, que la alcalinidad del medio intestinal durante el tratamiento reduce el número de recidivas.

En términos generales, la pauta de SINTON es la siguiente. El enfermo es purgado previamente con sulfato de magnesio y calomelanos el día antes de comenzar el tratamiento. En días sucesivos, veinte minutos antes de administrar la solución de quinina, hace ingerir al paciente 28,4 c. c. de la siguiente solución alcalina: bicarbonato sódico, 4 gramos; citrato sódico, 2,6 gramos; carbonato cálcico, 0,16 gramos, y agua destilada, cantidad suficiente para 28,4 c. c. La solución

de quinina de SINTON responde a la fórmula siguiente: sulfato de quinina, 0,6 gramos; ácido cítrico, 2 gramos; sulfato de magnesio, 4 gramos, y agua destilada, cantidad suficiente para 28,4 centímetros cúbicos.

Efectivamente, la alcalinidad del medio intestinal es benéfica por todos conceptos, y así se deduce de nuestra dilatada experiencia; pero también es cierto que no es menester recurrir a ese complicado formulismo de SINTON, que, por otra parte, se aviene mal con el carácter de nuestra enfermería. Las soluciones indicadas son muy desagradables, y la enfermería, aun aquella más culta y, por tanto, más fiel cumplidora de las indicaciones del médico, acaba por abandonar el tratamiento a las primeras dosis. Nosotros realizamos esta cura en los casos recidivantes o en aquellos otros que la posición económica del enfermo lo permite, valiéndonos de nuestras aguas minerales, ya que en España disponemos de manantiales excelentes para este objeto. Con ellas no sólo conseguimos llenar la indicación de SINTON para el caso de la quinina y sus alcaloides, sino también el hecho general para los medicamentos sintéticos de ciertos trastornos de estómago que ocasionan al ser ingeridos, y que se evitan perfectamente efectuando las tomas con abundante líquido y, sobre todo, con aguas alcalinas. Recomendamos para ello las aguas de Mondariz y también las de Cabreiró y Marmolejo, siempre más agradables, y, a la postre, más eficaces que todas las soluciones que podamos formular. Como purgante previo, recurrimos siempre a las aguas de Carabaña, con una mineralización total por litro de más de 120 gramos, de los cuales 117 corresponden a los sulfatos sódico y magnésico.

La indicación purgante para antes de la cura quinínica, de acuerdo con SINTON, es un proceder que, como es bien sabido, ha sido llevado también actualmente al terreno de los tratamientos con los derivados acridínicos (atebrina, metoquina, mepacrina, etc.). La razón de ellos es que por este medio conseguimos reforzar la terapéutica facilitando la absorción del medicamento y también evitar algunas enteritis acridínicas y hasta disminuir la pigmentación dérmica que estos fármacos confieren en la mayoría de la casuística tratada con los mismos. Aunque esta pigmentación creemos nosotros debe ser respetada, puesto que, en los individuos que la presentan fuertemente, la tasa de recidivas es menor, existen ocasiones en que, bien por estética u otra causa, es menester evitarla, siendo para ello francamente útil la administración de un purgante de agua de Carabaña el día antes de iniciar el tratamiento.

LAS SARNAS PROFESIONALES

por el

Doctor JAVIER M. TOME BONA

Jefe del Servicio de Dermatología de la Clínica del Trabajo de la C. N. S. A. T., del Instituto Nacional de Previsión.
Bibliotecario de la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía.

Existen en la complicada terminología médica gran número de palabras que el uso vulgar y hasta técnico emplean de un modo inadecuado, dando lugar a confusiones. No creemos oportuno en este momento insistir sobre esta cuestión, que, sin embargo, encierra una fundamental importancia. Sólo diremos que cada día se siente como más imperiosa la necesidad de unificar el vocabulario médico y de utilizarla con la mayor precisión posible. Es evidente que ya tiene nuestra ciencia demasiadas nebulosidades de doctrina para que nosotros mismos las aumentemos con expresiones equívocas.

Uno de los vocablos de la Medicina empleado con mayor inexactitud, especialmente en la dermatología del trabajo, es el de *sarna*. Entiéndese por tal en la última edición del Diccionario oficial de la Real Academia Española una «enfermedad contagiosa, común al hombre y a varios animales domésticos, que consiste en multitud de vesículas y pústulas diseminadas por el cuerpo, producidas por un ácaro o arador, las cuales causan viva picazón, que el calor de la cama axacerba». Tal es el sentido recto de esta palabra de tan antiguo abolengo, y que, sin embargo, el uso y el abuso han mistificado infinidad de veces en su significación, obedeciendo a datos de impresión inmediata, tales como la localización o el aspecto macroscópico de las lesiones cutáneas, olvidando el concepto fundamental de *afección contagiosa y parasitaria*. De este modo, encontramos en la literatura estudios sobre la sarna del agua, cobre, cemento, yodoformo, estaño, níquel, refinadores del petróleo y tantas otras afecciones de naturaleza química o alérgica que nada tienen que ver con las genuinas acariosis.

Tal hecho nos ha sugerido la posible utilidad de puntualizar en un trabajo informativo o de conjunto las verdaderas sarnas profesionales, intentando de este modo deshacer el equívoco y aclarar lo más posible el turbio concepto existente en este sentido. Referiremos, en primer lugar, algunas ideas sobre la sarna vulgar en sus relaciones con el trabajo, y a continuación exponremos las más importantes sarnas de origen profesional.

Sarna vulgar.—No hemos de entrar en este lugar en el estudio de la llamada por antonomasia sarna, afección parasitaria y endémica de todos conocida, y sobre la cual resultaría reiterativo y ocioso cuanto pudiéramos exponer en este momento. Únicamente nos interesa señalar ahora al-

gunos puntos concretos en íntima relación con el epígrafe de esta publicación.

Indicaremos, en primer término, que la sarna vulgar ha sido reconocida de tiempos muy antiguos como extraordinariamente frecuente en los *panaderos*. No obstante, el análisis de este hecho permite deducir que la abundancia mencionada no está en relación inmediata con las modalidades del trabajo, y sí únicamente con el abandono y suciedad en que, por lo general, viven estos trabajadores.

Mucha mayor importancia práctica tiene la difusión extraordinaria que adquiere esta parasitosis en los *tiempos de guerra*, hasta el punto de que puede considerarse como una afección característica del personal militar y de las situaciones bélicas. La trascendencia sanitaria de esta enfermedad en los ejércitos es conocida desde tiempos muy antiguos. Sin remontarnos demasiado en la Historia, recordaremos como ejemplos que ya SOLOKOFF estudió la epidemia acariósica del ejército napoleónico de Italia, y que WILSON hizo amplias referencias sobre la que atacó a los soldados durante la guerra de Crimea. En la primera conflagración mundial, este hecho epidemiológico adquirió un relieve extraordinario, existiendo autores, como KNOWLES, que afirman que la sarna constituyó el 40 por 100 de la enfermería cutánea de las tropas norteamericanas, y otros, como MILIAN, registran cifras aún mayores. A estos hechos, ya de por sí trascendentes, se une la importancia que este problema adquiere en la retaguardia. En este sentido, son muy elocuentes las cifras proporcionadas por la U. N. R. A. en 1945. Según ellas, en 1940 se trataron en el Hospital Saint-Louis, de París, 24.559 casos de sarna; en 1941, 65.875, y en 1942, 102.645. En Italia, la proporción de afectados oscilaba, según los lugares, del 15 al 85 por 100 de la población total. En Noruega se trataron, en 1938, 9.605 casos de acariosis; en 1941, 24.447; en 1942, 37.439, y en 1943, 69.018. En Amsterdam, donde el número de casos de esta infestación no suele pasar de 400, se diagnosticaron 30.000. Por último, se afirma en esta inquisición que entre los refugiados de China la proporción de infestados era del 100 por 100.

GORDON y UNSWORTH, de acuerdo con esto, señalan, como regla general, el aumento constante de la incidencia de sarna durante las conmociones bélicas. Otros muchos autores se expresan

del mismo modo. Por otra parte, aún está caliente la experiencia de nuestra pasada guerra civil, en la que la pandemia alcanzó proporciones verdaderamente alarmantes.

Refiriéndose a las cualidades especiales que la sarna adquiere en los efectivos militares, los autores ingleses y americanos han mencionado algunas características. En efecto: McCORMAC, en sus observaciones de la primera gran guerra, indicó la frecuencia con que las lesiones de esta enfermedad respetaban las manos de los soldados, observándose, según ellos, con constancia, una disminución de los surcos interdigitales. Sin embargo, la mayoría de los investigadores, y nosotros en nuestra amplísima experiencia, no hemos podido confirmar este hecho. Únicamente faltan estas lesiones de las manos en los mecánicos como consecuencia de su habitual impregnación con grasas y gasolina.

Las sarnas profesionales verdaderas pueden estar relacionadas con fómites de naturaleza animal o vegetal, es decir, ser transmitidas al hombre por contacto con ácaros que habitualmente parasitan determinadas plantas o irracionales. Referiremos separadamente estas diferentes acariosis, con el fin de dar una cierta unidad didáctica a esta exposición.

Sarnas de origen vegetal.—Existe un grupo bastante abundante de ácaros que se transmiten al hombre por intermedio de los elementos vegetales, dando lugar a cuadros clínicos cutáneos de mayor o menor interés. Mencionaremos en este lugar los más importantes.

Sarna del grano.—Esta afección, conocida también con los nombres de *ácarodermatitis urticaroides de Schamberg*, *tiña del trigo* y *sarna de los cereales*, es la más importante de las comprendidas en el grupo que ahora nos ocupa, y seguramente también de todas las sarnas profesionales. La literatura sobre la clínica y expedimentación de esta enfermedad es muy abundante, siendo particularmente interesantes las publicaciones de ENGELBACH, FREUNT y COGLIANDRO, la de BUVAREV y SEMELS, que se refiere de un modo especial a los casos producidos por la avena, y la de SAUNDERS, a los manipuladores de la paja. Entre nosotros es particularmente importante el trabajo de GALLEGO BURÍN, efectuado en 1938 con motivo de una epidemia asistida por él.

El ácaro productor de esta sarna es el *pediculoides ventricosus*, que pertenece a la clase de los arácnidos, orden de los ácaros y familia de los trombidios, y que parasita habitualmente a las larvas y ninfas de un lepidóptero. Su tamaño es de 80 a 200 micras, y vive en el grano averiado de distintos cereales, en la harina y en la paja. En consecuencia, es una afección propia de los labradores, mozos de cuadra, molineros, cocheros y, en general, de todos los trabajadores que tienen

que manejar las mencionadas sustancias. Su frecuencia es extraordinaria en la mayoría de los países, existiendo, no obstante, algunos, como Francia, en los que esta afección se considera como muy rara. No se ha logrado comprobar el contagio directo de hombre a hombre, pero sí su producción epidémica. Según ha podido comprobar el autor portugués TANISA, no existe inmunidad natural contra esta infestación, siendo, por el contrario, muy común la comprobación de la inmunidad adquirida.

La lesión elemental de la sarna de los cereales es una *mácula eritematosa* con infiltración papulosa central más o menos acentuada y coronada por una pequeña vesícula. Su tamaño varía, pudiendo ser del diámetro de una lenteja al de una avellana: la vesícula central puede estar umbilicada o llena de un contenido seroso, hemorrágico o purulento. Estas manifestaciones cutáneas van acompañadas de violento prurito y escozor, y en los momentos iniciales de una elevación térmica, que en bastantes ocasiones puede ser muy acentuada. Los estudios de ANCONA y ROST, principalmente, han permitido afirmar que este parásito puede producir, además de sus efectos irritativos locales, una evidente acción alérgica, que muchas veces se traduce por otras manifestaciones tegumentarias y crisis de asma. Se han descrito en este sentido por BERNSTEIN eritemas papulosos, pápulo-vesiculosos y polimorfos con violento prurito y fiebre, que, en opinión de este autor, está producido por las toxinas del parásito. Los estudios de PANTALEONI han demostrado que las mencionadas toxinas pierden su acción irritante para la piel cuando muere el parásito.

La identificación de este cuadro clínico presenta, en ocasiones, grandes dificultades, no pudiendo, en realidad, establecerse de un modo seguro más que por la comprobación del parásito. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que el hallazgo de este ácaro sobre la piel humana no siempre es posible, debiéndose en estos casos investigar en los cereales sospechosos. Los portugueses TANISA y SAMPAIO han ideado, para facilitar esta búsqueda, un artificio, que consiste en dos portaobjetos superpuestos y separados por dos pequeños trozos de cartón o madera y lubricados con aceite de almendras dulces por sus caras contrapuestas, los cuales se colocan entre el material a investigar, y, al cabo de veinticuatro horas, se llevan al microscopio, comprobándose en los casos positivos los parásitos en gran cantidad.

El pronóstico de esta afección es siempre benigno, dada la tendencia que tiene a la curación espontánea. La profilaxis requiere, de un modo fundamental, la extinción de la plaga en los cereales, para lo cual debe obligarse a los dueños de los grandes silos al tratamiento preventivo del grano con el sulfuro de carbono.

Un cuadro muy semejante al que acabamos de mencionar ha sido descrito por DHERSIN por un ácaro parásito del algodón, que, posteriormente, fué identificado por NIXON con el mismo *pediculus ventricosus*. BLASCHKO describió hace ya muchos años un eritema descamativo muy pruriginoso producido por la *spherogynia ventriculosa*, parásito de una mariposa del grano. El *rhyzoglyphus hyacinti*, ácaro parásito de los bulbos de los jacintos, produce también, según han comprobado muchos autores, y en primer lugar PAVLOSKY, un cuadro cutáneo de cualidades semejantes a las mencionadas. PORTILLA y CONTRERAS han publicado dos casos de este género provocados por el gorgojo de la algarroba, y ROHSTAD dos epidemias por ácaros existentes en las hojas de higuera y tabaco.

Fuera de nuestros climas se han descrito otras modalidades de sarna dignas de mención en este lugar. Por ejemplo, la llamada sarna del coprah, descrita, en primer lugar, por ELLIOT y estudiada después por CASTELLANI, HIRST, MCLEOD, WITFIELD, DIVLESON, etc., se observa con frecuencia en los obreros que manejan la nuez de coco, tanto en la recolección como en su empleo, y está producida por el *tyroglyphus longior* de GERVAIS. El propio CASTELLANI ha descrito bajo el nombre de *pine apple pyosis* una forma de sarna propia de

los plantadores de plátanos. Se caracteriza esta afección por lesiones ulcerosas y pustulosas localizadas de preferencia en brazos y piernas. DALGETTY ha estudiado en los plantadores de té un cuadro cutáneo producido por el *ryzoglyphus parasiticus*, caracterizado por manifestaciones eczematiformes localizadas en los pies y maléolos. La sarna de los especieros está producida por el *glyciphagus domesticus*, y se manifiesta por un violento pero efímero estado irritativo de la piel. En último término mencionaremos las observaciones de acariosis en los empaquetadores de dátiles, descritas por OPPENHEIM y TAGLICH.

Sarnas de origen animal.—Los animales domésticos padecen con frecuencia afecciones producidas por ácaros, las cuales pueden transmitirse al hombre, determinando dermatosis dignas de interés. Los estudios iniciales de MAJOCCHI y BOSELLINI, y los más recientes de BRUNT, MAURO y otros muchos, en los que se revisan con detalles estas posibilidades etiológicas, han permitido puntualizar como principales fómites o elementos propagadores a los caballos, asnos, mulas, cabras, carneros, cerdos, perros, gatos, conejos, etcétera. Los cuadros clínicos que se producen por este origen pueden ser identificados desde el punto de vista clínico. Todos ellos tienen un período de incubación brevísimo, dando comienzo, por lo



DIBIONTA

Vitamina B₁ + C

**Complemento de la nutrición en cantidad
adecuada a las necesidades diarias**

Frascos de 50 grageas

E. Merck

común, a nivel de los brazos, de donde se extienden al resto del cuerpo, sin ajustarse a una peculiar disposición topográfica. No suelen compararse habitualmente surcos, constituyendo la manifestación objetiva inicial un prurito más o menos intenso que no tarda en acompañarse de una *erupción miliar de elementos polimorfos urticados*, que se extienden por toda la superficie del cuerpo. Estas sarnas tienen tendencia a la curación espontánea en un espacio de dos a seis semanas, persistiendo después de curadas durante bastante tiempo el dermatografismo. Es conveniente señalar, para evitar confusiones, que algunas de las acariosis observadas en los mozos de cuadra o establo no proceden de los caballos o las vacas, sino del forraje (*Ielaps stabularis* y *I. marginatus*), y que éstas, precisamente, van acompañadas de un prurito tan acentuado, que da lugar a complicaciones secundarias. Es interesante señalar en este lugar como excepción a la benignidad de estas sarnas, que la determinada por un ácaro parásito de los camellos reviste una especial gravedad, tanto por la persistencia e intensidad de sus lesiones como por la violencia de las reacciones generales de que se acompaña.

La *sarna de las gallinas*, a la que GUERRINI dedicó una atención muy preferente, y STEWALGON estudios muy detallados, está producida por el *dermanysus avium* o *gallinae* de GEER, ácaro de cuerpo piriforme, blanco o rojo según la edad, que mide 600 micras de longitud el macho y 1.700 la hembra, y que durante el día vive en la paja, deyecciones y muros, de donde se traslada por la noche al cuerpo de los pollos y pichones (BRON). Este parásito da lugar a un exantema inicialmente *eritematoso* o *papuloso*, que más adelante se *eczematiza*, dando lugar a un cuadro muy abigarrado en el que se suman abundantes lesiones de rascamiento. La intensidad de esta erupción pare-

ce estar determinada por la mordedura de los parásitos, que inocula una saliva de propiedades irritantes.

Bastante semejante al anterior, aunque de cuadro clínico más atenuado, es la *sarna de las palomas*, producida por el *argus reflexus*, y la dermatitis, ocasionada por el *argus persicus*, parásito al que se ha acusado sin pruebas concluyentes de transmitir la fiebre recurrente. Muy recientemente, ANDERSON ha descrito una forma análoga producida por el *liponissus Becoti*, ácaro de las *ratas tropicales*. LOWELL otra, propia de las *ratas vulgares*, y con anterioridad, SPITZER había estudiado la *sarna de los conejos*.

La *sarna de los gatos* está producida por el *sarcoptes notoendres minor*, descubierto en 1793 por CHAMBERT y HUZARD. Sus manifestaciones clínicas en el hombre han sido estudiadas con gran acopio de experiencia y literatura por LAFOURCADE en el año 1932. MALLINCK-HAUPT ha referido una extensa epidemia de esta enfermedad, cuya duración se prolongó durante más de dos años, y otros muchos autores han referido casos de esta parasitosis.

Mencionaremos, en último término, la llamada *sarna del soldado de Caballería*, producida por la variedad equina del *sarcoptes*. Esta afección es, en ocasiones, tan frecuente, que ENGELBERTING ha encontrado 167 parasitados entre 215 soldados examinados; esta forma de sarna parece especialmente apta para complicarse con procesos infectivos secundarios.

En esta breve revisión elemental de las sarnas profesionales hemos mencionado los cuadros más interesantes, desde el punto de vista práctico, existiendo, no obstante, algunos otros menos frecuentes e importantes que hemos silenciado de propósito, en gracia a la brevedad.



Los métodos artrodesiantes de la tuberculosis de cadera

por el

Doctor J. ORTEGA

Sanatorio de Peña-Castillo. Servicio de Cirugía (Santander.)

Antiguamente, el tratamiento quirúrgico de la tuberculosis ósteoarticular se llegaba a practicar en gran profusión, cuyos métodos consistían en extirpaciones de foco, raspados, resecciones de articulaciones y amputación. Los resultados obtenidos eran desalentadores, porque no se conocían las facetas patogenéticas de la T. O. A., y las medidas asépticas que requiere la cirugía ósea no eran satisfactorias. Debido a estos fracasos, fueron relegándose a último término, y los mejores resultados conseguidos por helioterapia, felizmente aplicada y aconsejada por el doctor R.

LIER, fué ganando terreno el método conservador al intervencionista. Pero RANDERATH, HUESCHMAN, KONSCHIEGG, LANGE, FLESCHE THEBESIU, KREMER y WIESE, después de constantes trabajos, tanto clínicos como anatomopatológicos, se ha llegado a una comprensión de la patogenia y fisiopatología que hace una mejor institución terapéutica, bien en un sentido conservador, bien intervencionista. Hoy día, antes de aplicar un tratamiento quirúrgico, han de tenerse en cuenta la edad, el estado alérgico, la variedad anatomopatológica, la localización; en una palabra: procu-

rar que la lesión se enfríe y evolucione como una tuberculosis terciaria.

El tratamiento de la coxalgia ha sido motivo de reiteradas discusiones, alegando unos que el tratamiento conservador (ROLLIER y BIER) da un porcentaje de curaciones más elevado, mientras que los seguidores del tratamiento quirúrgico, entre ellos KONIG KOCHER, FERNÁNDEZ IRUEGAS, et cetera, consiguen estadísticas curativas más numerosas. Es indudable que, tanto uno como otro, llevan un fin, que es la anquilosis de la articulación como etapa final de la curación de la coxalgia. En la actualidad, parece ser que el tratamiento quirúrgico vuelve a imponerse sobre el conservador siempre y cuando que tengan en cuenta las reglas patogénicas de la tuberculosis ósteo-articular. El tratamiento quirúrgico fué ideado a principios de siglo por ALBEE, autor que ha contribuido ampliamente a la fijación articular valiéndose de tutores o injertos autoplásticos. En España se han ocupado en trabajos extensos los doctores FERNÁNDEZ IRUEGAS, BASTOS, GARCÍA BRAGADO, GONZÁLEZ AGUILAR, etc. A continuación hacemos una clasificación de los métodos que se han empleado.

Intraarticular...	{	Resecciones simples.....	{	Totales.
				Parciales.
	{	Resecciones parciales modelantes.	{	
		Resección más enclavijado.		
			{	Material metálico.
				Tornillos.
				Placas.
			{	Material orgánico.
				Hueso.
				Marfil.
			{	Material fresco...
				Tibia.
				Peroné.
				Costilla.
Mixtas.....	{	Resección de lesiones.	{	
		Masplastia yuxta o paraarticular.		
Extraarticular...	{	Yuxtaarticular.	{	1.º Tallo iliaco.
				2.º Deslizamiento de trocánter.
				3.º Combinación de anteriores.
	{	Paraarticular.	{	1.º Tallo tibial.
				2.º Tallo costal.
				3.º Tallo peroneo.
				4.º Tallo reúne isquion y fémur.
	{	Combinados...	{	Tallo iliaco, más trocánter, más elemento tibial.

La primera anquilosis fué hecha, al parecer, por ALBERT, de Viena, en 1878, efectuándola sobre una rodilla. LAMPUGNANI, HEUSSACK la continuaron sobre otras articulaciones. DOLLINGER y LANGRANGE, en 1890, presentan a la Sociedad de Cirugía de París una artrodesis de cadera que, como secuela de una artritis postescarlatínica, había producido la luxación patológica de la cabeza femoral. Dos años más tarde, en 1892, ALBERT publicó una nueva observación de artrodesis en cadera por parálisis infantil. Pero el mérito de haber ensayado este procedimiento quirúrgico en el tratamiento de las artritis fímicas recae sobre ALBEE, quien, en 1908, interviene a una niña afectada de coxal-

gia dolorosa. Su técnica fué puramente intraarticular, y el resultado fué un éxito.

Artrodesis articular.—Consiste en abrir la cavidad articular y el modelado de las superficies expuestas con avivamiento. De esta manera se coloca en presencia de dos planos cruentos, que, desprovistos de cartílagos y neoformaciones fibrosas, pueden fusionarse entre sí.

Artrodesis extraarticular.—Consiste en colocar injertos pediculados procedentes de iliaco, trocánter y diáfisis femoral.

Tipo yuxtaarticular.—HAAS, en 1922, secciona el trocánter por su base y lo desliza a manera de cerrojo corrido entre el plano cruento resultante y ceja cotiloidea. Hacia 1926, HIBBS desprende aún más ampliamente el trocánter acompañado de un segmento de metáfisis femoral, que, rotado en 180 grados, aloja su extremo distal debajo de una lengüeta tallada en la tabla externa del hueso iliaco. MATHIEU, junto con WILMOTH (*J. de Chirurgie*), exponen un procedimiento que consiste en desplazar el trocánter con objeto de reunir la superficie de sección obtenida a un colgajo rebatido en el sentido inverso al de HIBBS. Hacia 1920, ALBEE libera una charnela iliaca y la vuelca hacia el trocánter, alojando su extremo libre en una hendidura practicada en el mismo. CHUTRO, en 1930, propone un método muy semejante al de HIBBS.

Tipo paraarticular.—Este método fué iniciado por MARAGLIANO hacia 1913, el cual operó dos niños de seis a nueve años con buenos resultados. ALBEE, en 1923, describe un procedimiento a doble injerto tibial divergente. SACCO expone su procedimiento basado en la utilización de un callo peroneo que pasa por transfixión a través de la base del trocánter y lo aloja en ceja cotiloidea.

Artrodesis mixta.—Esta consiste en un procedimiento que penetra en el antiguo foco coxálgico con avivamiento de las superficies óseas, y se completa la artrodesis por medio de una maniobra complementaria o colgajo iliaco rebatido o por deslizamiento del trocánter a manera de un cerrojo.

Artrodesis por avivamiento.—Consiste en realizar un avivamiento de las superficies articulares para que, puestas en contacto, se afronten directamente y terminen por fusionarse. La articulación de la cadera está formada por el iliaco y el fémur, los cuales toman contacto por una cavidad glenoidea excavada en el primero y por una cabeza semiesférica en el segundo. A estas dos superficies las recubre un cartílago que, a su vez, se rodea de un manguito fibroso que comprende el todo articular, que es la cápsula. Esta última, tapizada por un revestimiento sinovial, espesa sus haces constitutivos para formar los refuerzos ligamentarios.

Siguiendo a LOGROSCINO, la cadera está irrigada en los ocho primeros años de la vida por una anastomosis vascular procedente de la arteria femoral profunda. De ésta nacen las circunflejas



Boldevón



Regulador de la función hepato-biliar por la sinergia colagoga, colerética y espasmolítica de sus componentes: boldo, evonimina, bilis de buey y belladona, en grageas

Dosis

Una gragea después de cada una de las tres principales comidas, pudiendo doblarse en la de la noche.

MUESTRAS GRATIS A LOS SEÑORES MÉDICOS

Laboratorio Quimioterápico del Ebro
VERGÉS & OLIVERES, S. A.
TORTOSA

C. S. 8.303



clásica en el tratamiento
interno de las dermatosis

« Azufre y Bardana »

justamente reivindicada y
superada con

Sulfolapina



SULFOLAPINA

COMPOSICIÓN Y FORMA

Comprimidos de azufre sublimado lavado y extracto de raíz de bardana (ââ 0'15 gramos).

INDICACIONES

Eczemas en general. Linfatismo, escrófula y dermatosis consecutivas. Dermatitis y manifestaciones alérgicas en general. Furunculosis. Acné. Estados luéticos especiales.

DOSIS

De uno a dos comprimidos (ordinariamente un comprimido), antes o después de cada una de las tres principales comidas.

LABORATORIO QUIMIOTERÁPICO DEL EBRO
VERGÉS & OLIVERES, S. A.
TORTOSA

Censura Sanitaria N.º 2810

TIROIDES LEO



En tabletas biológica-
mente estandariza-
das y valoradas de
manera que cada
tableta:

Actividad
terapéutica
siempre
constante.

N.º 1 equivale a 0,1 mg. de tiroxina
N.º 2 — 0,2 — —
N.º 4 — 0,4 — —

Conservación
indefinida.



COMERCIAL IBERO DANESA S.A.
LABORATORIO LEOBYL

Apartado 439 - MADRID

Sarriá, 7 - BARCELONA



KALOGEN

COMPOSICION

Clor. cálcico...	0,10	Yod. cálcico.....	0,02
Bromuro — ...	0,50	Hidrato	0,10
Agua destilada	100 c. c.		

INDICACIONES:

Remineralizante, antiescrofu-
loso, tetania (espasmofilia),
neurosis, enfermedad de Bas-
sedow, decalcificación duran-
te el embarazo y el período
de la lactancia, caries denta-
ria, raquitismo, etc., etc.

PRESENTACION:

POR VIA BUCAL, frasco de 310 gramos.
POR VIA HIPODERMICA, inyectables de
2 y 5 c. c., para inyecciones subcutáneas,
intramusculares o endovenosas, según
prescripción facultativa.

DOSIFICACION:

NIÑOS: hasta cinco años, tres cuha-
raditas de las de café al día. Mayores
de cinco años, dos cucharadas de las de
sopa al día. ADULTOS, tres cucharadas
de las de sopa al día, diluido en un poco
de agua.

Laboratorio Dr. Tayá y Dr. Bofill, S. A.

Barquillo, 32.-MADRID

Comercio, 28.-BARCELONA

(Aprobado por la Censura Sanitaria, núm. 5.894.)

anterior y posterior, que se van a anastomosar en la fosa cervicotrocantérea, y de las que, a partir de ellas, surgen ramas que irrigan el cuello femoral, la cabeza y la metáfisis. Admite LOGROSCINO tres grupos: primer grupo, que corresponde a la parte superior; segundo grupo, que corresponde a la parte inferior del cuello y epífisis, y tercer grupo, vasos propios de la epífisis.

En edades avanzadas y adultas, la distribución vascular es parecida, creándose dos círculos vasculares situados entre la epífisis y metáfisis el uno y entre metáfisis y diáfisis el otro. Entre ambos sistemas queda, por tanto, una zona deficientemente irrigada.

El iliaco está irrigado por ramas que proceden de la arteria glútea superior, de la glútea inferior o isquiática y de la obturatriz. Después de esta irrigación de la articulación de la cadera, nos explica la importancia que tiene para que los bacilos, llegados allí por vía hemática, se acantonen y determinen una coxalgia.

Hoy día sabemos que la curación total y definitiva de una articulación tuberculosa requiere la anquilosis ósea, y para ello es preciso tratar a estos enfermos por medios anquilosantes, teniendo en cuenta siempre los fenómenos inmunobiológicos del sujeto, los datos de laboratorio y la carencia de complicaciones pulmonares, abscesiformes o fístulas. En realidad, aunque hoy día, en la edad juvenil, se tiende ya a la intervención, siempre y cuando operemos en fase de alergia terciaria, es preferible abandonar el procedimiento operatorio y seguir con tratamiento ortopédico, mientras que en la edad adulta la curación de la T. O. A. es muy difícil y muy tardía, y, por consiguiente, los métodos artrodesiantes son los indicados. Nosotros tenemos como pauta, después de haber estudiado al enfermo con todo detalle, no operar con una velocidad de sedimentación por encima de 15 milímetros en la primera hora, y siempre después de un tratamiento preparatorio ortopédico, y así, es la única forma de poder conseguir efectos satisfactorios. Las dos técnicas habitualmente utilizadas por todos los doctores, son: el Haas y el Albee, que para nosotros son las dos buenas y de efectos magníficos, si bien nosotros nos inclinamos en una clase de enfermos por una y en otra clase de enfermos por otra. El método de Haas tiene en su favor el realizar la operación en un solo campo, lo que determina menor detrimento para el enfermo y deja un bloque articular potente, y podemos a los diez o doce días de intervenidos los enfermos mandarles levantar y andar con la escayola costopelvípica, y en contra tiene el que al seccionar el trocánter deja una superficie muy cruenta, que sangra, siendo objeto de algunos hematomas. La operación de Albee es realizable en dos campos, es decir, el injerto tibial es extraído y luego transportado al

lecho femoroiliaco y, por consiguiente, la injuria operatoria es mayor que en la de Haas; pero, al contrario que ésta, en la zona del foco patológico la cruentación que sirve de lecho al tutor tibial no sangra apenas, y, por tanto, facilita un curso postoperatorio libre de hematomas. Los dos procedimientos son extraarticulares y, sin duda alguna, son de incomparable mejor resultado que las intraarticulares y las paraarticulares.

Hemos podido observar que la velocidad de sedimentación con la técnica de Haas desciende más bruscamente que con la operación de Albee, durante el primer mes, y que nosotros lo atribuímos a que actuamos en zona patológica más directamente con el Haas que con el Albee, y es posible que las lesiones se reactiven ligeramente, puesto que, transcurridos cuatro meses, la velocidad de sedimentación tiende otra vez a lo normal.

Detalles operatorios.—Se han ideado muchas incisiones: las de OLLIER, S. PETERSEN, CALVÉ, MARAGLIANO, etc. Nosotros empleamos, previa preparación del enfermo, una incisión que empieza a nivel de espina iliaca anterosuperior, borde superior de trocánter, y la continuamos hacia abajo, en dirección del eje femoral, o sea la incisión de Maragliano. Pinzamos los vasos que sangran, y seguidamente separamos por disección el glúteo menor; luego, si optamos por el Haas, seccionamos el trocánter y lo encajamos, previo giro de 180 grados, en una muesca supracotiloidea. Si optamos por el Albee, hacemos una incisión en cara anterointerna de tibia y extraemos un tutor óseo de unos 3 centímetros y lo colocamos en zonas cruentas, entre trocánter y zona supracotiloidea. En el método de Haas no colocamos escayola hasta que pasen ocho días, para dar salida a los hematomas, si es que hubiera lugar. Si a los ocho días comprobamos que la herida está perfecta, en la misma cama se coloca un pelvisoposte y procedemos a la colocación del vendaje costopelvípico. En el procedimiento de Albee, como sangra menos y casi nunca se forman hematomas, inmediatamente después de la operación aplicamos el vendaje. A los tres meses, aproximadamente, quitamos este yeso, y si la radiografía y la velocidad de sedimentación son favorables, colocamos un vendaje hasta rodilla (pantalón de Lorenz), y todos los meses procedemos a la velocidad de sedimentación; si la evolución y los análisis son normales, a los ocho meses quitamos la escayola y recomendamos al enfermo que comience a andar un poco, pero siempre vigilando, y sobre todo los primeros días, la velocidad de sedimentación y el curso del enfermo. Si pasados otros dos meses no se han presentado incidentes, el enfermo puede hacer una vida, aunque no completamente normal, si valerse por sí mismo para andar y proceder lenta y pausadamente a sus ocupaciones habituales.

Divulgaciones nacionales

El tratamiento de la uremia mediante el empleo del llamado «riñón artificial»

por el

Doctor EMILIO DE LA PEÑA

Madrid.

Hace ya bastantes años que los investigadores vienen tratando de suplir la insuficiencia funcional de los riñones, y su consecuencia, la uremia, por trasplantaciones de riñones de otros animales de la misma especie. CARREL fué el primero que logró algunos éxitos con sus experimentos de trasplante de riñones en el animal; pero la aplicación del procedimiento a la Clínica humana no se llevó a cabo hasta 1935, cuando en el Instituto de Cirugía de Urgencia y Transfusión de Sangre, de Moscú, se realizó la primera trasplante, a los vasos femorales, de un riñón de hombre recientemente fallecido de accidente, siendo el enfermo observado una mujer con intoxicación mercurial y uremia consecutiva. Se había hecho el estudio de los tipos sanguíneos de la enferma y del cadáver donante del riñón, así como la reacción de Wasserman, etc., sin que se observara incompatibilidad alguna para el experimento. El riñón trasplantado llegó a funcionar, hasta el punto de observarse el flujo de orina por la pelvis renal abocada a la piel de la región femoral. Pero el hecho de que se considerase indicada una transfusión de sangre y de que no se tuviese en cuenta la posibilidad de una incompatibilidad de tipo sanguíneo entre la sangre del donante y el riñón trasplantado, determinó lesiones típicas de incompatibilidad de este órgano, lo que dió lugar al cese del funcionamiento del mismo y a la muerte de la enferma. Desde entonces no se conocen nuevos intentos de este tipo, aun cuando es de suponer que con la aparición de la *heparina* y del mejor conocimiento de los tipos sanguíneos, el problema de la trasplante de riñones esté en vías de solución.

Se ha tratado de suplir el funcionamiento renal mediante la depuración artificial de la sangre, utilizando aparatos dializadores especiales, puestos en comunicación con el aparato circulatorio del enfermo. Así, en 1913, los norteamericanos ABEL, ROWNTREE y TURNER verificaron, en el perro, experimentos de depuración ureica de la sangre mediante un procedimiento de plasmaferesis. En sus experimentos, los autores utilizaron un aparato dializador con tubos de celoidina, y evitaron la coagulación de la sangre en el interior del sistema dializador por medio de la *heparina*, que se inyectaba a través de una bureta adicional. En 1915,

HAAS utilizó un aparato dializador de colodión, y, por fin, en 1938, THALHIMER trató la uremia con un nuevo «riñón artificial» en el que se utilizaba, además, la acción anticoagulante de la *heparina*.

Pero el progreso de la cuestión no alcanzó su desarrollo actual hasta que el profesor BRICKMAN, de Groningen, introdujo el celofán como membrana dializadora. Estos trabajos han culminado en la tesis doctoral del doctor W. J. KOLFF (1946), quien ha construido, en colaboración con H. J. BERK, un riñón artificial esterilizable y de capacidad suficiente para que una pequeña cantidad de sangre pueda ser esparcida en una gran área de superficie y que esta sangre y el líquido lavador se mantengan en constante movimiento. El aparato de KOLFF y BERK consiste en un cilindro giratorio que contiene el sistema de tubos dializadores.

KOLFF utiliza como líquido lavador una mezcla de cloruro sódico (0,6 por 100), bicarbonato sódico (0,2 por 100), cloruro potásico (0,4 por 100) y glucosa (1,5 a 3 por 100). Durante la diálisis debe observarse minuciosamente la concentración de potasio, sodio y cloro, así como la reserva alcalina.

La elevada concentración de glucosa tiene por finalidad proteger a los hematíes contra la hemólisis; pero tiene el inconveniente de ser desagradable para el enfermo. También debe administrarse gluconato de calcio para compensar la pérdida de este ión.

KOLFF aplica en la actualidad la diálisis continua, en la que la sangre procedente de la arteria radial recorre una sola vez el sistema dializador para volver a una vena. La sangre que ha circulado una sola vez por el riñón artificial pierde casi por completo la urea y otros productos de retención. La mayor cantidad de urea extraída en una sola dialización ha sido de 260 gramos. También se ha comprobado la extracción de creatinina, ácido úrico, indoxilo, xantoproteína y algunos productos farmacológicos. El cuadro clínico de la uremia desaparece en veinticuatro horas, excepto en aquellos casos en que el «riñón artificial» se aplicó a un enfermo moribundo que no logró recobrar el conocimiento.

KOLFF ha aplicado su riñón artificial en una se

rie de enfermos de uremia aguda por diversos procesos (glomérulonefritis, intoxicación mercurial y por sulfapiridina), así como en la que se observa en los enfermos sometidos a intervenciones quirúrgicas. En la glomerulonefritis crónica, el riñón artificial solamente es útil para combatir un episodio de uremia aguda en el curso del proceso. En los casos de uremia aguda, KOLFF opina que la aplicación del riñón artificial no debe dejarse para cuando el estado general del enfermo se agrave bruscamente, ya que, según su experiencia, el enfermo de uremia aguda suele fallecer bruscamente, aun cuando su aspecto sea aparentemente bueno. Teniendo esto en cuenta, el riñón artificial debe ser utilizado cuando la urea sanguínea se eleva por encima de 3 gramos por litro, sobre todo si la potasemia es más alta de lo normal y la reserva alcalina excesivamente baja.

El riñón artificial permite rebajar de 3 a 1 gramos por 1.000 la urea sanguínea de un enfermo en una sola dialización, y en algunos casos puede

rebajarse, incluso, hasta una cifra normal. Por consiguiente, en la actualidad es posible desintoxicar a un enfermo urémico grave en una sola dialización que dura de diez a catorce horas, lo que le permite una remisión de varios días, al cabo de los cuales los riñones pueden eventualmente recobrar su funcionamiento normal.

La utilización del riñón artificial, como vemos, tiene un campo de aplicación limitado a los casos de uremia aguda por insuficiencia renal temporal. La uremia consecutiva a lesiones crónicas, con insuficiencia renal progresiva, no justifica, como es lógico, el empleo del riñón artificial, ya que precisaría el uso continuado del mismo. La solución de este problema parece depender de la trasplatación de riñones a que nos referimos al comienzo de esta nota.

En la obra de KOLFF se exponen detalladamente los datos técnicos del «riñón artificial», que han de permitir su construcción a quien lo desee y cuente con la precisa cooperación técnica.



SERVICIO DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL DE LA CRUZ ROJA DE OVIEDO

Jefe del Servicio: Doctor Izquierdo Rubín.

El tratamiento submarino en la parálisis infantil

por los

Doctores J. IZQUIERDO RUBIN y J. ARIAS FERNANDEZ

Las diversas facetas que completan el tratamiento de la parálisis infantil han ofrecido siempre una extraordinaria importancia, tanto para el especialista como para el médico general.

No podemos limitarnos a decir, en parálisis infantil, como todavía se lee en algunos tratados, «de que las enfermedades que poseen muchos tratamientos vienen a significar que ninguno sirve para nada». Tal aseveración es contraria a los dogmas que enseña la Medicina. Por eso siempre hemos creído mucho más conveniente, en terreno poliomiéltico, el combinar y barajar el escaso beneficio que nos reporta cada uno de aquellos medios, para que de esta perfecta coordinación de recursos que la terapéutica pone a nuestro alcance saquemos un mayor provecho para el enfermo y, con ello, para la sociedad.

Una de estas facetas más originales, y quizá más provechosa, es el tratamiento submarino que las secuelas poliomiélticas dejan como caro tributo a los que consiguen dominar su infección.

El tratamiento de la parálisis infantil por la hidroterapia, a la que se combinan determinados movimientos ejecutados bajo el agua, ofrece tantas posibilidades, que, a no dudar, el Estado es

pañol debiera ensayar, al igual que se ha hecho en Johannishad (Alemania) y en Warn Springs (Estados Unidos), la cura de estos enfermos, ya inválidos, por un adecuado y completo tratamiento en balnearios especializados para niños paráliticos.

La base de este tratamiento está fundada en diferentes factores, que trataremos muy someramente de ir analizando.

En primer lugar, recordaremos el viejo principio de Arquímedes, que enseña que un cuerpo sumergido en el agua pierde parte de su peso, equivalente al del agua que desaloja. El cuerpo humano viene a perder un 9/10 de su peso al sumergirse en el baño, y si éste es salino, algo más.

Por ello, si nosotros colocamos a un enfermo en una bañera con agua caliente, como sus miembros le han de pesar menos, los movimientos que con ellos realice han de necesitar también un mínimo de esfuerzo, hecho de gran trascendencia, ya que los músculos paralizados podrán realizar en estas condiciones unos movimientos que nunca podrían fuera del agua.

Los ejercicios submarinos (bajo el agua) facilitan, sobre todo, la movilización inicial en la cura

de rehabilitación precoz, ya que de hacer esta rehabilitación fuera del agua no sólo nos expondríamos a producir varias deformidades en el niño, sino también fracturas y traumatismos que dificultarían aún más la ya difícil recuperación funcional.

La débil excitación termal de las aguas modifica el recambio tisular, la actividad endocrina, y dilata los vasos periféricos, con lo que la circulación periférica se realiza en mejores condiciones.

La atrofia muscular, que por iniciativa se viene a sumar a la ya propia de la lesión medular, es eficazmente combatida y limitada por la cura submarina.

En Johannishad se añade la irradiación ultravioleta a la cura bajo el agua. De este modo, los pacientes, sumergidos en el baño, son sometidos a la acción de la luz ultravioleta.

Este tratamiento en el baño, o mejor en la piscina, precisa una dirección técnica que sólo el médico puede conocer, ya que el ejercicio no consiste en nadar (con esto sólo conseguiríamos aumentar las deformidades, pues la progresión en el agua por la natación se verifica por músculos determinados) y lo que el enfermo necesita es precisamente recuperar sólo los músculos paralizados: por eso los ejercicios han de ser especiales para cada caso, no pudiendo establecerse reglas exactas, pues son muchas las variaciones paralíticas y muy variados los requerimientos de cada enfermo.

Mediante estos ejercicios adecuados, cuya intensidad será graduada en relación con la capacidad funcional de los músculos afectos, conseguimos grandes aumentos de la fuerza muscular y logramos también alcanzar un índice de contracción en aquellos músculos en que no había sido

visible hasta entonces señal alguna de rehabilitación.

Estos ejercicios deben de comenzar pasado el primer mes de la enfermedad, si bien algunos autores, como LOWMAN, ya los recomiendan a los veinte días. Es conveniente, sobre todo al principio de la cura, que los enfermos realicen los ejercicios que el especializado les recomendó, asidos a un estribo especial, al objeto de que no se sumerjan en la profundidad del agua. También pueden usarse los almohadones flotantes o los aros de goma, de todos conocidos.

Nosotros, en nuestros Servicios, como no disponemos de piscinas adecuadas, sumergimos al enfermo en una bañera apropiada, similar a la de Hubbard, y en la que con una sola profundidad de 40 centímetros se pueden realizar los más variados ejercicios bajo el agua.

Deseamos aquí repetir el gran beneficio que estas curas reportan a los enfermos de parálisis infantil, y, sobre todo, lo apropiado que serían algunos balnearios en los que ya existen piscinas, y a cuyos beneficios mencionados habría de unirse el efecto tónico y estimulante de las propiedades químicas y fisicoquímicas de sus aguas minerales. No olvidemos tampoco cómo acusó RODRÍGUEZ PINILLA la existencia de corrientes eléctricas en muchas aguas, cuya electricidad se puede hasta medir por un galvanómetro (a un individuo sumergido en un baño de agua mineral le pasa una corriente de 10 a 12 miliamperios, que tarda unos veinte minutos o más en desaparecer).

Por todo, creemos que tiene el Estado en esta materia un amplio campo de experimentación, digno de ser tenido en cuenta, ya que se trata indudablemente de una mejora social.

SANATORIO PEÑA - CASTILLO

(SANTANDER)

SISTEMA NERVIOSO. - APARATO DIGESTIVO. - NUTRICION

ONCE HECTAREAS DE PARQUE. - VARIAS VILLAS

SECCION ESPECIAL PARA TOXICOMANOS

Director: Dr. MORALES.

(Aprobado por la Censura Sanitaria núm. 4.219.)

Donde bebieron nuestros abuelos: La madrileña fuente de la Fama ⁽¹⁾

por el

Doctor J. LUIS-YAGÜE Y ESPINOSA

Fué el siglo xvii de gran holganza y diversión para los madrileños. Reinstaurada la Corte en Madrid, tras breve ausencia a Valladolid, sucedieron los torneos, alanzamientos, fiestas de toros mojigangas y regocijos públicos con los más variados pretextos—desde la santificación de un varón justo a las visitas y recepciones de personajes extranjeros—; abandonándose o descuidándose la belleza e higiene públicas, dolorosos aspectos que recogían en sus impresiones los extranjeros, mofándose de la suciedad de la urbe. Y así comenzó, en el segundo año de la siguiente centuria, el reinado del quinto de los Felipes, quien sufriera también rudo contraste espiritual al comparar la hermosa mansión francesa, residencia de su pariente el Rey-Sol, con aquella sucia y pobre población, si bien evidente mentís de que «Felipe II tuvo una corte de frac negro» (Ossorio y Bernard). Precisábase un brazo potente y una voluntad tesón que supliese a la real carencia abúlica; y esto se halló en el ya anciano corregidor mayor y consejero de Indias, don Francisco Antonio de Salcedo y Aguirre, marqués de Vadillo, verdadero transformador del Madrid de la instauración borbónica, hasta lograr hacer de él «un pueblo de calles espaciosas, casas uniformes, fuentes elegantes, portales como arcos de triunfo, un aspecto, en suma, grandioso y monumental» (Beauvier, novelista francés). Y como una de las necesidades más sentidas era la carencia de agua, pensóse en la instalación de fuentes; y que una de ellas, al propio tiempo que facilitara el agua a la barriada, abastecida por pequeñas y distancias, y, sobre todo, por los peligrosísimos pozos de las casas, sirviese de ornato público. Esta obra se encomendó al arquitecto Pedro de Ribera (2).

Fué Pedro de Ribera «el más extraño y exagerado de los churriguerescos, sobre todo en lo decorativo; pero gran constructor y muy a la madrileña» (Tormo); de desconocido origen, ya que el madrileño pudiera ofrecer dudas aceptarlo, y con probable nacimiento por el 1683 (Carmen Cerdá), artista seguidor y aun superador, «el más significado de los churriguerescos», del barroco recargadísimo que en España impulsara Churriguera. A él, en su relativamente corta vida, va que falleció el 19 de octubre de 1742, débense algunas de las escasas obras de arte, si bien sea decadente, que Madrid conserva de tiempos pretéritos: la ermita de la Virgen del Puerto, que, a pesar de su situación en las márgenes del Manza-

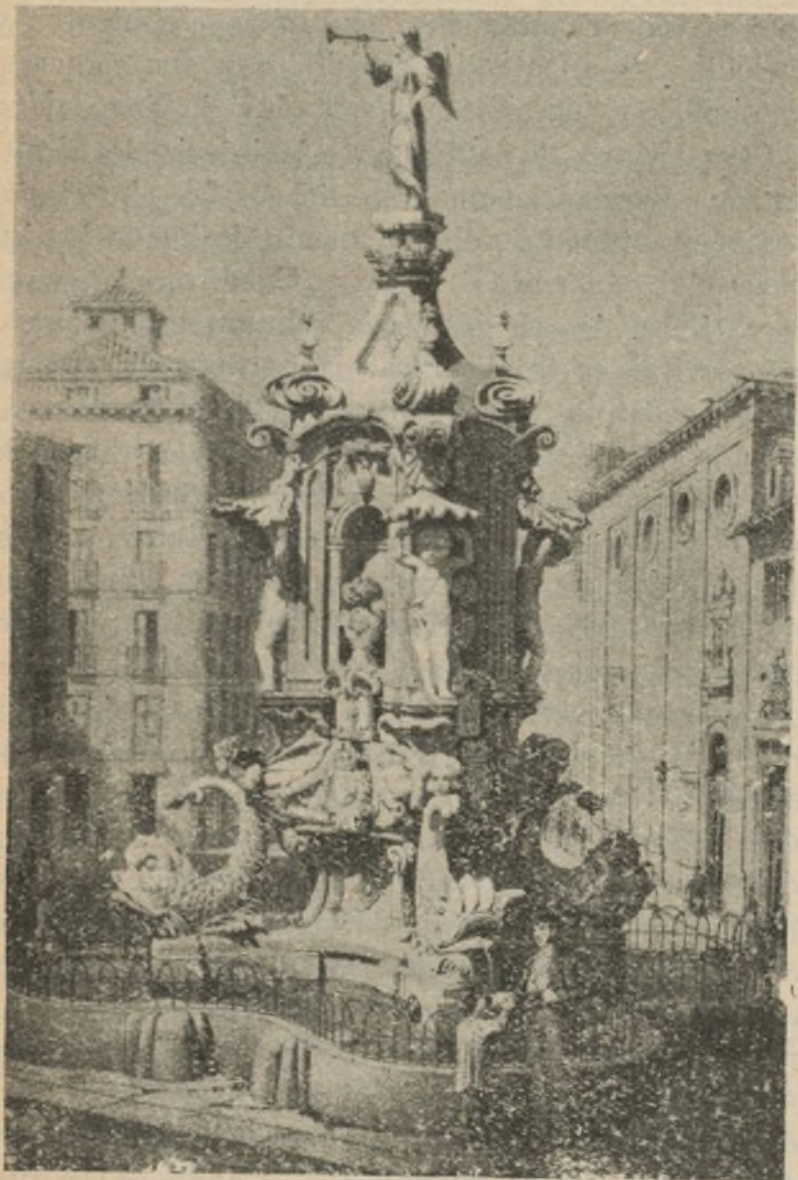
nares, su hundimiento por la construcción del paseo alto y la destrucción sufrida durante la pasada guerra, posee aún firmes sus muros, cimientos y fachada; el puente de Toledo, con sus remates, torrecillas y templetes enfrentados de San Isidro y Santa María de la Cabeza; la iglesia de Montserrat, «verdadero modelo del estilo churrigueresco, monumento valioso, dando de bueno los lunares del género» (Peñasco y Cambroner), cuya torre hubo de ser declarada monumento nacional para evitar su total ruina; la portada del cuartel de Guardias de Corps, hoy del Conde-Duque, calificado por algunos de «pelleja puesta a secar»; la del Hospicio, su obra maestra escultórica, convertido para su conservación en Biblioteca y Museo Municipal; la fuente de la Fama, de la que nos ocupamos, y las portadas señeras de algunas casas próceres, cual la del marqués de la Torre-cilla, actualmente su solar en reconstrucción ampliatoria del Ministerio de Hacienda; del conde de Oñate, destruidas sus piedras en violenta lucha de la Ciudad Universitaria, donde ornaba, trasladada para su conservación, la residencia de artistas franceses o Casa de Velázquez; del marqués de Miraflores, que, tapada largo tiempo tras encañado telón de transformación de la finca, ha resurgido, remozada, sin perder su carácter; del marqués de Perales, quizá la mejor conservada y de menor valor; de la marquesa de Manzanedo, domicilio nostrero de don José Canalejas; y fuera de Madrid, la capilla de Nuestra Señora de la Portería, en el convento franciscano de San Antonio, de Avila. Más en arquitecto, la capilla de Irlandeses, las iglesias de las Escuelas Pías de San Antonio Abad (San Antón), probablemente modificada su portada, en la actualidad modesta, del neoclásico; la destruida de San Cavetano, juzgada de mal gusto por Peñasco y Cambroner, y que tiene en su fachada «todos los atrevimientos y todas las exageraciones de los mismos arquitectos» (Ossorio y Bernard), y, posiblemente, la añadida capilla de Santa Teresa, del marqués de Siete Iglesias, en San Hermenegildo, de los Carmelitas Descalzos (hoy céntrica parroquia de San José).

La fuente de la Fama, así llamada por la figura de ángel con la trompeta que la remata, fué destinada y estuvo emplazada en la plazuela de Antón Martín, frente al Hospital de Nuestra Señora de Montserrat para enfermos de la Corona de Aragón, casi enfrentada con el que bajo la advocación de San Juan de Dios fundara aquel venerable que diera nombre al lugar. Estimada como «colmo de la corrupción del arte, pero por esta misma circunstancia era objeto de inapreciable

(1) Leído en la reunión de mayo de la Asociación Española de Escritores Médicos.

(2) En los documentos, firmados siempre Pedro de Rivera.

valor», se servía de los llamados viajes antiguos, muy probablemente del de la Castellana Alta, que por aquellos barrios distribuía sus aguas, pues los Abroñigales quedaban muy bajos; de aquel agua, que según Jerónimo de la Quintana «es muy delgada y saludable a los que tienen mal de pie-



La fuente de la Fama, en su antiguo emplazamiento de la plazuela de Antón Martín (de un grabado existente en el Museo Municipal). La segunda iglesia de la derecha era la del hospital de San Juan de Dios.

dra, estando reposada»; «de aquellas aguas que proceden de la Sierra, son purísimas» y cuyo análisis, efectuado por Masarnáu y Lletget en el año 1852, «tomadas en todos los sitios donde al partir descienden a las principales fuentes de Madrid», dan por resultado que todas ellas presentan sulfato cálcico, cloruro magnésico y sódico, carbonato cálcico y magnésico y sílice, y en 1.000 partes contiene, por término medio, 0,26 de sustancias fijas, de las cuales 0,08 son de sulfato cálcico; cifras que no merecen un comentario a los autores profanos que las transcriben, señal evidente de su satisfacción con ellas.

A la fuente de la Fama concurrían a proveerse de tan necesario y falto elemento los aguadores, con su típico traje galaico y su más típica cuba de madera, que aún conocimos, para llenarla utilizando los chorros emergidos por las bocas de los delfines; en ella abrevaban las caballerías de los arrieros de las próximas posadas; y de su pi-

lón sacaban el agua, para llenar las grandes, los mozos de cuadra de las casas nobles circundantes.

Iniciada antes de 1731, su construcción fue lenta por motivos económicos, y duró bastante más de un año; su coste, «según parece, de ochenta mill zientto y veinte y siete rs. de vn., que es su justo balor y lo que a ttenido de costa..., no considerando muchos menos cauos q. en otros obras semejantes se ofrezén a el artífice que las ejecutara (Pedro de Rivera, Madrid y junio nueve de mill settecientos treinta y dos as.)», fue juzgado excesivo por el vulgo, cuanto que el día de su inauguración apareció en ella colgado un cartel: «Deo volente, Rege survente et populo contribuyente»; tal vez por tributos extraordinarios que para ésta y otras obras se impusieran.

En 1850, el doctor don Luis Felipe Monlau, el gran higienista, como la fuente estuviera algo mutilada, pedía que se trasladara íntegra a un museo para que no perdiese la historia del Arte «este precioso monumento de las ridiculeces en que hace incurrir una imaginación osada, pero sin gusto». Y como la plazuela era reducida, la fuente amplia y las calles que a ella concurrían muy frecuentadas, «se tuvo el buen gusto de quitarla, porque embarazaba el tránsito público» (Peñasco y Cambronero), y fue derribado «este emblema del gusto churrigueresco, que merece ser conservado con mayor razón que otros monumentos posteriores de igual clase, y que, más que como páginas de arte, pueden ser considerados como otros tantos borrones echados en él» (Mesonero Romanos). «A estas exquisitas mentes neoclásicas no les gustaba el maravilloso arte barroco, al cual considerarían como el más atrevido detrimento de sus exactas y cuidadosas maneras» (Delgado Martín).

Una vez en tierra, fueron trasladadas sus partes al barrio de las Peñuelas, en donde quedó olvidada, y no perdida como afirman, que así la vimos desmontada en una de sus plazas al cumplimentar servicio facultativo por tan alejados extremos. Hasta que se cumplió, en parte, el deseo de los madrileñistas; pues si bien para éstos su nuevo adecuado emplazamiento no fue el Retiro, conservándola «para estudio de lo que fue el arte en una época felizmente pasada», sí lo estuvo en otro, insoñado por aquellos tiempos, el parque del Oeste, donde se montó de nuevo, utilizando para las piezas que faltaban o estaban deterioradas sesenta y ocho sillares que se sacaron del derribo del no lejano cuartel, antiguo convento, de San Gil. Y si antes abrevaban en ella animales, fueron los denominados «caballos de acero» los que ahora lo hicieron; colocada en el final de una corta y rápida cuesta del paseo de coches, con ella se dieron violentos encontronazos gran número de ciclistas, y algunos hasta remojádonse en la escasa agua de su pilón. Y no faltó au-

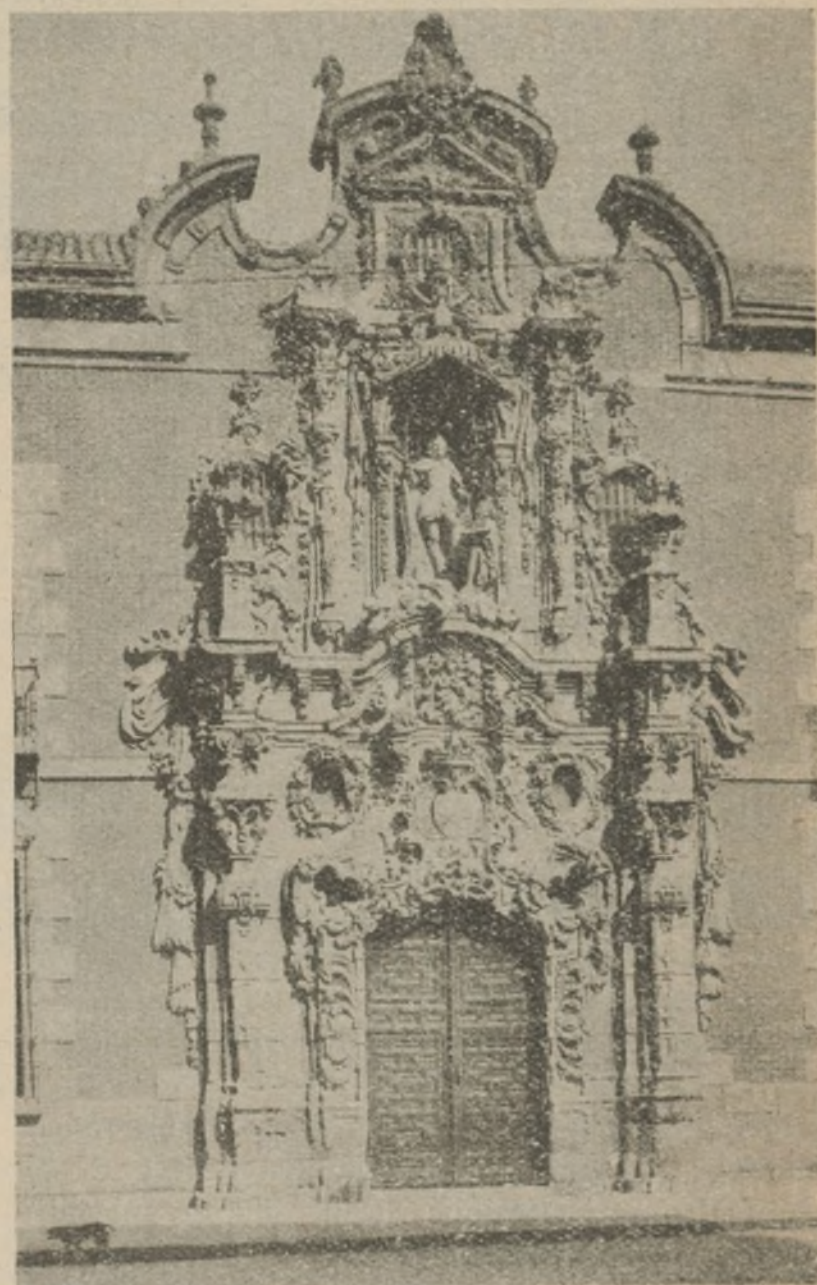
tomóvil, con todos sus caballos, que contra ella chocara.

Esos peligros, que causaron bastantes desgracias por lo mal elegido del emplazamiento, y los desperfectos sufridos durante el asedio de Madrid por las fuerzas nacionales, que no fueron muchos por la certera puntería desarrollada, a pesar de su situación descubierta y en posibilidad de ser ampliamente batida, aconsejaron su traslado, para conjuntar las proximidades de la obra magna de Ribera, el Hospicio, en cuyos jardines circunstantes, por ahora al menos, se halla en tranquilo rincón, para ser admirada, después de alguna reconstrucción no muy acertada.

Su tipo es arquitectónico-escultórico, con predominio del primero, pero dando movimiento a las formas, para que entonen con la escultura de género exento, y por base un cuerpo central o árbol principal, con tazas superpuestas, afectando todo él forma cuadrangular, piramidal ascendente, con sentido ascensional gótico, al que se unen motivos escultóricos decorativos, extremadamente recargados los jarrones de los nichos, y rematado por una figura de ángel trompetero tal vez algo pequeña, debida, probablemente, a Juan Bautista Ron. El predominio de lo constructivo sobre lo decorativo es evidente; en la parte superior pone volutas en vez de ángeles, carácter que se aumenta en el pedestal que sostiene a los niños, y en la planta, con sus delfines que, sirviendo de decoración, constituyen el fuerte apoyo arquitectónico de la fuente. Y, como detalle interesante, la combinación del blanco de la caliza de Colmenar para las labores sutiles y minuciosas de los temas heráldicos de los escudos del rey Felipe V y la vida de Madrid y los rasgos fisonómicos de las esculturas, y el gris oscuro de la piedra berroqueña para la masa.

Calificado su autor como loco y oprobio de la arquitectura sus obras por Llaguno; estimada como fea esta fuente por Cea Bermúdez; opinado por Mr. Garret, en 1878, que, en contraposición a otros monumentos madrileños, «siquiera es un monumento inapreciable de la escuela churrigueresca, y sirve para la historia del Arte»; considerado Ribera el más significado de los chu-

rriguerescos (todavía más que Churriguera) y su arte como «geringoncista» (Tormo); en antagonismo con otros autores sobre «las construcciones de ese estilo, en el cual todas las artes se impreg-



Fachada del antiguo Hospicio de Madrid, obra maestra de Pedro de Ribera.

nan de música», para el vulgo madrileño, que va entendiendo de arte, por atinadísimas campañas divulgadoras, y que se interesa intensamente por él, es «un bonito ramillete de confitería».

Y las frases de Peñasco y Cambronero que «las obras de Churriguera y de sus imitadores tienen un estilo tan original y raro, que es preciso o demolerlas o respetarlas, no admiten compostura»:



BARACHOL

Contra la sarna, aplicando la pomada en las manos.

Evita enormes molestias y gastos.

(Censura sanitaria núm. 1.122.)

se cumplen fielmente en esta fuente de la Fama, que de nuevo vuelve a su destino, más ornamental que utilitario, pero que todavía los pequeños, que juegan en sus proximidades en crecido número, pueden aprovecharse de las deliciosas aguas del Lozoya que arrojan por sus bocas

los delfines, bebiendo donde lo hicieran sus abuelos en la estrecha plazuela de Antón Martín, en cuyo centro, en vez de brotar aquéllas, surgen ahora a la luz del día las personas por la boca de la estación del «Metro», que allí abre sus fauces y peligrosas escaleras.

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

(Sesiones de los días 19 y 26 de mayo de 1947.)

Presidencia: DR. ANTONIO VALLEJO DE SIMÓN, *presidente*.

«BREVE ESTUDIO TOMOGRÁFICO DE PULMÓN POLIQUÍSTICO»

Doctor José Abelló Pascual.—Asunto interesante, en el que estudia primeramente la historia de la tomografía, e igualmente sus técnicas como sus posibilidades diagnósticas en diversos procesos pulmonares, si bien sus aplicaciones más interesantes se refieren a la visualización de las imágenes anulares parenquimatosas de pulmón, marca en este estudio el margen de error del método. Historia ocho casos de su práctica, y en ellos marca las posibilidades diagnósticas en cuanto al estudio tomográfico de los mismos, haciendo referencia especial de un caso de pulmón poliquístico.

Doctor Alix Alix.—En el estudio tomográfico pulmonar se quiere quitar importancia para el diagnóstico de las lesiones de pérdida de sustancia del parénquima con sombras muy densas; según nuestra experiencia, es donde la tomografía presta mejor ayuda para el diagnóstico.

Doctor Nistal.—La tomografía es un excelente medio auxiliar diagnóstico, y que, hecha con cuidado y bien interpretadas las imágenes, nos permite aconsejar un tratamiento adecuado; sobre todo es útil en campos pulmonares muy compactos.

«EL CARDIOLIPIN PARA EL DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS Y LEPRO»

Doctor Utrilla.—Reacción biológica de fácil técnica, y que, por sus resultados, podemos afirmar que da un tanto por ciento mayor de positividades que otras reacciones en sífilíticos. En cambio, da muy escaso número de positividades en leproso. Por tanto, es muy útil en el estudio del enfermo sífilítico, y, en cambio, no tiene valor en el leproso.

Doctor Contreras.—Sobre el valor del cardiolipin hay opiniones diversas, y aumentará o será fijado cuando se hagan estudios de comprobación en otras enfermedades.

«HISTIOCITOMATOSIS MEGALOCÍTICA DIFUSA DE ETIOLOGÍA TUBERCULOSA CON LOCALIZACIÓN»

Doctor Gavilanes.—Historia clínica de un caso que encaja en el cuadro de una histiocitomatosis megalocítica difusa de evolución crónica de probable etiología tuberculosa, enfermedad frecuente en los países nórdicos y poco común en España; además de sus localizaciones hipodérmicas, cuyo estudio histológico corresponde a un sarcoide de Darier-Roussy, se encuentran lesiones objetivas de pulmón, pleura, peritoneo y sistema óseo y sintomatología, que hace suponer la existencia de lesiones en cerebro, hipófisis y sistema vascular.

Doctor Alix Alix.—Asunto que nos preocupa: durante nuestra estancia en Escandinavia hemos visto que es un diagnóstico que se hace con gran facilidad y frecuencia. En la actualidad, y cada día más, se considera como enfermedad tuberculosa.

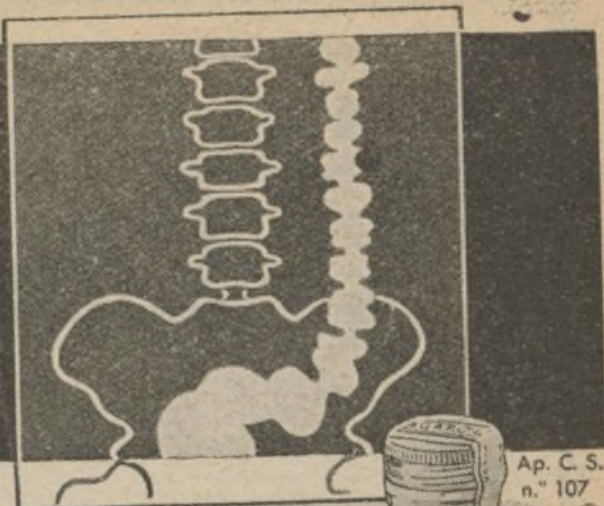
«CONTRIBUCIÓN A LA CASUÍSTICA DE ASCARIDIOSIS PULMONAR»

Doctor Alix Alix.—Enfermedad producida por la larva de ascárides al alojarse en pulmón, dado su ciclo especial, a partir de su ingreso por la vía bucal. Se desarrolla como proceso agudísimo, fiebre alta, y si en dicho momento se hace una radiografía, aparece un infiltrado; fiebre e infiltrado pulmonar que desaparecen rápidamente: la fiebre, en pocas horas, y el infiltrado, en pocos días.

Doctor Sánchez Sarachaga.—Es una realidad el infiltrado pulmonar por ascárides, si bien podemos decir que pocas veces logramos sorprenderlo.

Doctor Abelló Pascual.—El valor de la eosinofilia en la ascaridiosis pulmonar es variable; su presencia puede obedecer a la de parásitos y de muy diversas causas, como igualmente después de la expulsión de los ascárides de intestino.

Valiosa ayuda para EL REGIMEN DIETÉTICO QUE USTED PRESCRIBA



Ap. C. S.
n.º 107

Usted sabe que el estreñimiento, dolencia tan generalizada entre sus pacientes, obedece a diversas causas. Muchas veces con el tratamiento dietético apenas se obtiene mejora alguna y hace falta que un estimulante del peristaltismo acelere la evacuación del colon.

En AGAROL encontrará el colaborador que usted necesita para tratar el estreñimiento. Provoca movimientos peristálticos regulares, lubrica el intestino y favorece el reblandecimiento y segmentación de las heces. AGAROL es una emulsión de aceite mineral, agar-agar y fenoltaleína. Indicado en todas las formas de estreñimiento.

DOSIS: Adultos, una cucharada al acostarse, si es necesario, repetirla al día siguiente en ayunas. Niños, una o dos cucharaditas diarias.



AGAROL

LABORATORIO Y COMERCIO SUBSTANCIA, S.A. Apartado 410. — BARCELONA



ALLISATINA

Enteritis,

Diarreas estivales,

OXIURIASIS,

etc.

©

OFICINA CIENTÍFICA SANDOZ

Puerta del Sol, 10

MADRID

Apartado 1.036

Esculapio



(Título registrado)

ACADEMIA SANITARIA

Preparación para Oposiciones

Director: DOCTOR FERNAN PEREZ

Fuencarral, 113, MADRID. - Teléfono 44758

OPOSICIONES LIBRES

A

Médicos Tocólogos Municipales
Ciento veintidós plazas (B. O. 31 de mayo 1947)

CONTESTACIONES

EXACTAMENTE AJUSTADAS AL PROGRAMA

por los doctores

Don Juan Fernán Pérez

Ex Tocólogo de la Beneficencia Municipal de Madrid

y

Don Ramiro García Carrasco

Profesor A. de la Facultad de Medicina

PIDA DETALLES A "ESCULAPIO"

Divulgaciones del exterior

FIGURAS CIENTIFICAS

EL PROFESOR ROBERTO DEBRÉ ⁽¹⁾

por el

Doctor A. KAPLAN

El titular de la cátedra de Clínica médica infantil parisiense en el Hospital de Niños Enfermos, profesor ROBERTO DEBRÉ, es una de las personalidades médicas cuya autoridad y fama constituyen uno de los mayores honores de la ciencia francesa.

De origen alsaciano, sintióse atraído primeramente por los estudios literarios y filosóficos, que ejercieron una importante influencia en el curso de su carrera científica. Recoge entonces las enseñanzas de BERGSON, de BROCHARD y de LÉVY-BRÜHL; se agrupa con la flor y nata de su generación en derredor de CHARLES PÉGUY, y participa en la corriente de ideas generosas de justicia y de mejoramiento social que caracterizan la actividad intelectual de la juventud de aquella época. Empero, aborda los estudios médicos, y va subiendo rápidamente los escalones de la jerarquía al contacto de maestros que saben distinguir su espíritu curioso y preciso, e infunden en él su gusto por las investigaciones científicas.

Su obra científica es inmensa. Desde el comienzo de su carrera, DEBRÉ se orienta especialmente hacia la Medicina infantil y las ciencias que con ella se relacionan: la Higiene, la Bacteriología y las enfermedades infecciosas. Todos sus trabajos llevan la marca de un espíritu original, experimentado en la más rigurosa disciplina. El análisis minucioso de los síntomas clínicos, según la más antigua tradición francesa, la que le han enseñado MARFÁN, NETTER, LETULLE y LANDOUZY, de los cuales fué alumno, se asocia a una crítica minuciosa de los hechos observados. Todas las investigaciones que permiten los más modernos métodos de laboratorio, todo el apoyo que pueda aportar una amplia experimentación, utilizada con arreglo a los principios que le habían enseñado ROUX, CHARLES y MAURICIO NICOLLE, sirven para la comprensión de los síntomas. En su anhelo de comprender y en su preocupación por la claridad, sólo conserva los hechos confirmados y sólidos, mientras que las teorías nebulosas e imprecisas las critica y las condena violentamente.

En la clínica de Pediatría apenas si hay dominio en que los trabajos del profesor DEBRÉ no hayan permitido dar a conocer hechos nuevos o

aclarar y determinar bien los conocimientos actuales. Sus publicaciones acerca de la meningitis cerebroespinal y la endocarditis maligna de evolución lenta tienen hoy un valor clásico. También ha aportado una contribución extremadamente importante al estudio de la tuberculosis en el niño. Demuestra el papel del contagio, describe los signos clínicos y radiológicos de la enfermedad, logra que se admita la importancia de la cutirreacción mediante su descubrimiento, y, entre la sintomatología extremadamente confusa de la hipertrofia de los ganglios intratorácicos, aísla los signos ligados a la existencia de un ataque tuberculoso. Los considerables progresos realizados en materia de tuberculosis infantil, que con tanta precisión permiten hoy descubrir las primeras manifestaciones de la enfermedad y adoptar las medidas profilácticas, son el resultado, en gran parte, de sus pacientes investigaciones.

DEBRÉ preconiza el empleo del suero de convaleciente en las medidas infecciosas, tales como el sarampión y la tos ferina, precisando, además, las indicaciones en cada caso necesario. Gracias a este descubrimiento, la mortalidad en las casas-cuna y en los hospitales, como resultado de estas dos enfermedades, hasta hoy tan temibles, se ha reducido considerablemente. También ha logrado disociar, entre los estados febriles del recién nacido, las fiebres alimenticias no infecciosas, tales como la fiebre que produce la leche seca. En colaboración con MAURICIO LAMY, ha descrito de manera detallada los signos de dos enfermedades sanguíneas hasta entonces mal aisladas: la ictericia hemolítica y las leucemias agudas.

Sin que sea posible enumerar aquí todos sus trabajos clínicos, es indispensable recordar su contribución al estudio de los quistes gaseosos del pulmón, de los trastornos de la ventilación pulmonar, de los signos de infecciones urinarias, de las nefritis agudas y crónicas y la descripción original de síndromes raros, tales como una enfermedad especialísima del hígado, denominada la policoría. Ultimamente, en colaboración con THIEFFRY, ha publicado un estudio extraordinariamente original acerca de los signos clínicos de la poliomiелitis antes de la aparición de las parálisis y las modificaciones del líquido céfalorraquídeo en esta enfermedad, lo cual permite actual-

(1) En exclusiva para EL SIGLO MEDICO.

mente reconocerla y tratarla mucho más rápidamente.

En íntima colaboración con los bacteriólogos del Instituto Pasteur, ha proseguido sus investigaciones importantes, y ha aplicado en el dominio práctico sus descubrimientos.

Con el profesor CALMETTE ha demostrado la



El profesor Roberto Debré.

innocuidad y la eficacia del B. C. G. Asimismo preconiza y defiende el empleo de la vacunación antidiftérica y antitetánica por medio de la anatoxina de Ramón.

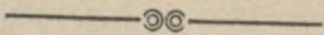
* * *

Por muy vasta y muy fecunda que sea su obra científica, ésta no representa más que una parte de su actividad creadora. Gran patriota, tomó parte en la guerra de 1914 en calidad de médico de un grupo de artillería. Desde 1940, al comienzo de la ocupación alemana, contribuyó a la organización de la resistencia. Consiguió ponerse en contacto con los organismos de la Francia libre y crear y que funcionaran los servicios médicos del ejército secreto. Pudo escapar a tiempo ante la Gestapo, la cual acudió a detenerlo a su domicilio, y desde entonces hubo de vivir en la clandestinidad. Sin embargo, continuó dirigiendo los servicios de la resistencia, lo que le permitió te-

ner a su cargo también el servicio de Sanidad de las fuerzas francesas del interior durante la liberación de París, y que fuera designado para formar parte del Comité parisiense de la liberación que administró la capital durante un año.

Hombre muy cultivado, consagra a los trabajos literarios el gusto de su juventud. En su vida, toda ella consagrada al estudio y a la investigación, conserva, sin embargo, algunos instantes para charlar y discutir con los escritores eminentes de quienes había sido amigo, PROUST y PAUL VALÉRY, desaparecidos demasiado pronto, y VERCORS.

DEBRÉ se interesa por todos los problemas que se refieren a la infancia, y se inclina también en el estudio de las cuestiones sociales y demográficas que con aquéllas se refiere. En unión de LEÓN BERNARD, fundó la llamada «Obra para la colocación familiar de los pequeñitos», institución que se encarga de los niños nacidos de madres tuberculosas. Para conocimiento de la Sociedad de Naciones, emprendió también una vasta encuesta sobre la mortalidad infantil. Ahora, en un libro recientemente aparecido, propone soluciones para numerosos problemas. Ha sido uno de los primeros en sugerir la creación de un Ministerio de la Población recientemente establecido, que agrupa bajo una misma dirección los diferentes servicios encargados de asegurar la salud pública, el saneamiento, el urbanismo, la natalidad y la inmigración. En el marco de la seguridad social, estima necesaria una organización de lucha por la natalidad y contra la mortalidad, en la cual se inspira el plan de resurgimiento nacional, que ya está aplicándose en Francia. A la cabeza de una clínica ya famosa, el profesor DEBRÉ ha sabido mantener y acrecentar la reputación de la Pediatría francesa. La potencia de su trabajo, la claridad de su pensamiento, el valor y el interés de su enseñanza, expuestos siempre en un lenguaje perfecto, han permitido la creación de una escuela notable. En cuanto la reanudación de las relaciones lo ha permitido, de todos los países del mundo han acudido numerosos médicos y estudiantes extranjeros para estudiar con provecho las lecciones que en su Servicio ordinario da constantemente el profesor DEBRÉ. También él, en el curso de numerosos viajes y gestiones realizadas en el extranjero, ha contribuido a estos útiles cambios de conocimientos y de ideas. Miembro de numerosas Sociedades médicas extranjeras, en los trabajos de las cuales toma parte activa, y representante de Francia en la U. N. E. S. C. O., mantiene relaciones personales íntimas con los grandes sabios de todos los países, y, gracias a la consideración de que disfruta, aumenta sin cesar el prestigio de la ciencia médica francesa.



RENE LERICHE (1)

por el

Doctor RENE SUDRE

En el momento en que acaba de encontrarse un importante manuscrito de CLAUDIO BERNARD, acaso sea oportuno evocar la figura del gran médico que, después de ARSONVAL y de NICOLLE, ocupa la cátedra en la que el primero enseñaba en el Colegio de Francia. En realidad, RENÉ LERICHE es cirujano, pero es su profunda originalidad la que ha hecho que no separe jamás las dos artes, considerando la Cirugía como un medio particular de resolver un problema médico, es decir, de restablecer las funciones fisiológicas alteradas por la enfermedad. «La enfermedad—ha escrito LERICHE—ya no se nos aparece como un parásito que vive en el hombre y viviendo del hombre, al que agota. En la enfermedad vemos la consecuencia de una desviación, inicialmente íntima, del orden fisiológico.» Todo ello revela ser la pura inspiración de CLAUDIO BERNARD.

RENÉ LERICHE nació en Roanne en 1879. Tiene, pues, sesenta y ocho años, y parece que sólo tiene cincuenta, por lo bien que ha sabido conservarse robusto y siempre alerta. Hizo sus estudios médicos en Lyon, y, al mismo tiempo que proseguía sus tareas universitarias, no cesó de publicar notables trabajos que abrían nuevas vías a la Medicina. En 1924, cuando se trató de crear en Estrasburgo un gran centro científico que hiciera olvidar la dominación alemana, LERICHE fue nombrado profesor de Patología quirúrgica en la Facultad de Medicina. En 1934, CHARLES NICOLLE lo llamó a París para que lo reemplazara en el Colegio de Francia. Cuatro años más tarde, al morir aquel gran microbiólogo, RENÉ LERICHE recogió su sucesión, y hasta que estalló la guerra dividía su tiempo entre su clínica estrasburguesa y su enseñanza parisiense. En ese intervalo había sido nombrado asociado nacional de la Academia de Medicina, en 1936. La Academia de Ciencias lo llamó a su vez en 1945, en su Sección de Medicina y Cirugía, para reemplazar a JEAN-LOUIS FAURE. Naturalmente, LERICHE pertenece también a la Academia de Cirugía y a numerosas Sociedades científicas.

Entre las obras que ha publicado, citaremos las principales, que son las siguientes: *Del método de investigación en la Cirugía*, *Fisiología patológica quirúrgica*, *Fisiología normal y patología de los huesos*, *Terapéutica quirúrgica*, *Arteriectomía* y *La cirugía del dolor*. Este último libro le ha valido, incluso entre los profanos, una fama considerable, tanto en Francia como en el extranjero. A

LERICHE se le llama ahora «el cirujano del dolor». En este dominio médico, que se relaciona tan cerca con la Psicología, ha rectificado, igualmente, algunas falsas ideas. Los filósofos, consagrados a justificar las fatalidades naturales, incluso cuando éstas chocan con nuestro sentimiento de la justicia, nos ha dicho que el dolor es un fe-



Profesor René Leriche.

nómeno necesario, porque es el signo de un combate librado por el organismo, y que debe terminarse normalmente por la curación. LERICHE hace notar que el dolor está muy lejos de ser un elemento esencial de la enfermedad. Hay un gran número de enfermedades crónicas que no conocen ese pretense «aviso de la Naturaleza». Por otra parte, el dolor es extremadamente desigual, puesto que se halla ausente en la instalación de un cáncer, y, en cambio, nos inflige sufrimientos exorbitantes en enfermedades no peligrosas, tales como el dolor de muelas o la ciática.

Evidentemente, el dolor es un fenómeno cere-

(1) En exclusiva para EL SIGLO MÉDICO.

bral, y el problema que se plantea es el de saber si no habría sido antes un fenómeno sensorial que tuviera su excitación y sus vías propias.

Pero el doctor LERICHE duda de que el dolor de los psicólogos sea la misma cosa que el dolor de los médicos. Por eso ha definido un «dolor enfermedad», en el que no se advierte ninguna lucha saludable y que no se agota jamás. Lejos de constituir una reacción de defensa, lejos de ser una ley de la especie, el dolor es «un fenómeno monstruoso», un desorden siempre nefasto que es preciso suprimir. Desde luego, no se vea ahí sólo una opinión teórica, pues LERICHE ha encontrado métodos que vencen el dolor. A los medios puramente médicos que constituyen los medicamentos analgésicos y la fisioterapia, LERICHE ha agregado un audaz medio quirúrgico. Corta o interrumpe por anestésico las vías nerviosas por las cuales se transmite el dolor, vando hasta las raíces posteriores, cerca de la medula y aun hasta el interior de la misma medula. Otras veces, LERICHE ataca al simpático, con objeto de cambiar la nutrición de los nervios sensitivos y atenuar los síntomas dolorosos. En la mayor parte de los casos se extinguen los dolores incurables sin ningún otro daño para el individuo. «Gracias a la Cirugía nerviosa—afirma—, nadie tiene ya derecho a desesperar.»

LERICHE ha sido igualmente un innovador en el tratamiento de las fracturas y de las enfermedades de los huesos. La soldadura ósea es una reparación natural que se realiza mediante la aportación de calcio alrededor de los tejidos lacerados. Cuando no puede asegurarse esa aportación de calcio, ya por una mala alimentación, ya por falta de luz, o bien por déficit de la glándula tiroides, aparece entonces una «pseudoartrosis», frecuentemente incurable por los métodos corrientes. Sin embargo como ha demostrado el doctor LERICHE, se la puede curar mediante una operación insignificante. LERICHE favorece la reconstitución del tejido óseo modificando la circulación sanguínea o el estado de los humores en el lugar de la fractura. Asimismo aviva y acerca los huesos rotos, en los que inerte fragmentos de un hueso distante. Estos métodos han prestado inmensos y felices servicios en la Cirugía de guerra.

Igualmente se deben a LERICHE conocimientos nuevos acerca de la inervación simpática del corazón. Con ese procedimiento ha obtenido un me-

dio de dilatar los vasos seccionando uno de los ganglios que predomina en la vasoconstricción. Una inyección de novocaína aplaca las crisis de anginas y suprime el espasmo de las arterias coronarias. La sección de los trozos arteriales mutilados hace desaparecer los dolores y los espasmos. Si se cortan al mismo tiempo los ganglios simpáticos lumbares, puede establecerse una nueva circulación. Uno de los milagros de LERICHE es el de haber privado a un perro de sus principales arterias sin haber comprometido en nada su existencia. Esta técnica ha producido felices resultados en el tratamiento de las flebitis.

Después de haber renovado de una manera tan brillante la ciencia, aún harto modesta, del simpático, LERICHE ha desviado su atención hacia las glándulas de secreción interna. Al preconizar la medicina de los humores, ha sido uno de los más eminentes artesanos del «retorno a Hipócrates». El descubrimiento de los desequilibrios interiores de los hormones constituye, según él, «casi una revolución». El humorismo moderno que eso anuncia concederá su parte al temperamento, es decir, al «terreno» permanente, así como a las lesiones accidentales, las cuales podrán ser reparadas restituyendo el equilibrio de los hormones. El doctor LERICHE opina que en este dominio es en el que se harán las conquistas del futuro. El dominio de las vacunas y de los sueros le parece estar un poco agotado, y confiesa la quiebra relativa de los métodos puramente físicos, en particular de la radioterapia. En cuanto a los métodos químicos, éstos no han dado, según él, todo lo que prometían. El profesor LERICHE no es sólo un gran médico, es también un espíritu filosófico que ha dado cuanto todo vale en el volumen de la *Enciclopedia Francesa* consagrado a «La salud y la enfermedad» (tomo VI). LERICHE se asocia firmemente a la doctrina de CLAUDIO BERNARD al asegurar que la vida no es un puro mecanismo explicable por la físicoquímica, sino que atestigua un orden, una unión, en una palabra, una finalidad todavía incomprensible. Bajo el nombre de «regulación», la fisiología contemporánea reconocía la existencia de «la idea directora», sugerida por el genial autor de la *Introducción a la Medicina experimental*. No hay duda alguna de que esta nueva interpretación teórica de todas las disciplinas de la biología tendrá repersuciones inevitables en la propia Medicina.

REGISTRO DE SUMARIOS

ARCHIVOS DE LA SOCIEDAD DE ESTUDIOS CLINICOS DE LA HABANA

(La Habana, noviembre-diciembre de 1946.)

- Canosa.*—Impresiones sobre el II Congreso Interamericano de Cardiología.
Larragoiti.—La electronarcosis en la esquizofrenia.
Iglesias y Carroll.—Toracotomía exploradora.

ARCHIVOS DE MEDICINA INFANTIL

(La Habana, enero-marzo de 1947.)

- Codinach.*—La clínica otológica de Lempert.
Montalvo y Urrutibeascoa.—Neumomediastino anterior del recién nacido.
González Díaz.—Edad y poliomielitis.
Borges y Hernández.—Peligros que acechan al niño cubano y medidas para evitarlos.

MEDICAL TIMES

(Nueva York, abril de 1947.)

- Kountz.*—Enfermedades degenerativas en la vejez.
Gaillard.—Dacriocistorrinostomía.
Goodman.—Contribuciones al conocimiento de la sífilis.

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

(Washington, 5 de abril de 1947.)

- Burlingame.*—Sentido y no sentido psiquiátrico.
Griffith.—Fiebre reumática.
Sokolow y Snell.—Fiebre reumática en los jóvenes.
Ravenel.—Tratamiento de las fiebres exantemáticas.
Silverman y Leslie.—Tumores intestinales.
Kleckner.—Colitis ulcerosa crónica.
Rein y Kent.—Pruebas para la sífilis.
Rosser y Kerr.—Enfermedad pilonidal.

(12 de abril de 1947.)

- Weiskotten.*—Educación médica.
Parran.—Hospitales y salud.
Bluestone.—Longevidad en la sociedad moderna.
Greene.—Responsabilidades de una escuela médica.
Kiefer y McKell.—Úlcera péptica en el viejo.
Ward, Livingston y Moffat.—Asma en los niños.

(19 de abril de 1947.)

- Snell.*—Pacientes ictericos.
Labby, Shank, Kunkel y Hoagland.—Cirrosis del hígado.
Reveno.—Propiltiouracilo en la tirototoxicosis.

- Sadusk.*—Tifus consecutivo a la inmunización.
Forreger.—Intubación endotraqueal.
Schafer y Kittle.—Leiomioma esofágico.

(26 de abril de 1947.)

- Pillsbury, Steiger y Gibson.*—Tratamiento de la urticaria.
Aycock y Hendrick.—Trombosis venosa.
Loewe e Hirsch.—Heparina en las enfermedades tromboembólicas.
Allen, Linton y Donaldson.—Trombosis venosa y embolismo pulmonar.
Peterson y Bishop.—Enfermedad del suero.

PROCEEDINGS OF THE STAFF MEETINGS OF THE MAYO CLINIC

(Rochester, 19 de marzo de 1947.)

- Dry, Edwards, Maynard Moe y Vigran.*—Aneurisma micótico de la arteria tibial posterior complicando una endocarditis bacteriana subaguda.
Ryan.—Rinitis vasomotora medicamentosa. Estudio histológico.
Lowe, Dixon y Piper.—Teratomas quísticos del ovario de tipo perforante.

EL DIA MEDICO

(Buenos Aires, 24 de marzo de 1947.)

- González Collazo y Pérez.*—Las oligocitemias en Obstetricia.
Thomas.—El Servicio obstétrico de Croydon.
Alcaide.—Tratamiento de urgencia en las intoxicaciones agudas.
Rooth.—Nebulización.
Rossi y Cabarro.—Coma hipoglucémico en un mixedema postoperatorio.
Albanese y Elfersy.—Priapismo.

ACTAS DERMOSIFILIOGRAFICAS

(Madrid, 7 de abril de 1947.)

- Cordero Soroa.*—La Sección de Dermatología en la II Reunión de Sanitarios Españoles.
Bernardo López y Jaqueti.—Importancia y alcance de la Dermatología en la organización sanitaria.
Daudén y Contreras.—Organización de la lucha contra las enfermedades evitables del grupo dermatológico.
Fernández Criado, Alvarez Pueyo y Miró Carbonell.—Dispensarios dermatológicos o dispensarios mixtos.
Contreras.—El tatuaje bubi.
Vilanova y González Rey.—Penicilinoterapia intrarraquídea.
Vilanova y Esteller.—Encefalitis por acetato de talio.
Vilanova y Esteller.—Leishmaniosis erisipelatoide.
Vilanova y Esteller.—Enfermedad de Durhing con quistes de milium.

SECCION PROFESIONAL

PROGRAMA

Problemas sanitarios.—Unión y solidaridad de los médicos.—Fraternidad, mutuo auxilio.—Seguros, previsión y socorros.—Expansión de cultura paramédica, humanística, histórica y literaria.

SUMARIO DE ESTE NUMERO.—SECCION PROFESIONAL: *Boletín de la semana*, por Decio Carlán. *Consideraciones higiénicoclínicas sobre una peregrinación a pie*, por el Dr. J. Luis-Yagüe y Espinosa. INFORMATORIO PROFESIONAL.

BOLETIN DE LA SEMANA

TOQUE DE SILENCIO

¿De qué podremos hablar
en este amado lugar,
si el defender lo que es nuestro
se ha podido interpretar
como delito *funestro*?

¿A callar? Pues a callar,
porque lo mandó el preboste,
y a dejarnos arruinar
sin decir *oste ni moste*.

Claro que la cosa es fuerte,
porque el silencio profundo
más que cosa de este mundo,
lo que significa es muerte.

¡Qué cosas, válgame Dios,
que en trance tan justiciero,
te dejen a un hombre entero
partido por gala en dos!

Dimos la hacienda y la vida
por defender la partida;
pero ya dijo el poeta
que a esto honor no se sujeta,
porque a él va el alma prendida.

El deber quedó cumplido;
la razón, en su lugar,
y, en adelante, a callar...
¡Conque, ya lo habéis oído!

DECIO CARLÁN.

Consideraciones higiénicoclínicas sobre una peregrinación a pie

por el

Doctor J. LUIS YAGUE Y ESPINOSA

Momentos angustiosísimos vividos en la pasada contienda, durante la que renació piadosamente nuestra fe cristiana, nunca extinta ni adormecida, motivaron que en alguno de ellos, para nuestro ánimo deprimido de mayor ansiedad, y, temerosos de falta de ayuda terrenal, implorásemos la celestial que nos llevara a buen fin en tan duro trance, en el que peligraba nuestra existencia, no por perderla, que con gusto se ofrenda cuando es en beneficio de una causa noble, pero sí angustiados por la posterior suerte que pudiera caber a seres queridísimos en sus privaciones y sufrimientos, y nuestra demanda de auxilio ultraterreno cristalizó en la ofrenda mental de visitar un santuario mariano de rancio abolengo hispánico, distante más de 300 kilómetros de nuestra residencia, en peregrinación a pie.

Dé aquella promesa, felizmente cumplida, obtuvimos no sólo abundantísimos dones espirituales muy valiosos, sino materiales y corporales, sien-

do de estos últimos los científicos, que estimamos interesantes de plasmar en estas consideraciones higiénicoclínicas para curiosidad de unos y beneficio, siquiera sea mínimo por nuestro, de los que pretenden seguir nuestras huellas.

La acción, beneficiosa o perjudicial, de los factores psíquicos sobre el organismo humano es evidente y harto comprobada en todos sus órganos y aparatos; y un ejemplo más lo ofrecería esta marcha de doce días, con un promedio de 25 kilómetros diarios, llevada a cabo por ciento setenta personas, la gran mayoría de ellas no habituadas a semejantes caminatas, con predominio femenino, y en edades comprendidas entre el inicio de la juventud y el comienzo de la vejez, no repuestas aún de las privaciones materiales y morales de la contienda, antes de los cinco meses de finalizada aquélla, las más intensamente vividas por haber residido en la zona dominada por los marxistas hasta el final de la campaña o en las pri-

meras líneas de combate; y en este gran grupo heterogéneo sólo se registraron cuatro bajas efectivas: dos de ellas determinadas por motivos familiares, y tan sólo una por imposibilidad material de proseguir la marcha, que un calzado inadecuado aumentaba los sufrimientos. La emulación, el espíritu de sacrificio, la valorización al máximo de la voluntad, puestas al servicio de altos ideales religiosos, constituyeron otros tantos factores positivos para que el éxito coronase la empresa. Y sobre el músculo cardíaco, la acción beneficiosa fué tan marcadísima, que hubo quien, de constitución femenina aparentemente débil, siguió la larga marcha sólo a pan y agua, aquél en cantidad tan escasa que el adquirido por 25 céntimos, constituyó durante bastante días ración más que sobrada, por ser alimento muy poco grato para quien acrecentaba su valer con este nuevo sacrificio, llegando en bastante buen estado de miocardio, apreciado momentos antes de la entrada en el santuario, después de los choques emocionales determinados por la grandiosa entrada en la población.

Tratándose de una larga caminata, es lógico que los órganos más afectados durante ella fueran los del aparato locomotor. La marcha en las dos primeras etapas, de 30 y 23 kilómetros, tomó los caracteres de excursión, siempre dentro del marcadamente espiritual de la reunión, quizá llevada a un aire más de paseo, en pequeña pujanza de los atrevidos, ansiosos e ignorantes de los posibles efectos del agotamiento orgánico; pero luego adquirió la regularidad precisa para su total realización. Y los primeros fenómenos *n.orbosos* observados se manifestaron en los pies, bajo formas de flictenas, que se transformaban en erosiones sangrantes, en algunos casos muy dolorosas, no sólo plantares, sino interdigitales, aquilianas, dorsales y aun subungueales, reconociendo todas como etiología el empleo de calzado inadecuado. Estas lesiones determinaron, con posterioridad, ligeras flebitis y adenitis scarpianas o inguinales; pero sin que en ninguna de aquéllas ni de estas nuevas manifestaciones se produjeran infecciones, pues, si bien eran cuidadosamente curadas por el personal de la ambulancia que acompañaba a la peregrinación, con todo el gran espíritu de agnecación y entusiasmo representativo de la Cruz Roja Española, durante la marcha volvían a determinarse roces y nuevas lesiones o se avivaban las últimamente curadas, hasta que se transformaban en callosidades, que facilitaban considerablemente la marcha. Tales lesiones iniciales se presentaron, en la diversa gradación de la simple erosión a la úlcera dolorosísima, en algo más de un 30 por 100 de los peregrinos, y las pequeñas complicaciones señaladas linfáticas alcanzarían un 6 a 8 por 100; pero, lo reiteramos, no hubo ni un sólo caso de infección, y tan sólo una peregrina precisó ser transportada en la ambulancia unos kilómetros y dejada en descanso un día en una localidad; mas reemprendió con tanto valor y brío, sola, la marcha, que, ganando la pérdida de la detención, logró incorporarse al núcleo algunas jornadas antes de la llegada a Zaragoza, y hacer con él la entrada. Y nuevamente insistimos tam-

bién en el valor inquebrantable de muchos peregrinos, en especial mujeres, que, con los pies llagados y sangrantes, soportaban sin la menor queja la dura prueba, sino, al contrario, muy gozosos de poder ofrecer sus dolores, en satisfacción de los grandes favores recibidos e incomparables con los morales y materiales antes sufridos.

El tratamiento de estas lesiones era sólo cura seca, sin aplicaciones húmedas, y, si acaso, en algunas, un polvo secante (dermatol); la experiencia del teniente practicante de la ambulancia en anterior peregrinación, que también acompañó como facultativo, le demostró sus ventajas, subrayadas en ésta. Los músculos de las extremidades inferiores manifestaron su agotamiento en la segunda y tercera jornadas bajo la forma, bien conocida, de agujetas, más evidentes cuando se enfriaban en las paradas, pero carentes en absoluto de importancia, y, en ocasiones, al iniciar las marchas, de calambres, que cedían con la deambulación. No se llegaron a observar fenómenos evidentes de miositis; pero sí algunos pequeños desgarros musculares, con subsiguiente formación de pequeños hematomas. Y, como curiosidad, dolores en el anillo inguinal, que en algunos casos temieron se tratase de hernias, pero que una exploración cuidadosa descartaba tal supuesto.

En las personas poco habituadas al deporte o la marcha se señalaron ligeras artritis, principalmente en las rodillas, y, algunas veces, en el tobillo y la cadera. Los descensos continuados y, sobre todo, cuando a esto se sumaba el terreno sinuoso, con sus curvas cerradas, de gran peralte (descenso a los valles del Jalón y del Ebro), las molestias se acrecentaban, y eran manifestadas por todos los peregrinos. Su terapéutica, como la anterior, muscular, quedaba reducida a masaje bien practicado, y vendaje articular en los casos extremos, y en los descansos, sobre todo nocturnos, la aplicación intensa de calor seco beneficiaba considerablemente estas artritis.

El caminar más grato era cuando se efectuaba en carretera asfaltada, sombreada, llana o con ligera pendiente ascendente, no recta en absoluto; a ésta seguía la empedrada, más molesta, hasta finalizar en esta pavimentación, de rápido descenso y grandes y reiteradas curvas peraltadas, en la que la marcha se hacía molestísima; y entre la primera y la última existían gradaciones, desde la carente de sombra, reverberante el sol del suelo asfáltico, la recta infinita, agotadora hasta de esperanzas, y la ondulada en exceso, en la que se observaban curiosísimos fenómenos de unión y desunión de grupos, según se tratase de la vaguada o la coronación de la cuesta. Pero a la marcha sobrepasaba en agotamiento la estancia en pie en los finales de etapa hasta llegar al suspirado y bien merecido descanso, no siempre todo lo cómodo que se descara, pero sí, salvo alguna rarísima excepción, pleno de buena voluntad y caridad cristiana.

¿Cómo evitar estas alteraciones del aparato locomotor? Para aquellas personas que traten de seguir nuestras huellas, les aconsejaremos, en primer término, llevar calzado en condiciones para ello. Entre los partidarios de llevar pie y pierna

bien ceñidos con botas y polaina, y los de la clásica alpargata española, está la discusión. Nuestro consejo sería el empleo de sandalias bastante abiertas que permitan la fácil circulación de aire, pero con tacón de goma (nosotros llevamos unas de tipo franciscano, y fuimos de los que mejor llegamos de pies), al que se estuviera habituado; nada de emplear alpargatas quien en toda su vida ha llevado tacón alto. Y, de llevar otro tipo de calzado, siempre el más cómodo, para poderse cambiar por otro de refresco en las grandes marchas. Esto, unido a un pequeño entrenamiento o habituación preliminar en los días precedentes, constituye lo básico e indispensable.

Las consejas populares y algunos técnicos insisten en el beneficio de la balneación local con soluciones de cloruro sódico o sustancias medicinales de la industria farmacéutica o las fricciones con alcohol. Las primeras son muy perjudiciales, porque ablandan la piel en lugar de endurecerla y predisponen a lesiones que se trata de evitar, y las segundas, ni perjudican ni benefician. Desde luego, que debe efectuarse la limpieza conveniente, pero sin abusar de largas maceraciones y con perfecto secado y reacción de la piel.

En el aparato digestivo se observan las mismas características señaladas al tratar de la iniciación de la marcha. Cuando ésta tiene el aspecto de excursión, con subsiguientes excesos alimenticios, en cantidad o calidad de los mismos, o inyección desusada de alcoholes, se presentan síntomas de gastritis hiperclorhídrica por ingesta, modificados con la absorción del popularísimo bicarbonato sódico; y ellas solas desaparecen al regularizarse las comidas. Tal vez a la glotonería de los primeros días subsiga anorexia; pero bien pronto la acción beneficiosísima de la larga estancia al aire libre se deja sentir, y renace el apetito, con gran satisfacción del peregrino.

La sed, necesidad que debe saberse dominar, como otras muchas, propia y más motivada de las comidas de conservas o copiosas, determina en algunos el abuso alcohólico antes señalado, y era con frecuencia motivo de fenómenos diarreicos por la suma de ambas causas. Cesada la etiología, se obtenía una regularización de vientre en forma tal, que en muchos causaba extrañeza lo fisiológico de su exoneración intestinal, mal lograda antes con laxantes y enemas.

La evitación de las alteraciones digestivas se logró con facilidad mediante la regularización de las comidas sanas (¡aquellas sopitas de ajo, tan odiadas por los que sufrimos el oprobio marxista, como cena, y las tazas de cocimiento de cebada, bien caliente, antes de la matinal partida, de las Hermanitas del hospital de Guadalajara!, ¡cuánto bien nos hicieron a todos!) y la sustitución de agua por frutas, iniciación que efectuamos con tomates y melones, y que siguieron muchísimos, en ejemplo, con gran contento. ¡Fruta sanísima de Aragón—uvas, melocotones, manzanas—que nos proveíste de tan eficaz remedio!

Entre los peregrinos había algunos de cierta edad, cuyo aparato respiratorio adolecía de taras manifiestas, evidenciadas bajo los síntomas de las bronquitis enfisematosas en sus grados iniciales y

medios. La marcha en llano se efectuaba relativamente bien cuando no era acelerada, no así la ascensión de pendientes. Pero la habituación se estableció pronto; y nuevamente se mostraron los maravillosos efectos de la estancia al aire libre. Mas, para su evitación, precisa regularidad de marcha y reducción de paradas al mínimo, en relación con aquélla. Las insuficiencias miocárdicas iniciales fueron, quizá, los motivos que más nos pudieron inquietar, en cuanto a gravedad. Por tal causa, perdimos el contacto inmediato con dos peregrinos, uno de los cuales proseguía cortos trayectos en tren, y otro se nos separó en Guadalajara para reunirse en Calatayud, antes de la etapa más dura (¡36 kilómetros de recorrido y la subida a los puertos de El Fresno y de La Muela!), y hacer, todos juntos, la entrada en Zaragoza. Algún desfallecimiento cardíaco se observó en los finales que precisó la administración de tónicos cardíacos, inyectados o por ingesta, según la urgencia del caso. Las taquicardias de esfuerzo de las primeras jornadas llegaron a compensarse y regularizarse de modo absoluto.

Como secuelas renales, se observaron, en los comienzos, la nicturia, que desapareció. Y, por parte de este aparato, el retardo en las micciones, con disminución de las molestias vesicales por retención, como si el tono de la vejiga urinaria se modificase favorablemente con la marcha. La sustitución de las bebidas por frutas de zumo mostró un considerable beneficio sobre la función excretora urinaria.

Una de nuestras preocupaciones médicas la constituía el efecto que pudiera determinar la marcha prolongada sobre el ciclo sexual femenino. Y, asombradas, nos confiaban algunas mujeres que aquél se había iniciado sin las molestias a que estaban acostumbradas; y, en cuanto a duración y cantidad, más bien tendía a disminuir que a aumentar. Para tales momentos era aconsejable el reposo echada el mayor tiempo posible, casi siempre demasiado breve, de eficaz resultado. Y en el personal masculino se observaron algunos dolores testiculares por tracción de cordón, que modificaba en seguida el uso de suspensorio.

Merecen gran interés los efectos observados sobre el sistema nervioso. No siempre las más largas jornadas eran las más agotadoras, sino que en ello influían muchos motivos (calor, sombras, descansos, comidas, carretera, visión de ésta—las grandes rectas son las más angustiosas, así como la lejana visión del término de la jornada, que es preferible se presente de modo inesperado). Las manifestaciones recogidas eran un aumento de la irritabilidad, más excitable sobre todo en la llegada a los finales de etapa, cuando éstos me parecían ofrecer lo ansiosamente esperado. Pero resulta paradójico que se notara mayor agotamiento en las serenas jornadas cesaraugustanas, también bastante moviditas. Y una de las peores fué la que siguió al baño, tan ansiosamente esperado, en las termas de Alhama de Aragón, a pesar de haberseles recomendado que fuera breve y seguido de afusión fría, si ello era posible, consejo que siguieron muchos. ¿Determinaría el baño a un efecto excesivamente sedante sobre el sis-

tema nervioso? Desde luego, que, puesto a tono de nuevo el sistema nervioso, cuyo desequilibrio llegó a inquietarnos en alguna ocasión a nosotros mismos incoherencia en la ideación, ligeras disartrias, disminución de memoria de cosas muy sabidas, cánticos, oraciones—se llegó a una rápida recuperación. Y lo emocional de la llegada, tras de marcha en triunfo vibrante durante varios kilómetros, ante la Reina de los Angeles se postraba aquel centenar y medio de peregrinos, agotados materialmente, pero alegres de corazón, por haber podido llevar a feliz término la palabra empeñada a su celestial protectora, magnífico colofón de los sacrificios gustosamente soportados, pero que tan sólo una fortaleza de ánimo española permitió llegar sin un solo desfallecimiento, entre los sollozos ahogados de los recién llegados, muchísimos de ellos en marcha final descalzos o de rodillas dentro del templo, y las lágrimas incontenibles de todos los presentes, que ni hablar podían, en sacrosanta misión de ánimo; cuadro y descripción que nos sentimos incapaces de narrar, y del que tan sólo puede dar alguna ligera idea su visión en la santa capilla del Pilar de Zaragoza.

La vida campesina determinó el aumento de la acuidad visual y auditiva, si bien ésta se vió dismi-

nuida en las últimas jornadas por el agotamiento nervioso.

Y, sobre el tegumento, lo más destacable fueron las quemaduras determinadas por el sol en las partes desnudas (cara, brazos, cuello; por nuestra parte, los pies), que producían dermatitis considerables con edemas, que se acrecentaban con los roces. El engrasado de la piel pareció insuficiente para su evitación, ya que la sequedad ambiental era considerable en toda la alta meseta castellana, y tan sólo las pomadas casi inertes, como la pasta Lassar no salicilada, parecían beneficiar algo. La lluvia, encharcado el último trozo del camino final, en calzados permeables y conservadores de humedad, como las alpargatas, reblandeció la piel de los pies e hizo molesta la marcha; y nosotros, con nuestro calzado abierto, el verdadero y lógico del peregrino, conseguimos orear nuestros pies mojados sin alteración alguna de su tegumento.

Y, al lado de las considerables gracias espirituales conseguidas con la peregrinación, logramos también el aumento de nuestros conocimientos médicos y los beneficios corporales antes señalados. Y para nosotros, la gratisima reiteración de profundos afectos de compañerismo y gratitud profesionales.

Informatorio profesional

ACADEMIA MEDICO-QUIRURGICA ESPAÑOLA

Curso 1946-47

PREMIOS

Premio de la Academia.—1.500 pesetas:

Tema: «La fórmula leucocitaria en el diagnóstico y pronóstico de las enfermedades infecciosas».

Premio Abaytúa.—1.500 pesetas:

Tema: «Estado actual del problema terapéutico de las perforaciones gastrointestinales».

Premio Dirección General de Sanidad.—1.000 pesetas:

Tema: «Fiebre tifoidea. Patogenia, Clínica y diagnóstico».

Premio Blanco Soler.—2.000 pesetas:

Tema: «El valor diagnóstico, pronóstico y terapéutico de las curvas de glucemia en los diabéticos».

Premio Calderín.—1.500 pesetas:

Tema: «Los factores vasculares, alérgicos y carenciales en la génesis del vértigo vestibular».

Los trabajos serán inéditos, de médicos españoles, académicos o no de la Academia Médico-Quirúrgica Española, con excepción de los aca-

démicos al premio de la Academia, presentados en la Secretaría de esta Academia, Colegio de Médicos, calle de Esparteros, núm. 11, hasta el día 30 de septiembre de 1947.

Cada trabajo llevará su lema. En sobre aparte, con su lema, incluido el nombre del autor.

Los trabajos serán examinados por señores académicos nombrados por la Junta de Gobierno de la Academia, cuya decisión será leída en la sesión inaugural del curso 1947-48 y abierto el sobre con el lema del trabajo premiado. Acto seguido serán quemados los sobres de los trabajos no premiados.

Si el carácter o mérito de los trabajos no merecieran los premios, éstos quedarán desiertos.

Los trabajos premiados quedarán de propiedad de la Academia Médico-Quirúrgica Española, que decidirá sobre su publicación.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

Ponente: *Doctor Marañés.*

Tema: «La Higiene en Norteamérica. Impresiones de un viaje.»

(6 de mayo de 1947)

Expone que lo más importante desde el punto de vista higiénico, observado durante su estancia en los Estados Unidos, era la gran preparación

del público en aquel grandioso país para comprender las ventajas de la Higiene y respetar cuantas disposiciones se dicten sobre la materia.

Considera el modo de alimentarse en Norteamérica como verdaderamente razonable, abundando en las comidas las verduras y sin faltar nunca las frutas o zumos de ellas.

Describe someramente el Medical Center, Hospital de la Universidad de Columbia, poniendo de relieve lo interesante que sería remitir a la biblioteca de dicho Centro libros y revistas médicas españoles.

La vivienda dice que constituye el verdadero ideal higiénico, al ser la mayoría hotelitos familiares, y que la vida al aire libre, el ejercicio, los deportes y la limpieza han logrado mejorar la raza.

Achaca a los ruidos del ambiente neoyorquino la abundancia de las sorderas en aquella ciudad, problema que era uno de los objetivos de su viaje a dicho país, preocupado por su curación, a la que viene dedicando sus desvelos hace muchos años. Termina deseando para España la implantación de algunas de las mejoras higiénicas que ha podido contemplar en aquel país.

EL TERCER CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICOS CATOLICOS, EN LISBOA

El próximo día 17 de junio se celebrará la sesión de apertura de este Congreso Internacional

BOLAÑOS Y AGUILAR, S. I.—Gral. Sanjurjo, 20, Madrid

en Lisboa. Dicha sesión será presidida por el Jefe del Estado, general Carmona.

La representación española es muy numerosa, y será presidido por el doctor Guillermo Núñez, profesor de la Facultad de Medicina.

La ponencia estará a cargo del doctor Vallejo de Simón.

A este Congreso asistirán representaciones de veintiséis países.

EL DORTOR JOSE DE SAN ROMAN, NUEVO CATEDRATICO DE HIDROLOGIA

Después de brillantísimos ejercicios de oposición, ha merecido, por el voto unánime del Tribunal, la cátedra de Hidrología médica de la Facultad de Medicina de Madrid el doctor José de San Román y Rouyer.

Reciba nuestra más cordial felicitación.

OMISION INVOLUNTARIA

Por error involuntario se dejó de consignar el nombre del autor del artículo «Meningitis linfocitarias», que hemos publicado en nuestro número 4.754, del día 31 de mayo de 1947.

El autor es el distinguido neurólogo y psiquiatra don Román Massot Gimeno, que tanto prestigio tiene entre los profesionales catalanes.

La Dirección.

MADREZAL

Específico clásico de la HIPOGALACTIA.-Laboratorios O. F. E.-Madrid (4)

UN PRODUCTO ESPAÑOL

Modernas aplicaciones del ASTHICOL

La experiencia de los diez años de empleo de este producto, selecta preparación del ácido benzoico para su empleo por vía endovenosa en forma de benzoato sódico, ha dilatado su utilidad a otros fines diagnósticos y terapéuticos de los que venía empleándose.

Para la prueba del ácido hipúrico, propuesta por Quick y Cooper en el estudio de la función hepática, se viene empleando el ASTHICOL con sin iguales resultados, puesto que el hígado sintetiza el ácido hipúrico a expensas del ácido benzoico.

EN LA MODERNA TERAPEUTICA ha alcanzado el empleo del ASTHICOL crédito y consumo cada vez mayores en todas las aplicaciones de la PENICILINA.

Se ha demostrado que el benzoato sódico que se administra en el ASTHICOL se elimina por vía renal en forma de ácido hipúrico, y que éste, mientras dura su eliminación, no permite la excreción renal de la PENICILINA, elevando así el nivel de ella en la sangre y consiguiendo, por tanto, una eficacia infinitamente mayor con dosis infinitamente más pequeñas de PENICILINA.

Los estudios referentes a estos resultados de la asociación del ASTHICOL con la PENICILINA pueden consultarse en los trabajos de:

BRONNENBRENNER y FAVOUR: *Science*, 101, 673. 1945.

SOO-HOO y SCHNYTZER: *Arch. Biochem.*, 5, 99. 1944.

VEGA DIAZ: *Med. Clin.*, 6, 203. 1946.

Diez inyecciones endovenosas de

ASTHICOL

es un tratamiento preventivo, eficaz contra el coriza y los catarros bronquio-pulmonares.

ASTHICOL es un producto según fórmula del Dr. Cortezo para administrar el BENZOATO SÓDICO purísimo en forma directa y eficiente.

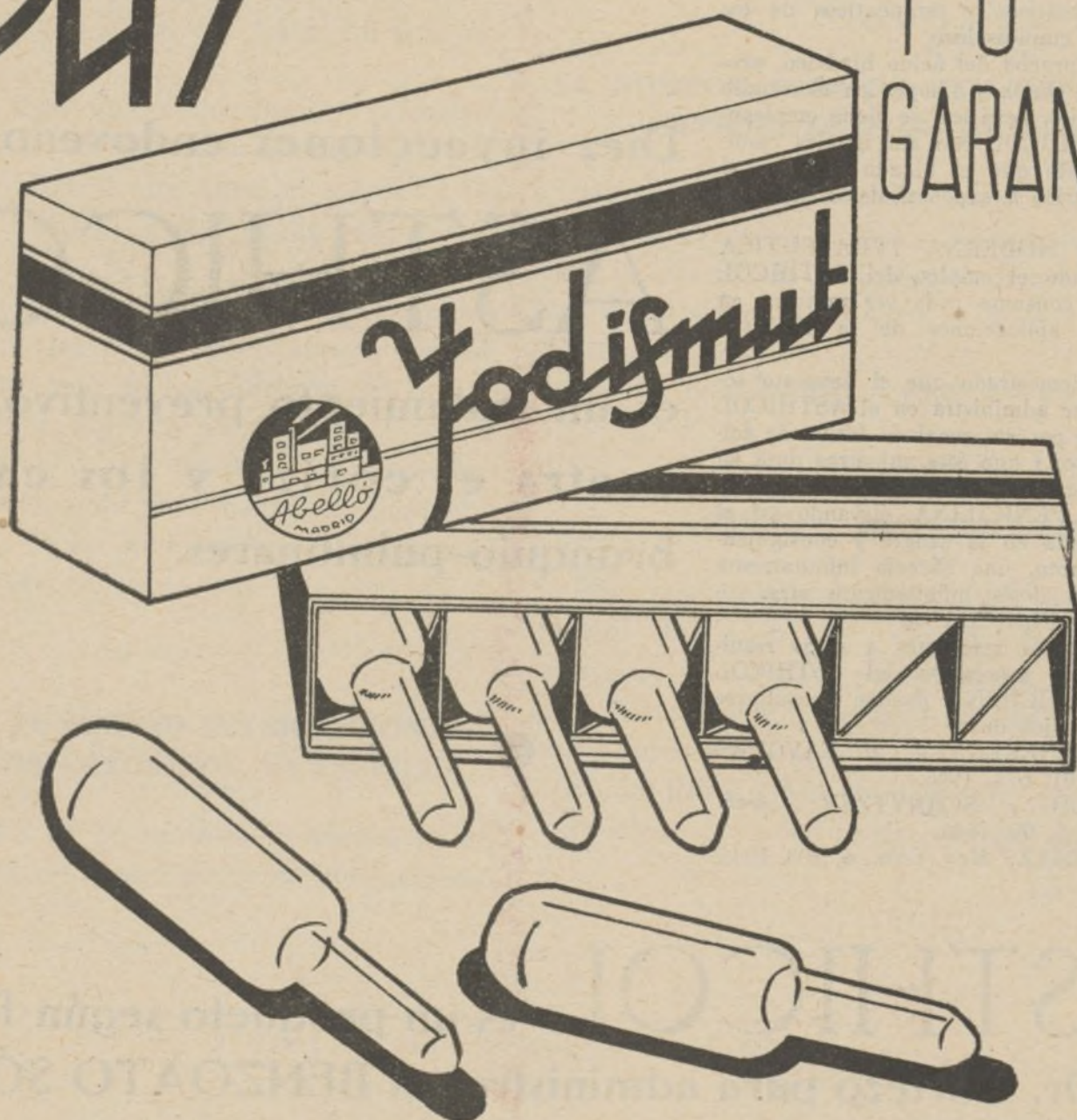
Preventivo - Eficaz - Cicatrizante - Antipútrido

Pedidos a López de Hoyos, II. - Madrid :: Depósitos generales del ASTHICOL

Casa Cárcaba. Oviedo. - Centro Farmacéutico Asturiano. Oviedo. - Centro Farmacéutico Nacional. Madrid. - Centro Farmacéutico, S. A. Alicante. - Centro Farmacéutico Salmantino. Salamanca. - Centro Farmacéutico Valenciano. Valencia. - Centro Farmacéutico Vizcaíno. Bilbao. - Ceñal y Zuloaga. Oviedo. - Comercial Farmacéutica Castellana. Burgos. - Cooperativa Farmacéutica Gallega. Coruña. - Cooperativa Farmacéutica Leonesa. León. - Durán, S. en C. Madrid. - Sociedad Anónima Farmacéutica Aragonesa. Zaragoza. - Honorio Riesgo. Madrid. - Matarredona Hermanos. Albacete. - Farmacia Oyarzábal. Beasaín (Guipúzcoa). - Unión Farmacéutica Levantina, S. A. Valencia. - Juan Martín. Madrid. - Y PRINCIPALES FARMACIAS DE MADRID Y PROVINCIAS

(Aprobado por lo Censura Sanitaria núm. 4.808.)

Preparado de BISMUTO ROJO DE TODA GARANTIA



CAJA de 6 AMPOLLAS
DE 3 C.C. CON 0,08 de
Bi. POR AMPOLLA

Yodobismutato de quinina en suspensión oleosa al 10 %

