

# EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

Núm. 4.299. — Tomo 97

AÑO OCHENTA Y TRES

2 Mayo 1936

## LABORATORIO FARMACEUTICO

### PONS, MORENO Y C.<sup>A</sup>

DIRECTOR D. BERNARDO MORALES

**BURJASOT VALENCIA**  
(ESPAÑA)

**Jarabe Bebé**

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

**Agentes exclusivos, I. URIACH Y C.<sup>A</sup>, S. A.—Barcelona.**

**Tetradinamo**

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

**Septicemiol**

(INYECTABLE)

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

**Eusistolina**

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

**Mutasán**

(INYECTABLE)

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

AL PEDIR MUESTRAS INDÍQUESE ESTA REVISTA Y ESTACIÓN DEL FERROCARRIL



## BARACHOL



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

LABORATORIOS FAUS — VILLAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)



## ANALISIS

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

**Laboratorio del Dr. E. ORTEGA**

Sucesor del Dr. CALDERON

Carretas. 14.-Madrid

FUNDADO EN 1866

### Correspondencia administrativa

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

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

Don Luis Rivero, pagado fin diciembre 1936.

D. Manuel García Salgado, ídem íd.

D. Primitivo Orúe, ídem íd.

D. Luis Mariano Parra, ídem íd.

D. Francisco de León Sotelo y Ojeda, ídem íd.

D. Rafael Garrido, ídem íd.

D. Luis Higuera, ídem íd.

D. Teófilo Moraleda, ídem íd.

D. Santiago González, ídem íd.

D. Domingo Lumbier, ídem íd.

D. José del Alamo, ídem íd.

D. Pedro López Peña, ídem íd.

D. Miguel Vicente Figueruelo, ídem íd.

D. Lorenzo García Sánchez, ídem íd.

D. Salustiano Cerezo, ídem íd.

D. Alejandro Díaz Salgado, ídem íd.

D. Francisco López González, ídem íd.

D. Antonio Peláez, pagado fin febrero 1936.

D. Abundio de Celis, pagado fin diciembre 1936.

D. Vicente Granell, ídem íd.

D. Fernando Rosal, ídem íd.

D. Esteban Franco, ídem íd.

## Antiasmático poderoso

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS BRONQUIALES

### JARABE-MEDINA DE QUEBRACHO

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

**PRECIO: 6,50 pesetas frasco**

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

**TALLERES PROPIOS**

**LA ORTOPEDIA MODERNA**

GRAN CASA CONSTRUCTORA

**ALONSO S<sup>ra</sup> ALFONSO**

ORTOPÉDICO DEL HOSPITAL MILITAR  
Y DE OTROS CENTROS

Fuencarral. 98-MADRID Tel<sup>o</sup> 15.724

PIERNES Y BRAZOS  
UNICA EN CORSES  
MULETAS

GASAS Y ALGODONES  
VENDAJES  
FAJAS BRAGUEROS  
GOTIERAS

## ALMORRANAS



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

- D. Joaquín Gómez Fontova, ídem íd.
- D. Ramón Rius Subiranes, ídem íd.
- D. Jesús Villavilla, ídem íd.
- D. Emiliano del Pozo, ídem íd.
- D. Manuel Lorenzo, ídem íd.
- D. Matías Blanco, ídem íd.
- D. José Ferrer Beltrán, ídem íd.
- D. Antonio Alonso, ídem íd.
- D. M. Vidaur, ídem íd.
- D. Gonzalo Esteras, ídem íd.
- D. Joaquín Ibáñez, ídem íd.
- D. Fermín Hervella, ídem íd.
- D. Clodoaldo Casado, ídem íd.
- D. Roberto Castro, ídem íd.
- D. José Pedraja Polanco, ídem íd.
- D. Antonio Riera, ídem íd.
- D. Inocencio Gutiérrez Sánchez, pagado fin junio de 1936.
- D. Manuel G. de la Huebra, ídem íd.
- D. Juan Romero, ídem íd.
- D. Emilio Segoviano, ídem íd.
- D. Jesús Vidal Prieto, ídem íd.
- D. Roberto de la Fuente, ídem íd.
- D. Pedro Lorenzo Brusi, ídem íd.
- D. José Marcos, ídem íd.
- D. José Luis Tapia Vicente, ídem íd.
- D. Fernando Montejo, ídem íd.
- D. Alberto Irazábal, ídem íd.
- D. Juan Garay, ídem íd.
- D. Antolín de la Rosa, ídem íd.
- D. R. de Martín, ídem íd.
- D. Luis Santos Sequeiros, ídem íd.

(Continúa en la página XIX)

# BIFOSFOTIOCOL TOSSES Y CATARROS

Ayuntamiento de Madrid



que aumenta algo por la aceleración que el corazón experimenta en su marcha, resulta que la atropina es un agente hipocrínico poderoso que obra en todos los casos por intermedio del esplácnico.

Se ha discutido mucho acerca del antagonismo entre la atropina y la morfina. Este antagonismo estaba sostenido por los hechos que, mientras la atropina produce midriasis, insomnio (aunque esta acción sea inconstante y accidental), isquemia y diarrea, al paso que la morfina produce miosis, si bien tan ligera que no puede compararse con la midriasis intensa que la atropina origina, sueño, congestión y estreñimiento. El principal antagonismo es la acción sobre el simpático, excitante para la atropina y depresora para la morfina. Efectivamente, hay cierto antagonismo entre ambas sustancias, pero debe tenerse en cuenta que la acción de la atropina sobre el simpático, que es el hecho antagónico más evidente, varía con la dosis, que, si es un poco elevada, causa una irritación pasajera, la cual se convierte enseguida en depresión y se suma al efecto de la morfina. Las experiencias emprendidas para esclarecer este punto, tras de algunos titubeos, han puesto de manifiesto que en la intoxicación morfínica se puede sacar algún partido de la atropina. Mientras dure la miosis debida a la primera, se pondrán de una a dos inyecciones de dos miligramos de atropina, la segunda cuando sea precisa, a las dos o tres horas de la primera, pero si los demás síntomas debidos a la morfina persisten combinados con midriasis intensa o si la taquicardia se hace peligrosa, no se insistirá en el empleo de la atropina. Tampoco se prescindirá bajo pretexto de éste de ningún otro de los tratamientos del morfinismo.

La atropina se ha empleado mucho de un modo completamente empírico; hoy se la receta fundándose en el efecto que desarrolla sobre el globo ocular, la sensibilidad, la medula espinal, las secreciones y las tónicas musculares intestinales.

limonada sulfúrica que el enfermo tomará caliente, permaneciendo, además, en la cama y bien abrigado, con objeto de aumentar, no sólo el número de deposiciones, sino también la diaforesis.

#### BELEÑO

El único usado en Medicina es el beleño negro ("hyoscyamus niger"). Se emplea de esta planta las hojas del año, que se recogen en junio, las raíces o las semillas que se recolectan en otoño, siendo éstas las preferibles, por ser más constante su composición. Sus principios activos son la hiosciamina y la hioscina.

La acción del beleño es algo semejante a la de la belladona, pero menos activa y menos precisa.

Administrado al interior se absorbe con suma facilidad, tiene acción sedante y predispone al sueño, sin modificar las secreciones; si la dosis ingerida es grande, produce analgesia y efectos antiespasmódicos. Su eliminación se verifica por la orina.

Aplicada sobre la conjuntiva ocular, la hiosciamina dilata la pupila, como la atropina.

A dosis poco mayores que las terapéuticas, el beleño da lugar a intoxicación, que se manifiesta por iguales síntomas que la intoxicación por la belladona, y se trata vaciando el estómago, administrando estimulantes alcohólicos, amoníaco, café fuerte, sinapismos e inyecciones subcutáneas de pilocarpina (un centigramo en cada una), repetidas dos a cuatro veces, o bien un enema con siete gramos de tintura de jaborandi.

Se da el beleño como sedante, antiespasmódico e hipnagogo en los dolores reumáticos, neuralgias, dolores intestinales, vesicales y dismenorreicos. Se emplea también contra las afecciones convulsivas, temblores y palpitaciones. Por último, también se aplica contra la excitación cerebral y el insomnio psíquico.

Al interior se da el polvo de hojas secas de cinco a



20 centigramos, el alcoholaturo, de cinco a 10, y hasta LII gotas (un gramo) al día.

Baño de asiento:

Hojas de belladona.....	20 gr.
Hojas de beleño.....	} aa 30 —
Hojas de hierbamora.....	
Raíz de malvavisco.....	40 —
Cabezas de adormidera.....	núm. 2.

Hiérvase diez minutos en tres litros de agua, los cuales se añadirán al agua de un baño de asiento. Se tomará el baño a 40° y durará quince minutos. Al mismo tiempo, y con la misma agua, la enferma se da una irrigación vaginal. Indicación: dismenorreas dolorosas.

Cigarrillos de Espic:

Hojas de beleño.....	} aa 20 centig.
Hojas de estramonio.....	
Hojas de belladona.....	40 —
Extracto de opio.....	1 gr.

H. s. a., un cigarrillo, para fumar en el momento del acceso. Indicación: asma.

Linimento:

Extracto alcohólico de belladona.....	2 gr.
Aceite de beleño.....	15 —
Aceite de manzanilla.....	30 —

M. Para unturas en las articulaciones enfermas. Indicación: reumatismo articular agudo.

Mixtura:

Cocimiento blanco de Sydenham.....	150 gr.
Tintura de beleño.....	2 —
Tintura de acónito.....	1 —

M. Para tomar tres cucharadas de las de sopa al día, una después de cada comida. Indicación: dispepsia dolorosa.

cardia paroxística. Cuando es de origen nervioso, se consigue obtener mejoría; cuando no, el resultado es nulo. Gracias a los efectos que la atropina desarrolla sobre el aparato circulatorio, es el antagonista por excelencia de la muscarina. Cuando se dé con un enfermo intoxicado por esta substancia, debe inyectársele de un cuarto a medio miligramo de atropina.

La respiración sigue fases iguales que la circulación. Primero viene una disminución en la amplitud y frecuencia de los movimientos respiratorios por parálisis de las terminaciones del neumogástrico, y después aceleración de los mismos, porque el medicamento excita el centro respiratorio del bulbo. Sucede a este período de aceleración otro de depresión, que es precursor de la muerte.

El primer efecto que de la belladona se observa en el aparato digestivo es la sequedad de las fauces, por inhibición de la secreción salival. Esta inhibición se produce por parálisis de las fibras nerviosas secretoras. Las dosis usuales calman las terminaciones nerviosas en el estómago y desarrollan un efecto antiemético; en cambio, las dosis altas, en algunas ocasiones pueden originar vómitos. No es apreciable acción inhibitoria alguna de la atropina sobre la secreción gástrica, en contra de lo que se había esperado y se ha llegado a afirmar por algunos. Por excitar las fibras musculares lisas intestinales y paralizar los nervios espláncnicos moderadores del peristaltismo, la atropina se emplea para combatir el estreñimiento, especialmente en enfermos atacados de cólicos de plomo, los cuales toleran cantidades considerables de belladona.

Resumiendo: la acción del medicamento sobre las distintas secreciones que ya se han mencionado—saliva, sudor—, y, teniendo en cuenta que igual efecto ejerce sobre las secreciones láctea, pancreática y biliar, y únicamente se hallan libres de dicho efecto inhibitor la secreción gástrica, que no es modificada, y la urinaria,



# TERTULIA MEDICA

## HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

### AMENIDADES

2-V-1936

La correspondencia de esta sección deberá dirigirse al señor Director con advertencia expresa de su destino, TERTULIA MEDICA, y la publicidad, a la Administración, Apartado 121 Madrid.

#### El pasado, el presente y el porvenir del Hospital General de Madrid

POR EL  
PROF. G. MARAÑÓN

(Continuación.)

Murió D. Cristóbal Pérez de Herrera en plena miseria, después de haber hecho súplicas inútiles a Felipe III y al Duque de Lerma, que fueron sordos a la vida heroica y caritativa de su protomédico. Sólo 200 ducados de pensión alcanzó y un pobre empleo su yerno en el Consejo de Castilla. Pero nos legó su memoria, admirable, aunque no suficientemente encomiada. Hoy la celebra mi modesta voz, y quisiera que fuese tan sonora que llegase a los oídos de todos los médicos de España, y singularmente, de los madrileños, para honrar su fama y su recuerdo.

En el reinado de Felipe IV se concedió al Hospital, cada vez más pobre, una nueva sisa sobre la industria que tenía entonces mayor importancia en Madrid: la de las comidas. Se debió este refuerzo al

dadera miseria e ignominia para la Historia de España; después los de Felipe V, con las terribles Guerras de Sucesión, durante los cuales el hambre y la miseria alcanzaron límites increíbles; y nuestro Hospital, derrotado y sin recursos, se convirtió en Asilo de soldados heridos, de pobres famélicos y hampones miserables que no tenían asistencia mé-

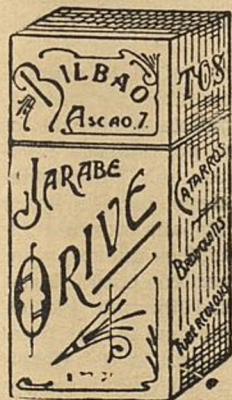


dica ni Reglamento, que se alimentaban con escasez inconcebible y que dormían en jergones o sobre el santo suelo. Hasta que advino al Trono don Fernando VI.

Fernando VI fué uno de los Reyes más interesantes de España. En gran parte a él se deben muchas de las glorias achacadas a Carlos III. La mayoría de las grandes transformaciones geniales de la vida interior y, sobre todo, de la política de la época, se deben a Fernando VI, o, si se quiere, a sus ministros. Pero no le regateemos la gloria, pues así como cuando las cosas de una nación van mal se hace responsable al Jefe del Estado, aun cuando sean los ministros los culpables, así también cuando van viento en popa no se deben escatimar los elogios al Monarca; y hay que reconocer que Fernando VI los merece copiosos. Entre sus trabajos de buen gobierno, dedicó atención especialísima a las obras de Beneficencia en Madrid, y, desde luego, a su principal organismo, que era el Hospital General; de sus rentas pagó sus cuantiosas deudas y le donó la cantidad de 120.000 escudos. A él se debe la adjudicación de las rentas de la plaza de Toros, y él fué igualmente quien proyectó derribar el ya usado edificio que habían construido para Albergue de Mendigos Cristóbal Pérez de Herrera y Felipe II, para hacer en su lugar el nuevo Hospital. Los estatutos de este nuevo Hospi-

tal estaban ya hechos, y llevan la firma del Marqués de Valparaíso; pero yo he encontrado el nombre de su verdadero autor, el famoso y aún no bien estudiado Padre Sarmiento, quien dice al Padre Feijóo, en una de las cartas, que ha estado muy ocupado en hacer los Estatutos del Hospital General por orden del Marqués de Valparaíso. Pero todo quedó en proyecto, y el edificio no se empezó a construir hasta el reinado de Carlos III. Entonces se elevó una pequeña parte de lo que constituía el plan principal. Lo empezó a construir Hermosilla y lo terminó Sabattini. Ya los cronistas de la época hacen grandes encomios de la magnificencia de la fábrica y, sobre todo, de la enorme extensión que alcanzaría cuando estuviera concluido; por desgracia no lo ha estado nunca.

Aquí comienza, en realidad, el segundo período de la historia de nuestro Hospital. En el siglo XVIII el espíritu de la Medicina cambia por completo. Empiezan a influir en la psicología española los aires prerrevolucionarios en los años que precedieron a la reforma de la Revolución francesa, años heroicos de la Enciclopedia. Y el médico empieza a tener una calidad mejor, y la vida de nuestro Hospital, una categoría científica más alta. Sin embargo, los médicos de



FORMULA  
POR 20  
GRAMOS

Thiocol.... 23 cent.  
Codeína... 1 —  
Arrhenal. 2 —

Precio al público 4,95 rtes

Conde-Duque de Olivares, tan calumniado, cuya memoria me propongo en breve reivindicar. Siguió la tradición de su padre, el segundo Conde de Olivares, D. Enrique de Guzmán, que, siendo Embajador en Roma, se ocupó especialmente de los hospitales para españoles. Pero sobrevinieron los años de Carlos II, de ver-

**B A R A C H O L**  
Cura Eczemas, Erupciones y Enfermedades Rebeldes de la Piel.

aquel siglo, los que Feijóo fustigara, eran, en general, muy malos. Yo me he ocupado de ellos en escritos recientes, en algunas conferencias y en mi libro sobre el citado Feijóo; y he demostrado que, pese a los elogios que se han querido hacer de ellos y que han hecho nuestro insigne polígrafo Menéndez Puelles, eran unos teorizantes mediocres, imbuidos de ideas sistemáticas, completamente al margen de aquellas prácticas de útil empirismo que ya entonces se hacían

**FIMONAL**



**VIAS  
RESPIRATORIAS**



en casi todos los hospitales de Europa, dejando, en suma, un rastro muy pequeño en la ciencia española durante todo este período, salvo alguna figura insigne, como la de Casal. Sin embargo, es un hecho que el Hospital se enriqueció mucho, y de esta época son ya gran parte de las fundaciones cuyas rentas se dedicaban al Hospital General. Se le hicieron muchos regalos, incluso de cuadros, y entre ellos el del magnífico Greco «San Jerónimo», que descubrimos el Dr. Huertas y yo hace tres años cuando se derribó una de las viejas y abominables celdas de castigo de la planta baja. Cuadro acerca del cual no he encontrado huella alguna, porque, por ejemplo, Ponz, que hace una enumeración bastante completa de los cuadros que había en el Hospital—y dice, por cierto, que no tenían gran mérito—, no se refiere a este «San Jerónimo», quizá el mejor de todos los «San Jerónimos» del Greco. Ciertamente que las obras del pintor insigne atravesaban entonces un período de desvalorización, que no terminó hasta el viaje de Teófilo Gautier a España. Creían muchos entonces que el Greco era un loco y que este «San Jeróni-

cómo sudaba aquel arrogante guardia de Corps después de morir. La imaginación de la muchedumbre es capaz de ver sudar a los difuntos y de todo lo que se quiera. Dedicó a este sucesos unos de sus escritos más gra-

### ALMORRANAS internas, externas y afecciones del recto. Medicación hemorroidal completa.

Doctor RIBALTA -- Prospectos gratis.

Rambla Cataluña, 44.—BARCELONA

ciosos y desatinados Torres de Villarroel, en un folleto, que es fácil encontrar todavía, de verdadero interés para la historia pintoresca de los hospitales y de los últimos años del siglo XVIII.

A final de siglo la decadencia del Hospital se inicia otra vez en forma pavorosa. Uno de los viajeros de esta época, que dedicó una atención muy especial a los edificios de nuestra población, hace del Hospital esta descripción, verdaderamente terrorífica: «Las camas están sin cortinas y tienen un solo jergón de paja. La sopa está hecha con carne podrida. En la misma cama he visto un muerto y un moribundo. En otra cama, el muerto estaba con un enfermo bastante fuerte para poder sentarse y hablarme. A los pies del lecho, unos hombres cosían el sudario y terminaban de clavar el féretro.» «Es grande el Hospital, pero cuatro veces pequeño para la cantidad de viejos, de enfermos y de incurables que contiene.» «En cualquier país exótico se sangra y se purga. En el centro de la Cristiandad, y en estos tiempos, mueren los enfermos sin un medicamento, sin caldo, sin una copa de vino de Alicante.»

Es sabido que el vino de Alicante era uno de los remedios más eficaces que había para la convalecencia y estuvo hasta hace muy poco tiempo en el pectorio del Hospital con otro famoso mosto español, el de Rueda, y no sé si lo estará todavía. Está, sin duda, muy dramatizada esta descripción. Pero se presiente la verdad detrás de sus exageraciones.



En camisería "Samaral" adquirirá los artículos de mejor gusto y calidad.

AVENIDA PEÑALVER, 16. :: MADRID

Al siglo XIX le hemos llamado del «esplendor social». En efecto, todo el siglo XIX se caracteriza por la enorme importancia que toma la profesión médica como consecuencia de la Revolución francesa. Hasta la Revolución francesa el médico era un paria, y solamente aquellos doctores muy distinguidos que alcanzaban ser protomédicos de las Reales Casas tenían cierta dignidad y cierta independencia económica, y aun así, morían pobres y desdénados, como Pérez de Herrera, quizá el más insigne de todos ellos. Nuestras profesiones tenían, a lo sumo, sólo la categoría de oficios distinguidos. Pero con la Revolución, los oficios se dignificaron en todas partes, y también en España, y los médicos, desde luego, y, por lo tanto, los Hospitales. En efecto, durante todo el siglo XIX el Hospital alcanzó un período de gran esplendor. Todos los médicos importantes de Madrid lo fueron del Hospital Provincial, y la categoría social y aun científica de nuestro Centro era, sin duda, superior a la de la Facultad de Medicina. En la Academia de Medicina el Cuerpo médico del Hospital tenía tradicionalmente una represen-

### JARABE ALMERA

A BASE DE FOSFATO DE CAL GELATINOSO, EL MAS ASIMILABLE

tación superior a la de la misma Facultad; y en la rivalidad que había entre los dos grandes centros científicos llevaba, casi siempre ventaja nuestro Hospital.

Hacia mediados del siglo ocurrieron hechos interesantes. Se produjo la revolución española o uno de los paroxismos de su permanente revolución. Se cerraron las Universidades y, por de contado, las escuelas y colegios. Quedó España durante algún tiempo sin médicos nuevos, y entonces en varios centros hospitalarios se hicieron escuelas libres de Medicina; pero la que alcanzó mayor prestigio fué precisamente la del Hospital General, en la que trabajaron todos los médicos de fama de entonces, y muy singularmente, el doctor Esquerdo, que era medio político y medio médico, hombre de ciencia, muy barbado, al uso del apóstol científico de entonces, y de una elocuencia soberana, según dicen los que le oyeron. Hoy tiene una estatua, muy merecida, frente al Hospital; pero cada vez que la veo me hace pensar en la falta de otras estatuas y de otras conmemoraciones, singularmente la de D. Cristóbal Pérez de Herrera, que tiene otro recuerdo que la mención de su nombre al comienzo de la placa de nuestra Sala de Juntas.

(Continúa en la página XVIII.)

### CALCINHEMOL ALCUBERRO

Poderoso antianémico

ALCALA, 88. — MADRID

mo» representaba también otro loco, y lo metieron en la celda de los dementes con doble motivo; y como estaba completamente a oscuras y apenas se entraba allí, no se había reparado en el lienzo. Apareció intacto; tenía únicamente en la parte baja una porción de pinchazos. Una monja anciana creyó recordar que uno de los locos, en tiempos muy atrás, que estuvo allí porque tenía accesos de furia, creía que aquel señor de las barbas era el que tenía la culpa de su reclusión, y con un clavo puesto en la punta de una escoba le hizo el daño que pudo. Por fortuna, el cuadro estaba muy alto y no estropeó más que la parte inferior del lienzo, que ha podido ser restaurado por completo y hoy sirve de magnífico ornato a nuestra Sala de Juntas.

Reputo, desde el punto de vista científico, esta época del siglo XVIII funesta para la historia de nuestro Hospital. Los datos que yo he podido recoger declaran sólo vacuidad, doctrinarismo y pedantería. Una prueba famosa de este espíritu fué la historia del cadete de guardias de Corps, Le Febvre, de quien se dijo que después de muerto seguía sudando. Esto produjo una revolución entre los madrileños. Estuvo el cadáver expuesto en una de las salas del Hospital, y todo Madrid desfiló para ver



# INYECTABLES

para el tratamiento de las afecciones de las vías respiratorias

## OPTOBALSAN

(OPTOQUINA Y BALSAMICOS)

### Fórmula Adultos

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

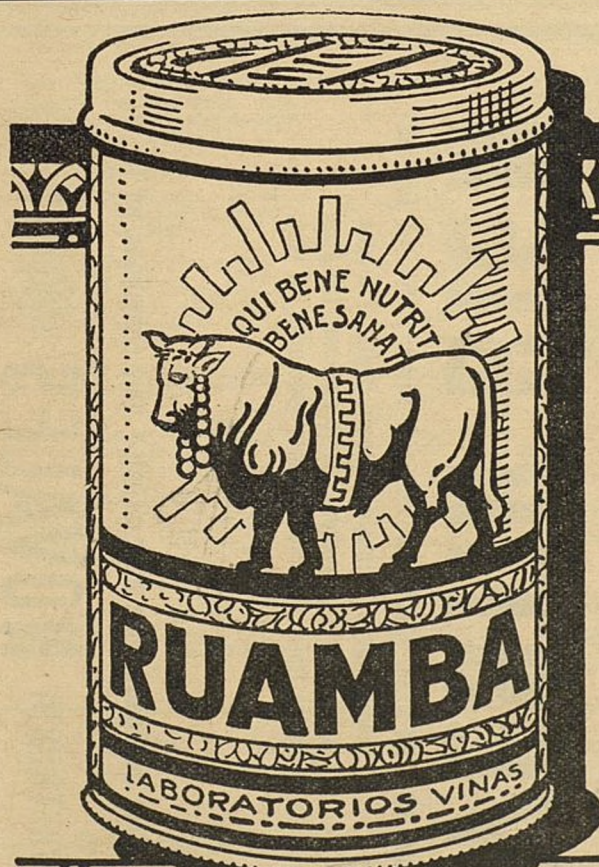
### Fórmula Niños

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

Representante para Madrid y provincia:

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

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



**Poderoso reconstituyente para  
niños y adultos.**

**Contiene los principios indispensables  
a la función vital.**

Una cucharada de **Ruamba**,  
mezclado en la leche, aumenta cuatro  
veces su valor nutritivo y constituye un  
delicioso desayuno o merienda para los  
anémicos, inapetentes, raquíticos, albu-  
minúricos, desnutridos, etc.

Laboratorios Viñas - Claris, 71 - BARCELONA

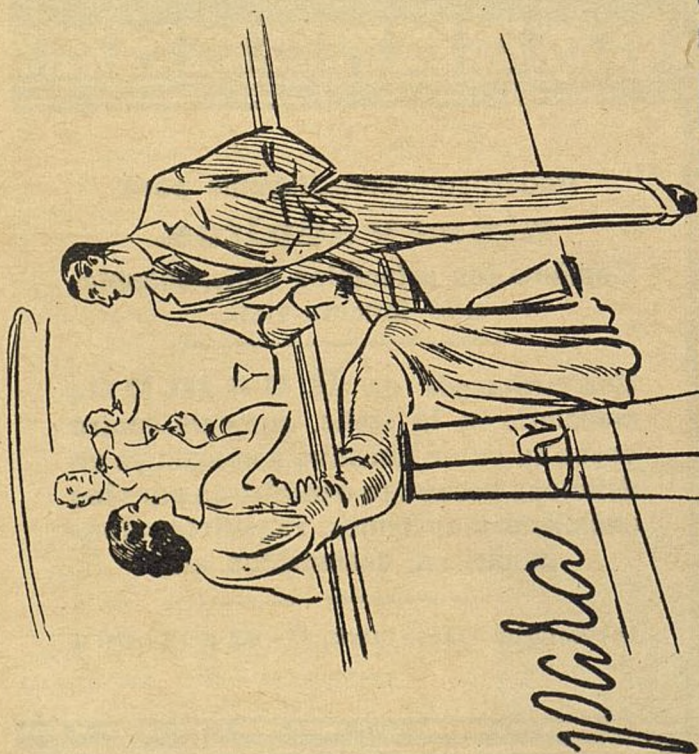


# ¿Telepatía?



Escriba usted en medio del corazón del Cupón número 2 un número cualquiera del 0 al 35 (la Lotería de la C. U. tiene 35 millares), y guárdelo en su cartera. Mande el Cupón número 1 a la persona que más quiera usted en el mundo, o a aquella con quien usted cree que "sintoniza" mejor. Ruéguele que piense intensamente en el número en que usted ha pensado—con ánimo de adivinarlo—y que se lo remita bajo sobre. Si coinciden ustedes, deben jugar, sin dudar, en el millar correspondiente, y si no coinciden..., juegue cada uno en "su" millar.

NOTA.—El 0 representa cualquier número inferior a 1.000.



## VESTIR BIEN

NO ES PRECISO GASTAR MUCHO SINO SABERLO GASTAR

El mejor traje a la medida, género inglés, 275 ptas.

El mejor traje a la medida, género nacional, 150 ptas.

El mejor traje a la medida para todo uso, 90 ptas.

ELEGANCIA  
CALIDAD  
ECONOMIA

Tres cualidades que hallará usted muy cumplidas en la

SASTRERIA **NOVALES** BARQUILLO, 28



# EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

## HISTORIAL

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

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

1854

AÑO OCHENTA Y TRES

1936

## CONSEJO DE REDACCION CIENTIFICA

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

(conde de Gimeno, Presidente de la Academia Nacional de Medicina)

### VOCALES

**Dr. MARIANO ACEÑA**  
De la Beneficencia Municipal de Madrid.

**Dr. VITAL AZA Y DIAZ**  
Director del Sanatorio quirúrgico de Santa Alicia. Académico de número de la Nacional de Medicina.

**Prof. J. BLANC Y FORTACIN**  
Agregado de la Facultad de Madrid. Jefe de Clínica del Hospital de la Beneficencia general. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

**Dr. JULIO BRAVO**  
Jefe de la Sección de Propaganda de la Dirección general de Sanidad. Médico de los Dispensarios Antivenéreos nacionales.

**Dr. SANTIAGO CARRO**  
Profesor del Instituto Rubio. Académico de número de la Nacional de Medicina.

**Prof. A. FERNANDEZ MARTIN**  
Auxiliar de la Facultad de Madrid. De la Beneficencia Municipal de Madrid.

**Dr. E. FERNANDEZ SANZ**  
Presidente de la Liga Nacional de Higiene Mental. Académico de número de la Nacional de Medicina.

**Prof. FIDEL FERNANDEZ Y MARTINEZ**  
De la Facultad de Granada. De la Beneficencia general y Académico C. en la Nacional de Medicina.

**Dr. S. GARCIA VICENTE**  
Jefe del Servicio de Laringología de la Institución Antituberculosa Municipal de Madrid.

**Prof. A. GARCIA Y TAPIA**  
De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina.

**Dr. MARIANO GOMEZ ULLA**  
Inspector general de Cirugía del Ejército.

**Dr. F. GONZALEZ DELEITO**  
Coronel Médico. Jefe de la Clínica Psiquiátrica Militar de Ciempozuelos.

**Dr. JOSE GOYANES Y CAPDEVILA**  
Decano de la Beneficencia provincial. Académico de número y Bibliotecario de la Nacional de Medicina.

**Dr. BALTASAR HERNANDEZ-BRIZ**

De la Beneficencia provincial. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

**Dr. J. DE ISASA Y ADARO**  
Pediatra.

**Dr. SANTIAGO LARREGLA**  
Jefe del Laboratorio del Hospital de San Francisco de Paula y del de Pediatría de la Facultad de Medicina.

**Dr. E. LUENGO Y ARROYO**  
Del Instituto Nacional de Higiene.

**Prof. GREGORIO MARANON Y POSADILLO**  
De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina.

**Dr. MANUEL-MARIN AMAT**  
Jefe del servicio de Oftalmología de la Beneficencia provincial de Madrid. Académico C. de la Nacional de Medicina.

**Dr. NICASIO MARISCAL Y GARCIA**

Director del Instituto Nacional de Toxicología. Académico y Secretario perpetuo de la Academia Nacional de Medicina.

**Dr. A. MORANA Y JIMENEZ**  
Análisis clínicos.

**Dr. F. MURILLO Y PALACIO**  
Ex Director general de Sanidad. Académico de número de la Nacional de Medicina.

**Prof. J. A. PALANCA Y MARTINEZ FORTUN**

Ex Director general de Sanidad. Profesor del Instituto Nacional. Académico de la Nacional de Medicina.

**Prof. ANTONIO PIGA Y PAS-CUAL**

Médico forense de Madrid. Ex Presidente del Colegio de Médicos de Madrid.

**Prof. GUSTAVO PITTALUGA Y FATORINI**

De la Facultad de Madrid. Director de la Escuela Nacional de Sanidad. Académico de número de la Nacional de Medicina.

**Dr. A. PULIDO Y MARTIN**  
Urólogo. De la Beneficencia provincial. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

**Dres. JULIAN Y SANTIAGO RATERA Y BOTELLA**

Radiólogos. De la Beneficencia Provincial. Académicos C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

**Dr. J. MARTIN RENEDO**  
Jefe de la Clínica Oftalmológica del Hospital Militar de Carabanchel.

**Prof. R. ROYO-VILLANOVA**  
De la Facultad de Valladolid. Académico C. de Valladolid en la Nacional de Medicina.

**Dr. J. SARABIA Y PARDO**  
Pediatra. Decano del Hospital del Niño Jesús. Académico de número de la Nacional de Medicina.

**Prof. ANTONIO SIMONENA Y ZABALEGUI**

De la Facultad de Medicina de Madrid. Académico de la Nacional de Medicina.

**Prof. ENRIQUE SUNER Y ORDONEZ**

De la Facultad de Medicina de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina. Director de la Escuela Nacional de Puericultura.

**Dr. J. M.<sup>a</sup> TOME Y BONA**  
Dermatólogo. Bibliotecario de la Academia de Dermatología y Si-filiografía.

**Dr. RAFAEL DEL VALLE Y ALDABALDE**

De la Beneficencia provincial. Académico de la Nacional de Medicina.

**Dr. J. VALDES LAMBEA**  
Jefe de los Servicios de Tuberculosis del Hospital Militar y Profesor de Fimatología del Ejército. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

**Dr. J. M.<sup>a</sup> DE VILLAVEVERDE**  
Psiquiatra del Hospital del Buen Suceso. Neuropsiquiatra de la Beneficencia Provincial de Madrid.

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

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

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

### PRECIOS DE SUSCRIPCION

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

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



# EL SIGLO MEDICO

Tomo 97

Sábado 2 de Mayo de 1936

Núm. 4299

## PROGRAMA CIENTIFICO

LEMA: PROGRESSI SUMUS, PROGREDIMUS, PROGREDIEMUR

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

SUMARIO.—SECCIÓN CIENTÍFICA: Problemas clínicos de los casos fáciles, IV, por el Prof. Gregorio Marañón.—Tres lecciones en la Facultad de Medicina de Madrid: Terapéutica endobronquial. Lavado pulmonar. Broncografía (continuación), por el Dr. S. García Vicente.—Intoxicaciones de origen alimenticio, por el Dr. M. Maestre Ibáñez.—BIBLIOGRAFÍAS.—PERIÓDICOS MÉDICOS.

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

## PROBLEMAS CLÍNICOS DE LOS CASOS FÁCILES

### IV

### Los síndromes de falsa diabetes

Por el Prof. GREGORIO MARAÑÓN

#### I

El caso que vamos a comentar hoy plantea algunos problemas sobre la diabetes de extraordinario interés práctico, y, entre ellos, el de las falsas diabetes, de las que los libros no se ocupan, y que tienen en la clínica importancia extraordinaria. Se presenta en nuestra consulta una mujer de sesenta y seis años, con todo el aspecto de la arteriosclerosis. Su marido la trae a la consulta, porque observan en ella determinadas "rarezas" de carácter, y nos dice que las atribuye a que ha padecido diabetes. En efecto, hace años tuvo un síndrome aparentemente típico de diabetes: sed, poliuria, enflaquecimiento, astenia, prurito generalizado con preferente localización vulvar. El médico analizó la orina y encontró azúcar. La instituyeron el tratamiento dietético e insulínico oportuno, y la glucosuria desapareció, pero no los síntomas generales, presentándose después los trastornos nerviosos que dan ocasión a la consulta.

Ahora bien: nuestros análisis de orina y de sangre demuestran la ausencia de glucosuria, la normalidad de la glucemia en la orina y un desarrollo absolutamente normal de la curva de glucemia. Estamos, pues, en presencia de una enferma que ha sido, según dicen, diabética, pero que ahora no lo es; y vamos a ver en qué forma se puede resolver clínicamente este problema. Empezaremos por resumir la historia clínica de la paciente:

#### II

Enferma número 13.291; tiene sesenta y seis años; casada; tuvo la menarquía a los quince

años, y la menopausia, a los cincuenta y seis, con regla siempre escasa y sin embarazos. Los padres murieron repentinamente, es decir, probablemente por lesiones vasculares relacionables con la precoz e intensa arteriosclerosis de la hija. No tiene otros antecedentes familiares ni personales lejanos. A los cincuenta años padeció "reumatismo", que se curó en Alhama de Aragón.

A los sesenta y dos años empezó a padecer el síndrome antes enumerado: sed, poliuria, adelgazamiento, astenia y prurito. El médico sospechó que tuviera diabetes; se llevó la orina y dijo que había comprobado la existencia de glucosuria, estableciendo el tratamiento antidiabético.

Aseguran, la enferma y su marido, que esta glucosuria no ha vuelto a aparecer; pero persisten los síntomas clínicos de tipo diabético. De vez en cuando, tiene opresión retroesternal, con dolores de vientre y piernas. Y, finalmente, aparecen los síntomas psíquicos que corresponden a una personalidad paranoide, con tendencia a reacciones interpretativas y depresivas de sus molestias orgánicas.

La exploración clínica demuestra una constitución asténica; aspecto esclerótico; sepsis oral; refuerzo del segundo tono aórtico; tensión de 140-80; reflejos tendinosos vivos. El examen radioscópico indica un corazón de tamaño normal, con esclerosis de la aorta. El electrocardiograma corresponde a un predominio del ventrículo izquierdo, con bajo voltaje. Los análisis demuestran una orina abundante y diluida, sin glucosa ni otros elementos anormales. Azotemia normal (0,44); reserva alcalina normal (55,9); curva de glucemia normal (0,94-1,34-1,23-1,25-0,90).



— V —

# DE EFEDRA ESPAÑOLA

## EFEDRINA ESPAÑOLA



**LABORATORIOS JUSTE  
MADRID**

Francisco Navacerrada, 3, hotel  
• Apartado de Correos 9030

# HISPANOFEDRINA

### HISPANOFEDRINA

AMPOLLAS

Asma bronquial, estados  
alérgicos, hipotonías, etc.

### HISPANOFEDRINA

COMPRIMIDOS

Asma bronquial, coriza  
espasmódica, astenia

### HISPANOFEDRINA

JARABE

INDICADO en bronquitis,  
tosferina, asma bronquial

Ayuntamiento de Madrid



# GÉLOTANIIN

TANATO DE  
GELATINA



CHOAY

**DIARREAS DE LOS  
NIÑOS DE PECHO**

Paquetes de 0,25 gramos.

**DIARREAS  
ESTIVALES**

Sellos de 0,50 gramos.

**DIARREAS DE LOS  
TUBERCULOSOS**

Sellos de 0,50 gramos.



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

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

**LABORATOIRE CHOAY** 48. Rue Théophile Gautier. PARIS (XVI).



Se trata, pues, de un caso de evidente arteriosclerosis con ateroma aórtico, riñón suficiente, equilibrio hidrocarbonado normal y organoneurosis sobre una personalidad paranoide.

Hay que advertir que la enferma come de todo desde hace tiempo y no toma insulina.

### III

El problema fundamental que suscita esta enferma, tan corriente en cualquier consultorio, es, como ya hemos dicho, el de interpretar por qué y cómo habiendo sido diabética ahora no lo es. Tres hipótesis podemos hacer para explicárnoslo, a saber:

- a) *Que sea una diabética curada.*
- b) *Que sea una diabética interminente.*
- c) *Que no haya sido nunca diabética.*

Vamos a examinar brevemente cada una de estas tres hipótesis.

### IV

*¿Es nuestra enferma una diabética curada?* La curación de la diabetes es un hecho que hoy no podemos negar. Cualquier clínico tiene casos que cumplidamente lo demuestran. Sin embargo, hay autores de la respetabilidad de Joslin, que aseguran no haber visto jamás entre su inmenso material de diabéticos uno solo que le haya convencido de estar curado. Según él, los casos así considerados ni son de curación, sino de mera "detención" de la diabetes, de igual suerte que puede "detenerse" la evolución de una tuberculosis o de una sífilis dándola apariencia de estar curada, sin estarlo en realidad. Es evidente que con un criterio estricto no puede discutirse la afirmación de Joslin. Un joven diabético a los diez años, puede no volver a presentar ningún síntoma y morir a los ochenta años en pleno equilibrio hidrocarbonado; pero nadie podrá negar que si hubiera vivido unos años más pudiera volver a haber sido diabético.

Mas, en la clínica, ese diabético en la niñez, que ha pasado una larga vida sin sufrir de diabetes, a pesar de no someterse a tratamiento alguno, tenemos la obligación de considerarle como curado. Y no sólo por la realidad del hecho en sí, sino también porque, teóricamente, no hay ninguna razón que impida admitir que las causas que habitualmente producen el síndrome diabético no puedan desaparecer.

Una diabetes, en efecto, se desarrolla, o por una lesión accidental de uno de los eslabones de

la cadena reguladora del metabolismo hidrocarbonado, principalmente el páncreas, que puede, por ejemplo, ser afectado por un traumatismo, por una sífilis, etc., o bien porque, sin haber lesión orgánica propiamente dicha, el sistema neurohumoral regulador de ese metabolismo hidrocarbonado se desequilibra en el sentido diabético. Es evidente que la lesión traumática o sífilítica del páncreas puede curarse, y que el desequilibrio neurohumoral puede desaparecer, equilibrarse. En uno u otro caso, la diabetes se habrá curado.

Hoy entendemos la inmensa mayoría de los casos de diabetes como consecuencia de una predisposición del organismo hacia la diabetes, predisposición generalmente heredada, que, en algunos casos, puede permanecer latente durante toda la vida, que en otros muchos se convertirá en diabetes clínica cada vez que se sume una causa diabética determinante (infecciones, hemorragias, depresiones nerviosas, accidentes genitales, etcétera, etc.). Si estas causas determinantes se presentan una sola vez, el enfermo será diabético mientras dure dicha causa, y al desaparecer ésta, la diabetes puede desaparecer también. Así nos explicamos el porqué una diabetes puede curar clínicamente, aun cuando con un sentido patológico muy estricto no se pueda hablar de curación, ya que la predisposición subsiste.

En la inmensa mayoría de los casos de curación de diabetes, el mecanismo es, pues, éste: la ausencia de causas determinantes permite que la predisposición diabética permanezca oculta. Pero, otras veces, la curación puede sobrevenir por la influencia antidiabética de otras causas patológicas, de las que la más frecuente es el cáncer.

Los clínicos clásicos habían observado ya que en ciertos diabéticos inveterados podía desaparecer la diabetes al aparecer un cáncer. Nosotros mismos hemos relatado muchos casos muy típicos. Yo recuerdo siempre el de un diabético hereditario al que traté durante muchos años, que, por encontrarse muy bien, hacía imperfectamente su tratamiento y presentaba siempre azúcar en la orina, compatible con un excelente estado general y una actividad social intensísima. Hacia los cincuenta y cinco años, súbitamente, el azúcar desapareció, sin lesión renal. No nos explicábamos la causa del fenómeno. Pero un año después comenzaron los síntomas de un cáncer gástrico, que en pocos meses produjo la muerte del enfermo. La diabetes no reapareció jamás. Es evidente que en este caso la desaparición espontánea de la diabetes fué el primer síntoma de la evolu-



ción de la neoplasia, mucho antes que éste se manifestase por ninguno de los síntomas propiamente cancerosos. Este y otros casos análogos me inducen a aconsejar siempre a los médicos que, cada vez que en un diabético inveterado, pasados los cincuenta años, observen la espontánea desaparición de la sintomatología diabética, en lugar de entregarse a un peligroso optimismo, sospechen o indaguen la posibilidad de que se trate del comienzo insidioso de una neoplasia.

La curación cancerosa de la diabetes puede ser debida a que la neoplasia asiente en el tejido insular del páncreas, como en el caso de Bickel y otros, pues estos tumores insulares pueden ocasionar una excitabilidad funcional de dicho tejido, y, por lo tanto, un exceso de producción de insulina. Pero aun cánceres de otras regiones pueden tener esta misma virtud, probablemente porque las células cancerosas pueden segregar sustancias hipoglucemiantes, no bien conocidas, pero de evidente efecto antidiabético. Joslin cree que estas curaciones se deberían al adelgazamiento del enfermo, que le coloca en mejores condiciones de metabolismo hidrocarbonado. Ya sabemos que un gordo diabético puede hacerse aglucosúrico por el solo hecho de adelgazar, en lo cual se fundaban las famosas curas de enflaquecimiento, tan en boga en los años que precedieron al descubrimiento de la insulina. Nosotros no podemos admitir para el caso del cáncer esta explicación, puesto que muchas veces, como en el enfermo citado, la desaparición de la glucosuria ocurre antes de que el adelgazamiento se haya iniciado.

Otras enfermedades caquetizantes, como la tuberculosis, pueden, aunque excepcionalmente, determinar esta misma curación espontánea de la diabetes. Ya en Naunyn se encuentran ejemplos demostrativos.

Admitida la posibilidad de la curación de la diabetes, ¿podemos interpretar así nuestro caso? Me inclino a creer que no, pues tales curaciones espontáneas suelen ocurrir en sujetos diabéticos desde muchos años atrás, y no en diabetes tardías, como la de nuestra paciente.

## V

La segunda hipótesis es la de que se trate de una diabetes intermitente. La realidad de tales diabetes intermitentes es incuestionable. Ya las señalaba en sus estudios inmortales Claudio Bernard. Su explicación es evidente, teniendo en cuenta el concepto antes expuesto de la predispo-

sición diabética, sobre la cual actúan las causas determinantes. Estas causas pueden, en efecto, ser pasajeras, y el síndrome clínico de la diabetes lo será entonces también, dando lugar al cuadro intermitente. Un ejemplo muy típico nos le dan algunas mujeres de nuestras historias, con fuerte herencia diabética, herederas, por lo tanto, de la predisposición diabética, que no son, sin embargo, diabéticas hasta que se hacen embarazadas. Cada embarazo—verdadera causa determinante diabetógena—desencadena una crisis de diabetes, incluso con acidosis, que desaparecerá al terminar el estado gravídico, para volver a presentarse en el embarazo próximo. Acaso esta mujer volverá a hacerse diabética en el climaterio—otra importante causa determinante diabetógena—, y es posible que, a partir de entonces, el equilibrio hidrocarbonado, definitivamente roto, se traduzca en una diabetes permanente.

Es así como debemos hoy entender las diabetes intermitentes, muy bien estudiadas recientemente por la fina perspicacia de Mauriac. Son, pues, inútiles todas las interpretaciones que se han querido dar de estos estados, considerándolos como no auténticamente diabéticos (*estados paradiabéticos*, de Pi Suñer; *estados diabetoides*, de Nóvoa Santos; *diabetes oculta* y *diabetes latente*, de Escudero; *diabetes potencial*, de Allen, etcétera). En realidad, los episodios intermitentes de la diabetes son, en suma, episodios de la fase "prediabética" de la diabetes, cuya realidad es, a mi juicio, absolutamente incuestionable. Lo creo cada día con mayor firmeza.

Para hacer el diagnóstico de estas formas intermitentes de la diabetes—y también de las formas de curación antes expuestas—son precisas estas dos condiciones: *que los episodios diabéticos lo sean de verdad*, es decir, que los hayamos visto y comprobado nosotros mismos o que tengan la autoridad de clínicos respetables, con sus análisis de orina y sangre correspondientes e incuestionablemente positivos. Y *que durante las fases no diabéticas, la investigación de la curva de glucemia nos demuestre que, aunque la glucosuria espontánea ha desaparecido, persiste la predisposición diabética*. Excepcionalmente puede faltar este segundo requisito, pues yo he visto casos absolutamente comprobados de diabetes en los que durante las fases adiabéticas, no sólo desaparecía la glucosuria en la orina, sino que la curva era perfectamente normal, para volver a hacerse diabética cuando la diabetes reaparecía; pero repito que esto es excepcional.



¿Podemos considerar a nuestra enferma como un caso de diabetes intermitente? Me inclino también a creer que no, pues en estas diabetes intermitentes la iniciación de la enfermedad es juvenil, y al llegar a los sesenta y seis años de la paciente que comentamos, habría habido ya una serie larga de episodios positivos y negativos.

## VI

Hemos, pues, llegado a la tercera hipótesis. *La diabetes de nuestra enferma, ¿existió en realidad?* Porque muchas veces los enfermos nos cuentan que han padecido diabetes, y la verdad es que tal diabetes no existió jamás. Hay, en suma, síndromes, y afirmo que frecuentísimos, de falsa diabetes, que vamos brevemente a describir.

Estas falsas diabetes se caracterizan precisamente por los síntomas que presentaba nuestra enferma: sed, poliuria, astenia, adelgazamiento, prurito. Pero ninguno de estos síntomas puede estar producido por el trastorno diabético, sino por otras causas que vamos a precisar.

Las falsas diabetes aparecen principalmente en dos circunstancias: en el climaterio y en la caquexia senil.

La falsa diabetes del climaterio fué descrita por nosotros hace tres años, y figura en la última edición de mi libro "La edad crítica" (París, 1934). En el climaterio es muy frecuente el adelgazamiento (sobre todo por las reacciones hipertiroides); es muy frecuente la potomanía, la falsa sed, que va seguida de abundante poliuria; es muy frecuente la astenia (de patogenia neuroendocrina), y es, finalmente, muy frecuente el prurito vulvar (por la craurosis de la vulva, ligada directamente a la insuficiencia ovárica).

En la caquexia senil puede aparecer el mismo síndrome. Desde luego, el adelgazamiento caquético; la poliuria por esclerosis renal; la sed por la poliuria y por el estado de sequedad de las mucosas; la astenia por el mismo estado caquético, y el prurito, generalmente universal, debido a la distrofia cutánea senil, tan conocida de los médicos, por su desgracia, pues se trata de un síntoma que, a veces, hace insoportable la vida de los ancianos y cuyo tratamiento es difícilísimo.

Tenemos, pues, dos síndromes de falsa diabetes—climaterio y senil—, cuya semejanza con la diabetes verdadera es tan grande, que explica perfectamente los errores del diagnóstico. Si a ello se une el que la orina de estos enfermos, a causa de la abundancia de su ácido úrico, creatinina, xantina, etc., o de ciertos medicamentos, como la gli-

cerina, el alcanfor, etc., puede dar las conocidas *reducciones no diabéticas del Fehling*, un médico poco avisado dará por completo el diagnóstico. Y el enfermo, al hacerle nuestro interrogatorio, nos contará que ha padecido diabetes, lleno de buena fe.

No es admisible la misma buena fe en el médico para creerlo. Por el contrario, nosotros, no sólo reanalizaremos la orina, sin tropezar en el escollo elemental de las falsas reducciones diabéticas, sino que haremos también la curva de glucemia, que nos enseñará (con las raras excepciones antes anotadas) si, en efecto, hubo diabetes, en cuyo caso la curva de glucemia será elevada, o si el diagnóstico de diabetes fué errado, en cuyo caso la curva será normal.

No hay, que decir que, para nosotros, el caso que comentamos pertenece a esta última categoría, a las fases diabetes seniles. En este diagnóstico queda definitivamente catalogado.

## VII

Unas palabras sobre la interpretación de los síntomas psíquicos. Es evidente que si no aceptamos el diagnóstico de diabetes, tampoco aceptamos el carácter diabético de dichos síntomas. Pero es que, aun admitiendo la diabetes, no podríamos relacionar con ella la sintomatología psíquica de nuestra enferma. Con Boustet, con Joslin, hemos de repetir que *la diabetes no tiene sintomatología psíquica*, y que cuando los diabéticos presentan esta clase de síntomas, es porque hay otras causas concomitantes, principalmente la arteriosclerosis, que los determina.

En la patología diabética sólo se presentan síntomas psíquicos relacionables con ella, cuando hay acidosis crónica. Entonces el enfermo puede ofrecer manifestaciones de excitabilidad, de euforia, que recuerdan a veces a las de la parálisis general y que en muchas ocasiones hemos comentado.

## VIII

No hay que decir que *nos guardaremos en este caso de todo régimen y medicación antidiabética*. Instituiremos la alimentación conveniente al estado esclerótico, y ahorraremos las medicinas, pues todas ellas, incluso los calmantes, pueden perjudicar a los síntomas, principalmente al prurito, que es el más penoso y rebelde. La experiencia nuestra nos hace ser muy escépticos sobre su tratamiento medicamentoso interno y externo, e incluso sobre la radioterapia. Lo más útil son las sales de calcio.



Tres lecciones en la Facultad de Medicina de Madrid (Abril 1935)

## Terapéutica endobronquial - Lavado pulmonar - Broncografía

POR EL

DR. S. GARCIA VICENTE

### SEGUNDA PARTE

(Continuación.)

#### PROCESOS SUPURADOS

(ABSCEOS PULMONARES, BRONQUIECTASIAS)

En el planteamiento terapéutico endobronquial de estos procesos hay que considerar los siguientes factores: a), actuar en "tope terapéutico"; esto, que no necesitamos repetir, puesto que, como dijimos al principio, *es norma* de todo planteamiento curativo endobronquial, tiene en esas afecciones una importancia mayor aún, pues hay muchos procesos supuratorios pulmonares que se curan solos o con poca ayuda terapéutica (balsámicos, hemetina, alcohol, etc.); b), empleo y uso de la *aplicación local medicamentosa* con las pautas terapéuticas descritas anteriormente, *unida* a los factores que se derivan de la maniobra "*lavado pulmonar*" (descrito al comienzo del trabajo), y de cuya acción se desprende; c), *una facilitación de salida al exterior* de los exudados infectivos; d), *una acción térmica* graduable y progresiva del líquido lavador sobre las lesiones supuratorias pulmonares.

La acción *antiséptica* medicamentosa la ejercemos con el empleo de las sustancias anteriormente descritas en aquel sector, a saber: *yodoformo*, *yodo*, además, medicamentos *astringentes*, con mucha cautela (*tanino*), y sobre todo, *vacunas locales* de stock (Mayoral) y autovacunas

Con la maniobra derivada del fenómeno de "evacuación traqueal", denominada por nosotros *lavado pulmonar*, el mecanismo de *drenaje* de los focos supuratorios se realiza en virtud de los movimientos activos pulmonares, al producirse en este órgano, inundado por el líquido introducido, los movimientos de tos que por oleadas expulsan el líquido lavador al exterior, mezclado con los exudados que arrastra. En nuestras publicaciones anteriores, expuestas desde 1928 ("*El lavado pulmonar*", etc.), están descritas nuestras experimentaciones para demostrar este mecanismo de drenaje, inyectando sustancias opacas en pulmones cuya diseminación por bronquios se comprueba radiográficamente; un lavado pulmonar inmediato en estos órganos, con nuestra técnica, los limpia por completo de toda la sustancia inyectada, demostrando una nueva e inmediata exploración radiográfica la desaparición de aquélla.

#### TOLERANCIA PULMONAR A LA ACCIÓN TÉRMICA DEL LÍQUIDO LAVADOR

En el mes de junio de 1930 dimos una conferencia en el Instituto de Patología del Dr. Marañón sobre "Tratamiento endobronquial de las supuraciones pulmonares", y en ella ya esbozamos la iniciación de nuestras experiencias sobre ese asunto. Estas las hemos seguido y aquilatado, hasta llegar a la conclusión de que el pulmón, mediante un entrenamiento progresivo, *es capaz de soportar sin apenas molestias el arribo de líquido con temperatura hasta de 50 grados centígrados*. El líquido introducido a esta gradación térmica pierde a la salida 9 grados, *calor que han absorbido el pulmón y vías respiratorias*, lo que se demuestra, como es natural, midiendo la temperatura del líquido de arribada al pulmón y del de salida; así, el líquido, que entró a 50°, sale a 41°. No hay que insistir sobre *la importancia terapéutica que tiene el poder poner en contacto de un foco infectado con microorganismos de flora aerobia y anaerobia tan lábiles algunos, a las altas temperaturas, una corriente de líquido a esa gradación térmica*, que, además, es tolerada, después de un razonado y progresivo entrenamiento, sin apenas más molestias que la sensación de calor en la boca del enfermo al salir el líquido de retorno; en el pulmón no se siente, a pesar de esa temperatura, sensación molesta térmica ni dolorosa.

Hemos tratado más de 40 casos de procesos supurados crónicos pulmonares, pero sólo en 14 se han reunido las condiciones de "tope terapéutico", más las de permanencia bajo nuestra actuación facultativa de todo el tiempo necesario para haber podido seguir con lógica terapéutica, tenacidad y escrupulosidad investigadora la marcha del proceso y poder deducir realidades curativas dignas de tenerse en cuenta.

#### ABSCEOS PULMONARES

En esa estadística hay cuatro casos de *absceso pulmonar*, cuyas características esquemáticas damos a continuación, insistiendo en el caso número 4 de la estadística, por ser el más reciente, y porque en su curso se han empleado todos los módulos terapéuticos endobronquiales realizables con nuestras técnicas en esa afección:





# PIPERAZINA MIDY

**GRANULADA EFERVESCENTE**

**EL MÁS  
PODEROSO  
DISOLVENTE  
DEL ÁCIDO ÚRICO**  
ESTIMULANTE DE LA  
ACTIVIDAD HEPÁTICA

LA  
PIPERAZINA  
es  
el único  
nuevo  
anti-úrico  
inscrito  
en el  
CODEX FRANCÉS

**ARTRITISMO,  
GOTA, CÁLCULOS,  
REUMATISMO,  
LITIASIS RENAL,  
LITIASIS BILIAR**

2 a 4 cucharadas de las de café diarias.

LABORATORIOS MIDY - Apartado 534 - MADRID

**ESPECIFICAR BIEN EL NOMBRE "MIDY"**

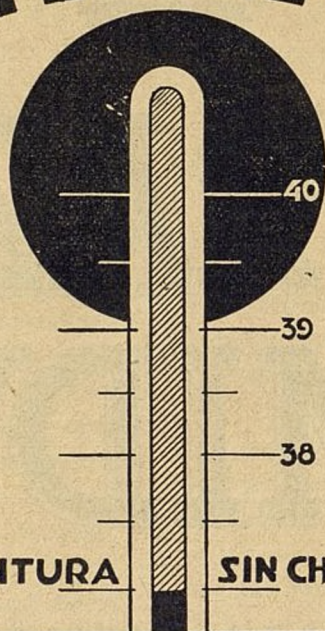
Ayuntamiento de Madrid



EN TODOS LOS ESTADOS INFECCIOSOS AGUDOS

# SEPTICEMINE

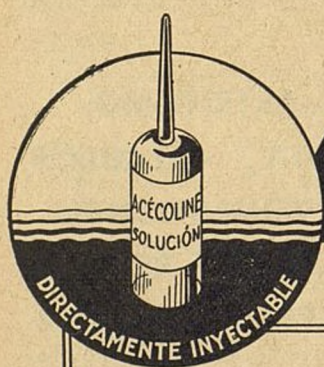
PROVOCA UNA BAJA DE CALENTURA



SIN CHOQUE NI REACCION

**LABORATORIOS CORTIAL .15 BOUL<sup>d</sup> PASTEUR . PARIS**

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



**REBLANDECIMIENTO CEREBRAL**

*Hipertensión arterial*

**ESPASMOS RETINIANOS**

*Arteritis - Gangrenas*

**CLAUDICACIÓN INTERMITENTE**

*Síndrome de Raynaud*

**ANGINA DE PECHO**

*Cólicos de plomo*

**SUDORES DE LOS TUBERCULOSOS**

CLORURO DE ACETILCOLINA EN SOLUCIÓN ANHIDRA Y ESTABLE

# ACÉCOLINE SOLUCIÓN

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

*Forma nueva*

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

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

ALCALÁ 9, APARTADO 310  
MADRID

CONSEJO DE CIENTO 341 Y 343  
APARTADO 698 - BARCELONA



PROCESO, PATOCRONIA Y TRATAMIENTO HASTA LA  
ACTUACIÓN ENDOBRONQUIAL

- 1.º A. B.; varón; 47 años; absceso pulmonar derecho hacía 2 años; tratamiento medicamentoso, higiénico; neumotórax y frenicectomía.
- 2.º F. P.; varón; 42 años; absceso pulmonar izquierdo hacía 5 meses; tratamiento medicamentoso e higiénico.
- 3.º F. I.; varón; 33 años; absceso pulmonar derecho hacía 6 meses; tratamiento medicamentoso e higiénico.
- 4.º C. A.; hembra; 30 años; absceso pulmonar derecho hacía 6 meses; tratamiento medicamentoso e higiénico.

En este último caso se trataba de una señora de treinta años, que tenía un absceso supurado pulmonar derecho de seis meses fecha, de tipo gangrenoso, fétido, con fiebre alta, demacración, expulsión de pus que llega algunas veces hasta más de medio litro, y a la que se ha sometido durante ese tiempo a tratamiento de hemetina, alcohol en inyecciones, neosalvarsán en curas repetidas, balsámicos, etcétera, sin éxito alguno. Esta señora, abocada ya a la neumotomía, como último recurso, es decir, en *tope terapéutico absoluto*, llega a nosotros, recomendada por el Dr. C. Sáinz de los Terreros, en muy mal estado general.

El tratamiento se inició con inyecciones endobronquiales de yodoformo, yodo y autovacunas, que preparó el Dr. Mayoral; a los pocos días de empezar el tratamiento, la hicimos el primer lavado pulmonar a la temperatura de 38º, que luego aumentamos en lavados sucesivos, hasta llegar a 48º, sin llegar a la temperatura tope de 50º, porque desde el primer momento los síntomas comenzaron a remitir, y a los tres meses de tratamiento endobronquial el foco del absceso estaba completamente curado (comprobación clínica experimental y radiológica), pudiendo desde ese momento esa señora hacer su vida ordinaria, con la particularidad satisfactoria de que quedó enseguida embarazada, dando a luz felizmente un niño espléndido, y recordando solamente como una pesadilla su gravísimo proceso pasado. (II historia clínica detallada al final del trabajo.)

PROCESOS BRONQUIECTÁSICOS

En el tratamiento directo del absceso pulmonar puede ser esperado, con frecuencia, el éxito, por-

TRATAMIENTO ENDOBRONQUIAL Y ACTUACIÓN TERAPÉUTICA CONCOMITANTE

Actuación local medicamentosa, lavados pulmonares, etc., durante 3 meses. Curación confirmada 4 años después.

Actuación local medicamentosa, lavados pulmonares, etc., durante 1 año y 8 meses. Después de esto, *frenicectomía*. Curación confirmada 2 años después.

Actuación local medicamentosa, lavados pulmonares, etc., durante 9 meses. Desaparición de todos los síntomas. Vida ordinaria, reanudando su profesión de marino. No se tuvieron noticias posteriores.

Actuación local medicamentosa, lavados pulmonares, etc., durante 3 meses. Curación confirmada 1 año y 1/2 después.

que se siguen normas de cierta lógica, a saber: actuación antiséptica sobre el foco y facilitación del drenaje; pero hay otros procesos supuratorios pulmonares en que la infección está sostenida por una anomalía anatómica, y éstas son las *bronquiectasias*. Estos procesos, que, como se sabe, consisten en dilataciones anormales de los conductos bronquia-

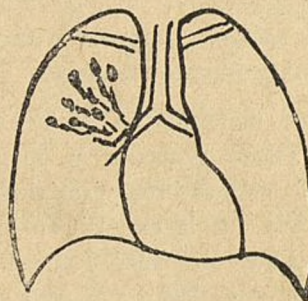


Fig. 11.—Las lesiones supuradas pulmonares (abscesos, bronquiectasias, etc.) que radican en regiones pulmonares situadas *por encima* de la zona de los bronquios principales, bifurcación traqueal, etc. (zona del «reflejo tusígeno»), *tienen tendencia marcada a la curación* porque los exudados procedentes de los focos supurantes no se retienen, sino que ayudados por la acción de la gravedad, desagüan en aquellas regiones eminentemente irribles, de donde los golpes de tos los *expulsan rápidamente* al exterior.

les, son de génesis muy variada, discutida y sujeta a hipótesis, afectando formas distintas; particularidades sobre las que no hemos de insistir, pero sí afirmar que se realizan en algunas de ellas dos hechos de actuación morbosa, que son: la *retención de los exudados* y, como consecuencia de ello, la *infección de los mismos*. La importancia del primer factor está condicionada a la *forma* de las dilataciones bronquiales y a la *topografía* de las mismas.



Respecto a lo primero, hemos de manifestar que las bronquiectasias ampulares con *estrecho gollete de salida* (saculares de Sayé), retendrán más los exudados que aquellas de *tipo cilíndrico* (tubulares de Sayé). Estas últimas, en nuestra estadística, han constituido dos grupos, unas, que asentaban en *adultos y personas de edad avanzada*, concomitando muchas veces con lesiones enfisematosas y aun con disfunciones cardiovasculares, complejo cardiorrespiratorio, en el cual, por la importancia de las lesiones que acompañaban a las dilataciones bronquiales, perdían éstas importancia en la génesis del cuadro sintomático y, por consiguiente, en la primacía de la orientación terapéutica, que resultaba, además, casi siempre de consecuencias poco satisfactorias. El segundo grupo de enfermos con bronquiectasias *tubulares* estaba constituido casi exclusivamente por *niños de dos a doce años*, en los que las dilataciones bronquiales era la única causa de todas las manifestaciones sintomáticas, siendo éstas muy parecidas a las de una bronquitis crónica rebelde hipersecretora.

Las bronquiectasias de tipo *sacular* han sido observadas únicamente por nosotros en niños y personas jóvenes, y son *las lesiones bronquiectásicas que han tenido más tendencia a convertirse en un proceso supurante crónico*, pero para esto han tenido que tener, además, la característica de asentarse en *zonas inferiores del pulmón*.

#### INFLUENCIA DEL FACTOR TOPOGRÁFICO EN LA CRONICIDAD DE ESTOS PROCESOS

Esta influencia marcada del *factor topográfico* en la mayor o menor gravedad y tendencia a la cronicidad de las lesiones bronquiectásicas, es explicable, considerando que la expulsión de los exudados broncopulmonares normales y anormales, no se verifica hasta que éstos llegan a la zona del "reflejo tusígeno", que, desde el punto de vista centrípeto, empieza en los dos bronquios principales y aumenta y se confirma plenamente en la bifurcación bronquial y la tráquea; este reflejo tusígeno está siempre vigilante, y es absolutamente eficaz, de modo que las sustancias que llegan a su contacto son inmediatamente expulsadas al exterior por la tos; por lo tanto, desde el punto de vista práctico, esta región expulsadora se puede considerar como *medio exterior*, ya que la estancia en ella de las sustancias patológicas será la fracción de tiempo que tarda la tos, que inmediatamente se produce, en expulsarlas. (Fig. 11.) Las lesiones bronquiectásicas exudativas que se encuentran en zonas pulmonares situadas *por encima* de la zona de implantación del reflejo tusígeno verterán, en virtud de la *acción de la gravedad*, y, por ende, constantemente, sus exudados en zona expulsadora, que

lanzará estas secreciones inmediatamente al exterior por golpes de tos, los que serán eficaces, pues los exudados se habrán colocado en sitio estratégico para ser expulsados. Estas lesiones, por consiguiente, estarán influenciadas favorablemente por este drenaje continuado y eficiente y tendrán tendencia decidida a la curación. Por el contrario, las dilataciones bronquiales, que se encuentran en *zonas bajas pulmonares*, por debajo del nivel de la implantación del reflejo tusígeno, no podrán expulsar sus secreciones más que por *rebosamiento* de éstas, lo que supone *retención* de los exudados durante todo el tiempo necesario, para que la colección segregada llegue a zonas expulsadoras a fuerza de aumentar su nivel (1). Esta retención de un líquido orgánico se-

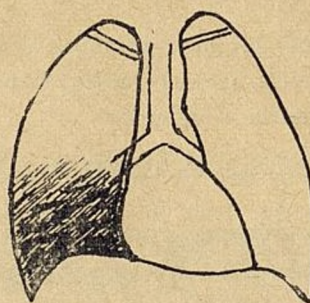


Fig. 12.—Las lesiones supuradas pulmonares (abcesos, bronquiectasias, etc.) que radican en regiones situadas *por debajo* de la zona de los bronquios principales, bifurcación traqueal, etc. (zona del «reflejo tusígeno»), *no tienen tendencia a la curación*, porque los exudados procedentes de los focos supurantes no se pueden expulsar por la tos, hasta que *por rebosamiento* llegan a la zona expulsadora. Esto supone estancamiento de los exudados, con la secuela de infección de los mismos y del tejido pulmonar circundante a las lesiones, con reacción inflamatoria pulmonar que impedirá, además, el éxito de la actuación colapsoterápica. Esquema radiográfico de lesiones bronquiectásicas supurantes, de seis años fecha, en la enferma de la III Historia clínica (que se detalla al final del trabajo). Exploración con lipiodol al iniciar el tratamiento endobronquial (acción tóxica medicamentosa y lavados pulmonares).

gregado anormalmente por una mucosa patológica (cavidad bronquiectásica), se infecta de una manera rápida (purulencia y fetidez de las secreciones bronquiectásicas) y actúa en infectante contacto tóxico sobre la mucosa que lo ha segregado, agravando las lesiones de la mucosa bronquial, en agobiador círculo vicioso que prolonga el mal, sin vislumbre de mejoría; y así vemos a esos enfermos bronquiectásicos, con el calvario de sus años de enfermedad, expulsando diariamente grandes cantidades de moco-

(1) Esta predisposición favorable a la curación espontánea de los procesos bronquiectásicos situados por encima de la zona de implantación del "reflejo tusígeno" es lógico que se produzca también en la patocronía de los abcesos pulmonares.



pus bronquial, y en los que el examen radiográfico demuestra una participación inflamatoria del tejido pulmonar peribronquiectásico en toda la zona pulmonar donde estas lesiones radican. (Fig. 12.) En estos enfermos, rebeldes a los tratamientos higiénicos y me-

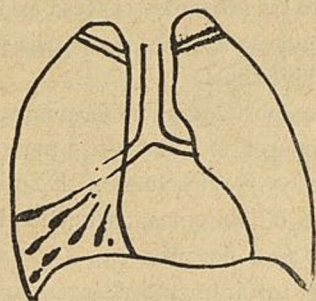


Fig. 13 (continuación de la fig. 12).—Una actuación terapéutica endobronquial tenaz (medicamentosa, térmica y de arrastre de exudados por el lavado) ha podido modificar el estado infectivo local, haciendo que al desaparecer la reacción inflamatoria del parenquima pulmonar circundante a las lesiones supurantes, recobre aquél su elasticidad, permitiendo el éxito de las actuaciones colapsoterápicas. Esquema radiográfico del tórax de la enferma de la III Historia clínica, en exploración con lipiodol al cesar el tratamiento endobronquial y plantearse la realización de la frenicectomía.

dicamentosos, la orientación terapéutica eficaz puede consistir en colapsar y levantar lo más posible el territorio pulmonar, donde residen las bronquiectasias, para *comprimir* las cavidades y *acercarles* a las zonas del *reflejo tusígeno*, consiguiendo que los exudados se expulsen por los lo más pronto posible sin ser retenidos. Entre las operaciones que realizan con éxito este cometido, una de las más eficaces y razonables es, como se sabe, la "frenicectomía", pero ésta no tendrá éxito, es decir, el pulmón no se dejará colapsar ni ascenderá en su porción inferior si el tejido pulmonar está inflamado y duro por la acción constante infectiva perifocal de las secreciones bronquiectásicas encharcadas y sépticas. Una actuación tenaz y constante de la *acción tópica medicamentosa antisép-*

*tica y de arrastre de exudados* combinadas con las posibilidades de *actuación térmica*, anteriormente descritas, sobre las cavidades supurantes, contribuirá a disminuir la septicidad de los exudados y a mejorar la reacción neumónica, restituyendo flexibilidad al tejido pulmonar y permitiendo que la "frenicecto-

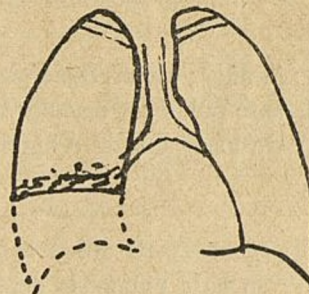


Fig. 14 (continuación de las figs. 12 y 13).—La frenicectomía, actuando sobre una zona pulmonar que ha recobrado su elasticidad, ha podido elevar la región afectada, *comprimiendo* los focos supurantes y *acercándolos a la zona del «reflejo tusígeno»*, con lo que se conseguirá, además, una expulsión más rápida de los exudados, evitando su estancamiento. Esquema radiográfico de las lesiones de la enferma de la III Historia clínica, después de haberle sido realizada la frenicectomía.

mía" levante ampliamente la cúpula diafragmática y colapse la región donde residen las dilataciones bronquiales (figs. 13 y 14).

Vamos a dar una síntesis esquemática de los procesos bronquiectásicos tratados endobronquialmente, y que se refieren a 10 casos, de los que un primer grupo está formado por lesiones determinadas por bronquiectasias *saculares*, con grave y profusa sintomatología de proceso supurado, en consonancia con las descripciones que acabamos de hacer, y otro segundo grupo, de cuatro casos de bronquiectasias, de forma principalmente *tubular*, estos últimos de sintomatología menos grave que los anteriores, la que, si bien indicaba retención de exudados e infección de los mismos, hacía recordar más los procesos bronquíticos crónicos de tipo exudativo.

#### PROCESO, PATOCRONIA Y TRATAMIENTO HASTA LA ACTUACIÓN ENDOBRONQUIAL

- 1.º M. A.; hembra; 13 años; bronquiectasias *saculares* en base izquierda pulmonar hacía 3 años; tratamiento medicamentoso e higiénico.
- 2.º C. D.; varón; 2 años; bronquiectasias *saculares* en base de pulmón derecho hacía 6 meses; tratamiento medicamentoso e higiénico.

#### TRATAMIENTO Y ACTUACIÓN TERAPÉUTICA CONCOMITANTE

Actuación local medicamentosa, lavados pulmonares, etc. Después de esto, *frenicectomía*. Cesación completa de síntomas; ejerce el oficio de modista; únicamente le queda cierta labilidad del aparato respiratorio, que no la impide hacer vida completamente normal.

Actuación local medicamentosa, lavados pulmonares, etc., durante 18 meses, en dos fases de 9 meses, con descanso de 6 meses. Han disminuído considerablemente las lesiones, quedando solamente síntomas ligeros bronquíticos, con tendencia a la disminución. Desarrollo físico espléndido del niño.



3.º N. M.; varón; 6 años; bronquiectasias *saculares* en ambas bases pulmonares, principalmente en el lado derecho, hacía 2 años; tratamiento medicamentoso e higiénico.

4.º M. L.; 14 años; varón; bronquiectasias *saculares* de base pulmonar derecha hacía 3 años; tratamiento medicamento e higiénico.

5.º E. B.; hembra; 18 años; bronquiectasias *saculares* en base pulmonar derecha hacía 6 años; tratamiento medicamentoso, higiénico, punciones, etc.

6.º L. S.; varón, 17 años; bronquiectasias de tipo *mixto, sacular y tubular* en ambas bases pulmonares, principalmente en la derecha, hacía 3 años; tratamiento medicamentoso e higiénico.

7.º R. D.; varón; 13 años; bronquiectasias *tubulares* en ambas bases pulmonares, hacía 6 años; tratamiento medicamentoso e higiénico.

8.º R. S.; varón; 8 años; bronquiectasias *tubulares* en ambas bases pulmonares, hacía 3 años; tratamiento medicamentoso e higiénico.

9.º S. G.; varón; 6 años; bronquiectasias *tubulares* en ambas bases pulmonares, hacía 1 año; tratamiento medicamentoso e higiénico.

10. A. G.; 13 años; varón; bronquiectasias *tubulares* en ambas bases pulmonares; tratamiento medicamentoso e higiénico

Actuación local medicamentosa, lavados pulmonares, etc., durante 10 meses, en dos fases de 6 y 4 meses, respectivamente, y descanso de 3. Las bronquiectasias han disminuido considerablemente de tamaño, mejorando extraordinariamente los síntomas. Ingresó en un preventivo, donde se acentúa la mejoría progresiva de los síntomas.

Tratamiento endobronquial medicamentoso, lavados pulmonares, etc., durante 3 meses. Después de esto, *frenicectomía*. Disminución considerable de síntomas, persistiendo esta mejoría dos años después.

Actuación local medicamentosa, lavados pulmonares, etc., durante 25 meses, en tres fases casi iguales, con descansos de 3 meses. Después de esto, *frenicectomía*. Disminución casi completa de síntomas, persistiendo esto dos años después.

Actuación local medicamentosa, lavados pulmonares, etc., durante 4 meses; después de esto, *frenicectomía* derecha. Persisten, aunque disminuidos, los síntomas. Se continúa una actuación intensa endobronquial durante 8 meses más. Disminución considerable de síntomas. Marchó a América, de donde era originario, continuando allí la actuación endobronquial, con mejoría creciente.

Actuación endobronquial durante 9 meses, a saber: un lavado pulmonar al mes e inyecciones endobronquiales (antisépticas, balsámicas y astringentes) en días alternos. Descanso de 3 meses. Estancia en el campo. Nuevamente una serie de 7 meses, haciendo solamente inyecciones endobronquiales espaciadas. Estancia en el campo, tónicos generales, etc. Cesación casi absoluta de síntomas, desarrollo físico espléndido.

Tres fases de actuación endobronquial medicamentosa parecida a la del caso anterior, de 4 meses de duración cada una, con descansos de 5 a 6 meses. Estancia en el campo, tónicos generales, etc. Cesación casi absoluta de síntomas, buen estado general.

Dos fases de actuación medicamentosa de características iguales al caso anterior, con las mismas fases de descanso en el campo, tónicos generales, etc. Resultado parecido al anterior.

Tres fases de actuación endobronquial medicamentosa de características parecidas a los dos anteriores casos, con fases de descanso, vida en el campo, tónicos generales, etc. Los síntomas han disminuido considerablemente, pero no han desaparecido. Continúa el tratamiento.



El autor, durante la lección que sobre estos asuntos dió en la Facultad de Medicina de Madrid, presentó a los alumnos a la enferma E. B., que hace el número 5, de la estadística anteriormente expuesta, y puntualizó brevemente los detalles de su proceso, por ser, entre todos los tratados por el autor, el enfermo de lesiones bronquiectásicas que presentaba un cuadro sintomático de mayor gravedad y haberse planteado y desenvuelto, además, en este caso todos los problemas exploratorios y terapéuticos susceptibles de resolverse con las técnicas endobronquiales. Se trataba de una señorita de 18 años (III historia clínica descrita al final del trabajo), padeciendo desde hace 6 años bronquiectasias saculares en la base del pulmón derecho, con gran reacción inflamatoria de esta región y expulsión diaria de más de medio litro de pus; en tratamiento con el autor durante tres años, tiempo que se ha tardado en poder modificar la región afectada, con terapéutica endobronquial medicamentosa, lavados pulmonares, etc., para poder esperar éxito de la frenicectomía (que realizó el Dr. Perera), y colocando a la enferma en la inminencia de una absoluta y completa curación, como se puede apreciar por los medios de exploración, etcétera, y confirma su espléndido estado general, como pudieron apreciarlo los que asistían a las lecciones.

#### LA TERAPÉUTICA ENBRONQUIAL, PROCEDIMIENTO RAZONABLE, FÁCIL E INOCUO

Al comienzo del trabajo hemos expuesto, como guión y tónica para el planteamiento curativo con técnica endobronquial, el que las lesiones a tratar se hallen en "tope terapéutico", es decir, sin posibilidad curativa eficaz por otros medios o que los que queden por intentar sean actuaciones quirúrgicas de marcado riesgo (neumonotomía en los abscesos pulmonares) y de limitada eficacia (actuación quirúrgica directa en procesos bronquiectásicos). La severidad en seguir esta premisa que ha regido siempre nuestra actuación endobronquial, con preocupaciones de lógica científica y vivo deseo de correcta actuación deontológica, nos autoriza a recabar públicamente, después de ocho años de voluntario silencio, el deber de la implantación de la terapéutica endobronquial sistematizada, en aquellos procesos del aparato respiratorio cuyas características de tenacidad, gravedad y rebeldía al tratamiento por otras vías, entren en las descripciones anteriores.

Este derecho de la terapéutica endobronquial a ser empleada como maniobra terapéutica sistematizada en la patología respiratoria se basa principalmente en la sencillez e inocuidad de las técnicas derivadas de la "accesibilidad táctil de la laringe" y de los fenómenos de "paradoja laríngea" y "evacuación tra-

queal", descritos por nosotros, y, por consiguiente, técnicas a las que se pueden aplicar el honroso adjetivo de españolas: maniobras terapéuticas que, por ser derivadas del aprovechamiento de realidades fisiológicas, son de un sencillísimo aprendizaje, al alcance del médico general sin especialización laringológica, como así ha ocurrido en los centenares de médicos y estudiantes que han pasado por nuestros servicios clínicos, y los que las han aprendido exclusivamente por la lectura de su descripción.

A estos factores de sencillez e inocuidad indispensables para la admisión de toda maniobra en el acervo terapéutico clásico, y en este caso, además, por tener que ser su utilización repetida tenazmente, ya que los procesos a tratar deben de ser todos ellos crónicos y rebeldes, se une, para pedir la toma en consideración de estas técnicas, la lógica de su actuación terapéutica, que se deriva de: a), la *supremacía* que sobre determinadas lesiones del aparato respiratorio puede tener la *acción tópica medicamentosa* a la conseguida a través de los medios humorales y sanguíneo; b), la posibilidad de *drenaje sistematizado* de exudados patológicos; c), la disponibilidad con fines terapéuticos de una *actuación térmica hasta de 50 grados* en el territorio pulmonar.

Los resultados terapéuticos obtenidos por nosotros en nuestra actuación clínica han tenido en muchos de los casos, respuesta curativa de positiva realidad: algunas veces con éxitos espectaculares y brillantes, otras, las más, de adquisiciones lentas, trabajosas y aquilatadas; y si aquéllas nos han producido satisfacción viva y emocional, estas últimas han polarizado, con apasionamiento, nuestra tenacidad y constancia, en la consecución de los pequeños factores de mejoría que, de poca importancia al principio, han sido luego reunidos; consecuencia importante, que ha podido cambiar hacia horizontes de felicidad el rumbo triste de una vida en precario.

Ha habido veces también en que toda nuestra persistencia y tenacidad terapéutica no han podido conseguir resultados positivos; así ha pasado, entre otros, en enfermos pertenecientes al tercero de los grupos descritos de los procesos bronquíticos, o sea pacientes cuyas lesiones bronquiales eran dependientes de alteraciones de otros órganos (corazón, riñones, etc.); pero en estos casos hemos tenido el consuelo de que el fracaso terapéutico haya podido ser explicado también por la extraordinaria gravedad patogénica extrarrespiratoria del proceso.

#### OTRAS ORIENTACIONES DE POSIBLE PLANTEAMIENTO EXPERIMENTAL UTILIZANDO LAS TÉCNICAS DESCRITAS

Queremos también expresar la íntima convicción de que la labor de investigación experimental y tera-



péutica por vía endobronquial realizada por nosotros en estos ocho años de trabajo, hubiese podido ser indudablemente superada con factores de rendimiento positivo mayores a los obtenidos por nosotros, si nuestras condiciones personales de especialización respiratoria hubiesen tenido un índice más elevado de eficiencia. Por eso han sido para nosotros de capital importancia las eficaces colaboraciones y orientaciones de nuestros compañeros de Profesorado del Instituto Antituberculoso Municipal, a cuyos directores, Dr. Codina (ya fallecido) y Dr. Alvaro Gracia, Jefes de Servicio, Dres. Villegas, Carrasco Rus, Ruigómez, Mayoral, Vélez Calderón, y especialmente a mi fraternal colaborador Dr. J. de Silva, cumplimos muy gustosos el deber de expresar a todos públicamente nuestra gratitud.

También quisiéramos dejar iniciada la posibilidad de algunos planteamientos terapéuticos endobronquiales que nos parecen razonables, y que pueden referirse, por ejemplo, al *tratamiento local de las pneumoconiosis* (tenemos en estudio y tratamiento endobronquial a algunos mineros de la zona hullera asturiana, afectos de *silicosis*, cuyos resultados publicaremos, si encontramos algún factor de realidad terapéutica que merezca tenerse en cuenta).

La extracción de los cuerpos extraños endobronquiales, cuando aquéllos sean de *contextura orgánica* (semillas, etc.), puede ser realizada por la maniobra del lavado pulmonar: y aunque la seguridad de extracción de aquéllos por esta técnica sea menor que con las maniobras directas endoscópicas, el lavado pulmonar puede tener en estos casos la ventaja sobre la broncoscopia, de poder ser realizado urgentemente y aun en el medio rural más alejado, por un médico general, sin más que los limitados recursos que supone una pinza, una sonda y un irrigador o jeringa corriente. En nuestra publicación *El lavado pulmonar* (1929), citábamos trabajos sobre cuerpos extraños experimentales (modelos de diferentes semillas hechos con azúcar y lipiodol) colocados en las vías respiratorias y extraídos con aquella técnica.

Asimismo la utilización de algunos medios físicos de fervoroso empleo actual: *radiumterapia*, *diatermia*, *aplicaciones de onda corta*, etc., en el tratamiento de procesos inflamatorios crónicos y tumores broncopulmonares, con orientaciones que pudieran abarcar desde el aprovechamiento de la facilidad en sistematizar la introducción de reóforos y dispositivos terminales, etc., en las vías aéreas, buscando un más cercano contacto con las lesiones a tratar, hasta el aumento de eficacia en el empleo de algunos de esos agentes físicos, por impregnación endobronquial de

las regiones afectas, con sustancias adecuadas que facilitasen y aumentasen la acción de aquéllos.

También la *aspiración de exudados* a través de sondas blandas y semirrígidas introducidas en el árbol bronquial, con fines exploratorios y terapéuticos es maniobra que se puede facilitar y aun sistematizar con estas técnicas. (V. de Pablo, Villegas, Ruigómez, etc.)

(Continuará.)

## Intoxicaciones de origen alimenticio

### APORTACION DE ALGUNOS CASOS

POR EL

Dr. M. MASTRE IBÁÑEZ

Jefe del Laboratorio de la Maternidad de Madrid.

En las últimas sesiones de la Sociedad Nacional de Higiene expuse dos tipos de intoxicaciones que he tenido ocasión de estudiar recientemente: una—de la que no tengo referencia que haya sido conocida antes—, producida por el plomo de vasijas de barro movilizadas por aceite del guiso que en ella se confeccionó, y la otra, un caso más de los muchos conocidos de intoxicación por crema de pastelería. Y, como tantas veces, sobre todo en el medio rural, se tiene necesidad de intervenir en estas cuestiones de higiene alimenticia, creo de interés exponer aquí detalladamente una y otra.

Es ya sabido que el vidriado de ciertas vasijas de barro, que en alfarería se consigue, está fundado en la reacción entre el óxido de plomo y la sílice y arcilla, dando lugar al silicato de plomo y silicato de plomo y alúmina, que, por ser muy fusibles a la temperatura a que se someten dichas vasijas en los hornos correspondientes, forma un barniz que las recubre, adhiriéndose a la arcilla. Se empleó con ese fin la galena o sulfuro de plomo, llamado por esta razón "alcohol de alfarero", pero hoy ha sido sustituida casi en absoluto por el carbonato o cerusa, y más todavía, por el óxido, minio o litargirio, reducido a polvo y mezclado con cierta cantidad de sílice o arena, con el fin de facilitar la formación del silicato, ya que, de emplearse solo el compuesto de plomo, se corre el riesgo de que no encuentre en la arcilla cantidad suficiente de sílice y quede sin combinar parte de aquél, con grave peligro de una intoxicación.

Hasta ahora se sabía, y era del dominio público, que el vinagre contribuye notablemente a solubilizar el plomo excedente que en ocasiones puede haber, formándose acetato de plomo soluble, y cualquier guiso del que forme parte ofrece ese peligro, por lo menos, las primeras veces que se utiliza la vasija.

La legislación de todos los países prevé estos accidentes, y en particular, la española, en el R. D. del 14 de septiembre de 1920, hace constar que los barnices de utensilios de barro no deben abandonar plomo al ácido acético.

Repito que no conozco otros casos que éstos; pero tengo anotados dos, en los que no ha sido el vinagre el que ha contribuido a la intoxicación, sino el aceite, em-



LABORATOIRE NATIVELLE

27, RUE DE LA PROCESSION — PARIS (XV<sup>e</sup>)

# OUABAÏNE ARNAUD

**CARDIOTÓNICO  
ENÉRGICO**

**ACCIÓN  
CONSTANTE  
Y SEGURA**

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

## INDICACIONES

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

## FORMAS

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

**DOSIFICACIÓN RIGUROSA**

**DIURÉTICO  
PODEROSO**

**MENOS TÓXICO  
QUE LAS  
ESTROFANTINAS**

DRAEGER

CONTIENE  
LOS

**MINERALES**

INDISPENSABLES

**SODIO  
POTASIO  
FOSFORO  
CALCIO  
HIERRO  
MANGANESO**

## DURANTE LA PREÑEZ Y DESPUÉS DEL PARTO

es indispensable un tratamiento adecuado. El Jarabe de Fellows es el tónico más apropiado y mejor compuesto de que puede disponer el facultativo.

Contiene todos los minerales necesarios en proporción científica y en forma de fácil asimilación: Manganeseo y Hierro para enriquecer las arterias de sangre empobrecidas por la constante pérdida; Calcio para restituir el que continuamente ha sido agotado; Potasio, Sodio y Fósforo para contrarrestar la depresión neurótica; Estricnina como un tónico del metabolismo de las celulas; y Quinina como un estimulante gástrico.

No existe tónico como el Jarabe de Fellows para la paciente parturienta y post-parturienta. Durante estos dos períodos la dosis que se sugiere, es la de una cucharadita tres veces al día, bien diluida en un vaso con agua.

MUESTRAS A PETICION

Distribuidores en España:

SOCIEDAD ANONIMA DE DROGUERIA VIDAL-RIBAS,

Cortes, 639 — Barcelona

## JARABE de FELLOWS

### DE LOS HIPOFOSFITOS



# SULFOÏDOL ROBIN

(Azufre coloidal)

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

**GRANULADO AMPOLLAS**

**LABORATORIOS M<sup>ce</sup> ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS**

Para muestras e informes: GIMENEZ-SALINAS y C.<sup>a</sup>-Avda. de Eduardo Dato, 10.-MADRID  
EN BARCELONA: 2 y 4, Calle Sagués

## ESTAFILASA del D<sup>r</sup> DOYEN

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

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

Solución coloidal  
fagógena  
polivalente.

## MICOLISINA del D<sup>r</sup> DOYEN

**2 FORMAS:  
MICOLISINA BEBIBLE  
MICOLISINA INYECTABLE**

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

**SOLUCION de FLUOROFORMA  
ESTABILIZADO EN LOS  
EXTRACTOS VEGETALES**

## GERMOSE

**No Tóxico**

**SABOR  
AGRADABLE**

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

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

## Venosina

Tratamiento específico completo de las **AFECCIONES VENOSAS**

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

**POR MENOR: PRINCIPALES FARMACIAS**

Para muestras e informes, GIMENEZ-SALINAS Y C.<sup>a</sup> Avda. Eduardo Dato, 10, MADRID



pleado en cierta cantidad en algunos guisos regionales, que era uno de los que habían comido los intoxicados, y cuyo fundamento no es otro que el aceite, máxime prolongada la acción de un fuego fuerte durante cierto tiempo, como requiere la preparación de aquéllos, reacción con el exceso de plomo, formando oleato plúmbico, que, aun que insoluble, queda interpuesto en la salsa, ejerciendo su acción tóxica, semejante a la del acetato. Es la reacción conocida, desde bien antiguo por cierto, y que sirve de base para la preparación de los emplastos de plomo.

El resultado fué semejante en los dos casos que conocemos, pero uno de ellos, por circunstancias especiales, merecen citarse algunos de sus detalles. En un restaurante regional comen unos familiares un menú del que forman parte dos platos: huevos con setas y "bacalao al pil-pil", plato vasco; uno de aquéllos no toma ese plato, y, transcurridas tres o cuatro horas, excepto éste, los demás padecen los efectos de una intoxicación con todos los síntomas intensos y graves del caso. De no mediar dicha circunstancia, sin duda alguna se habría atribuido el hecho a las setas. Un envenenamiento por setas es el juicio inmediato que cabía hacer; pero, al averiguar las causas del accidente, nos muestran en el restaurante una vasija de barro nueva, en la que han condimentado el bacalao especialmente para estos comensales, y, por cierto, haciendo notar, como razón de su inculpabilidad y el escrúpulo con que había sido hecho, que se empleó una vasija nueva, siendo así que precisamente ésta era la causa. Los síntomas de la intoxicación coincidían con los de un compuesto de plomo, más seguros de apreciarlos conociendo este detalle; pero, pasado cierto tiempo, se nos consulta un caso semejante, es decir, de haber comido un guiso, muy oleoso, que produjo efectos tóxicos, y al indagar la naturaleza de la vasija en que ha sido hecho, se repite el caso de ser de barro vidriado y utilizada la primera vez.

\* \* \*

Las intoxicaciones por cremas de pastelería o productos confeccionados con ellas, como, por ejemplo, ciertos helados, son muy conocidas, y alguna, por su gravedad, han sido hechas públicas en ocasiones. Sin embargo, no está de más advertir que muchas de ellas, como tantas otras que realmente tienen su origen en alimentos averiados, pasan desapercibidas, atribuyendo a cualquier causa las molestias que se sienten, trastornos digestivos la mayoría de las veces, y más especialmente, intestinales, cuando en realidad son de no reunir las condiciones debidas alguno de los alimentos, máxime cuando hoy, conforme repetidas veces hemos hecho notar, son tantas las prácticas poco higiénicas y productos especiales que se emplean, así como la deficiente vigilancia que en materia de higiene alimenticia se ejerce.

Pues bien: hace poco, en una importante población hubo varios casos de intoxicación por un pastel o tarta de crema, de una confitería cuya solvencia goza desde antiguo de justo crédito. La gravedad de algunos casos fué tal, que mediaron las autoridades judiciales, y por cierto que se dió el hecho curioso de que el propio industrial, convencido de la bondad de su pastel, y para dar seguridad de que no eran la causa de las intoxica-

ciones, ingirió una buena porción, y con ello hizo, realmente, una prueba "in vivo" que confirmó el verdadero origen de éstas.

Nos presentaron en nuestro laboratorio un trozo del pastel y algunos de los componentes que servían para su preparación, y procedido al análisis, resultó: el bizcocho había sido hecho con harina de trigo y huevo, confirmada aquélla por el examen microscópico, pues se veían con todos sus caracteres algunos granos de fécula, y el huevo, por las reacciones de yohidrato de yoduro de colina característico de la lecitina de la yema. La crema era la corriente de pastelería, y se comprobó había sido hecha con leche, huevo (confirmado por las reacciones indicadas), fécula o almidón para darla cierta consistencia, y que por la muestra que nos fué entregada, era de trigo, y un colorante amarillo inofensivo, muy empleado en confitería para aumentar el color de la yema de huevo, o, mejor dicho, para dar a la crema el que debe tener, práctica que es muy corriente hoy en esos casos, por utilizarse huevos de granjas avícolas cuyas yemas no tienen tanto color como las de gallinas criadas en pleno campo. El azúcar que contenía todo el pastel era únicamente sacarosa. Las cenizas obtenidas después de incinerar una porción no acusaron reacciones de metales tóxicos.

Al comenzar el trabajo y ordenar éste, una de las operaciones que se hicieron fué desleír un gramo de crema en agua destilada estéril, en proporción del 1 por 1.000, y de esta segunda dilución al 1 por 10.000, con las que se hicieron siembras en agar y en medio Endo. El número de colonias obtenido y referido al gramo de crema fué de 970.000, y en el medio Endo aparecieron colonias de bacilos tipo coli.

Por consiguiente, se puede admitir que las intoxicaciones habían sido producidas por la leche empleada en la confección de la crema, sin duda alguna contaminada como consecuencia de los pocos o ningún cuidado de limpieza en el ordeño y vasijas donde se la tuvo, aumentada su flora microbiana seguramente por no conservar la leche a la temperatura debida, y más todavía dadas las condiciones especiales de las cremas como tal medio de cultivo, e independiente de la pureza de la leche, es decir, de que hubiese sido aguada o mezclada con leche de oveja, la que, en determinadas épocas del año, bien puede ser una causa más que se sume a aquellas otras y aumente los posibles accidentes.

Todos estos casos de intoxicaciones vienen a sumarse a los muchos que demuestran la necesidad de una escrupulosa vigilancia sanitaria allí donde se manipule industrialmente alimentos, de más eficacia que la analítica del laboratorio, que la mayoría de las veces no evita, como esa otra medida, los accidentes, así como que se lancen al comercio productos que no reúnan las debidas condiciones como tales alimentos. Pero, por estos últimos casos citados, se confirma una vez más el abandono en que se encuentra el problema de higiene de la leche, con graves consecuencias siempre, y más todavía por las que pueden derivarse al servir de base a otras industrias, que parten, inconscientemente, como sucedió en ese caso, de un producto nocivo para la salud y cuyos peligros se acentúan más por la índole de la preparación.



## BIBLIOGRAFIA

LAS PRESCRIPCIONES DEL MÉDICO PRÁCTICO, por los *doctores* Abbatucci, Bozo, Brocq, Comby, Desfosses, Fellastein, Glenard, Jayle, Journe, Joyeux, Juster, Laurens, Lermoyez, Leven, Lutier, Martinet, Leon Meunier, P. Michon, R. Mignot, Nobecourt, Pantrier, M. Pignot, Poix, Ravaut, A. Ravina, Rivet, F. Terrien, Terson, André Thomas, Van-der-Elst y Vignes. Un tomo de 258 páginas, 18 X 25 cm. en papel superior. Traducido de la tercera edición francesa de la Casa Masson, por el Dr. Soler Moreu. Edición de la Librería Casals. Calle de Caspe, 108. Barcelona, 1935. Precio, 22 pesetas.

Es este un libro que hacía ya tiempo habíamos conocido en su primera edición francesa, y el cual nos había encantado, por el valor eminentemente práctico que encierra, razón por la cual hoy al llegar a nuestras manos en español, nos ha aumentado aquél.

Todas las prescripciones del mismo, que son las concernientes a todas las afecciones de la Patología médica, y en particular de muchas de las de las especialidades, se hallan realizadas por las manos de mayor nombradía dentro de cada campo médico y con arreglo a los últimos conocimientos de la terapéutica. La importancia de la receta va precedida en casi todos los casos por una breve y sencilla reseña clínica y diagnóstica.

Es obra esta, en fin, que permitirá al médico práctico y al estudiante, pero, sobre todo al primero, tener al alcance de la mano, para poder usar en breves minutos la experiencia dilatada por el estudio de los primeros maestros de la Medicina francesa.

El índice alfabético y lo cuidado de la edición avaloran esta obra, de la que esperamos pronto una segunda edición. La traducción del Dr. Soler ha sido realizada con todo cuidado.—J. H. SAMPELAYO.

MANUEL PRATIQUE D'ANESTHÉSIE CHIRURGICALE, por el Prof. J. Maissonnet.—Un volumen en 8.º, de 220 páginas y 93 grabados.—Editeur: Gaston Doin & Cie. Place de L'Odeon, 8. París, 1936.—Precio: 28 francos.

En el momento en que el grave problema de la anestesia se pone de nuevo sobre la mesa de estudio y en las aulas de las sociedades científicas, y en estos días que los cirujanos exigen ayudantes anestésistas competentes, el Prof. Maissonnet, viejo clínico del Val de Grace, publica, bajo los auspicios generosos de la gran editorial que es la Casa Doin & Cie, un excelente libro con el título que encabeza estas líneas, que es seguro hará un gran servicio a todos aquellos que tengan que practicarla y también a los que en un mañana más o menos próximo se decidan a realizarla.

Sin olvidar para nada los progresos del dominio de la fisiología o en el modo de administrar los anestésicos, tal, por ejemplo, los de base, el carbógeno y otros, el Prof. Maissonnet pasa detenida revista a las anestésias generales con sus diferentes variedades, a las locales y regionales, las raquídeas y epidurales, y a la práctica de ésta en las diversas especialidades, así en obstetricia, urología, otorrinolaringología y odontología.

Después de haber señalado los métodos y procedimientos todavía en trance de estudio, describe con gran minuciosidad, para cada uno de los métodos de anestesia, las indicaciones, los productos usados, sus efectos, su

modo de administración, y dedica un extenso capítulo a los accidentes a que pueden dar lugar, así como a la manera de prever éstos.

El libro va aclarado en su texto, lleno de sencillez, por dibujos y fotografías de las técnicas a seguir y de los aparatos a emplear.

Tanto los médicos como los estudiantes y enfermeras que tengan que ser anestésistas, encontrarán en este manual no sólo las indicaciones y la técnica detallada de cada uno de los procedimientos anestésicos, sino también las nociones que, merced a los grandes descubrimientos, permiten, para el mayor bien de los enfermos, disminuir muy mucho los riesgos de la narcosis.

La edición, hecha con cuidado, como todas las de Doin.—R.

TRABAJOS DE LA CLÍNICA DEL PROF. FIDEL FERNÁNDEZ.

Segundo semestre de 1935.—Ediciones de los Laboratorios Fermant, Granada. Sin precio.

Constituye el presente volumen, de más de 400 páginas de clara, pero apretada letra, el quinto de los lanzados hasta ahora por el Prof. Fidel Fernández, merced a los auspicios de los Laboratorios Fermant, de Granada.

En el mismo se insertan los trabajos presentados en la Clínica Provincial de dicho maestro desde julio a diciembre del pasado año; todos ellos son plenos de valor e interés, y esto bien lo saben nuestros lectores, pues algunos han aparecido en estas mismas páginas.

Nuestros más sinceros votos por que esta obra, demostradora del valor de la escuela médica granadina, siga con igual intensidad el trabajo hasta aquí desarrollado por la misma.—H.

## PERIODICOS MEDICOS

H. BOTTENBERG.—*Las indicaciones terapéuticas de las sanguijuelas.*

En el año 1850 se utilizaron en Francia, con fines terapéuticos, más de 100 millones de sanguijuelas. La era bacteriana trajo su descrédito, pero no llegaron a desaparecer, y el año 1922 volvió a recordarse su eficacia en el tratamiento de las trombosis y tromboflebitis. El autor ha utilizado las sanguijuelas en más de 600 enfermos, y afirma que, utilizándolas debidamente, rara vez se va al fracaso con ellas. Sus efectos son generales y locales.

*Efectos generales.*—Son los menos importantes; sin embargo, se utilizan por su acción depletoria en la hipertensión, insuficiencia cardíaca, hipertensión de los ventrículos cerebrales y éstasis venosas. Comparadas con la sangría, sus efectos son más lentos, pero más duraderos. En las toxicosis puede utilizarse en substitución de la sangría, y por su acción antiflogística se recomiendan en muchas inflamaciones, especialmente en las llamadas inflamaciones serosas. Se han utilizado, sin responder de sus resultados, en jaquecas, ataques epilépticos subintrantes y eclampsia, y con mayor eficacia, en la dismenorrea y en los derrames inflamatorios.

Pero su importancia es mayor por los efectos locales que determinan, entre los que merecen citarse su poder inhibitorio sobre la coagulación de la sangre, su acción aceleradora de la corriente linfática, su poder



antitrombótico, la acción excitante de la hirudina sobre las actividades leucocitarias defensivas, y su acción resolutive sobre los espasmos vasculares.

De todo ello deduce el autor que sus principales indicaciones se encuentran: primero, en los procesos inflamatorios, de preferencia en los agudos y localizados (iritis, forúnculos, ántrax, otitis media, colecistitis, orquitis, etc.); segundo, en los procesos no inflamatorios, pero que se acompañan de estasis circulatorio, en las trombosis, cefalalgias congestivas y extravasaciones sanguíneas, que se reabsorben con dificultad y lentitud; tercero, siempre que existan espasmos vasculares, por ejemplo, en hipertensiones, jaquecas, dismenorreas y eclampsias; cuarto, como emenagogas; quinto, como antidiscrásicas; sexto, como profilácticas de trombosis y embolias, y séptimo, siempre que estando indicada la sangría no sean precisos efectos rapidísimos, sino más bien sostenidos y constantes.

Sus contraindicaciones son: el estar sometido el paciente a tratamiento mercurial y en los enfermos que tienden a sangrar. Es de gran importancia la primera contraindicación, pues la hirudina transforma en tóxicas dosis de mercurio que corrientemente son inofensivas.

No deben temerse las propagaciones de gérmenes morbosos por las sanguijuelas. Las infecciones que algunos han observado en la periferia de sus mordeduras se deben al rascado de los pacientes o al bacilo especial de las sanguijuelas, que a veces se encuentran en cultivo puro en dichos bordes. Pero la infección debida a este germen es prácticamente sin importancia, y se evita dejando correr la sangre más tiempo del que se acostumbra (hasta siete y ocho horas). El autor termina excitando a los médicos a no abandonar este remedio, que, en muchas ocasiones, es muy útil, y a estudiar de un modo más completo sus indicaciones y formas de aplicación.—(*Munchener Med. Woch.*, 1936, número 4).—F. G. D.

PROFESORES G. CARRIERE y C. HURIEZ.—*Revista general de los trastornos del metabolismo glucídico de los hipertensos.*

Nos comienzan diciendo los autores que las perturbaciones de orden glucídico señaladas por la mayoría de los autores en la hipertensión arterial permanente han sido puestas en evidencia por ellos mismos en 105 enfermos con hipertensión por el aumento frecuente y, sin embargo, moderado, de las glicemias e "indoses" plasmáticas. Este trastorno, según ellos, se traduce raras veces de un 3 a un 7 por 100 por diabetes. Pero el hecho de que el metabolismo glucídico esté también alterado en la hipertensión juvenil es un hecho suficientemente demostrativo, según los autores, para probar la importancia de la insuficiencia glicolítica en el curso de la hipertensión arterial permanente.

Sus dosajes vemos más adelante les han hecho comprobar una ligera elevación de la glicemia, según el grado tensional. Pero las reservas de los totales de glucosa sanguínea son muy débiles, a pesar de las grandes variaciones de las presiones, para que se pueda hallar una línea incluso discreta entre la hiperglicemia y la intensidad del proceso de hipertensión.

Con respecto al estudio que realizan de los trastor-

nos de tensión en los diabéticos, hacen las siguientes conclusiones:

a) La frecuencia de la hipertensión arterial en los diabéticos afecta a un 20 por 100 de las observaciones realizadas.

b) Sin embargo, el proceso hipertenso no afecta jamás a la diabetes juvenil.

Tanto la insulina como otros preparados opoterápicos producen modificaciones simultáneas de la tensión y de la glicemia, que tienen mucho interés, según los autores, en cuanto a la acción farmacodinámica de estos principios de interpretaciones muy hipotéticas para poder explicar la frecuencia de los trastornos glicorreuladores de los hipertensos.

La hiperadrenalina podría dar una explicación de estas perturbaciones en los casos de la hipertensión arterial permanente.

Con respecto a la esclerosis renal, dicen que es para muchos el *primun movens* del proceso hipertenso. Después del análisis de sus trabajos experimentales, deducimos que las variaciones de la glicemia fueron paralelas a las oscilaciones de la colesterinemia, e inversamente, proporcionales a las cantidades de la cloremia plástica de sus hipertensos.

En suma, y como resumen de todo este artículo, podemos decir que es indiscutible que existe un trastorno, por otra parte ligero, del metabolismo de los hidratos de carbono en el curso de la hipertensión arterial permanente. El estudio de los trastornos de la glicorreulación en los hipertensos no permite, sin embargo, ni hacer indiscutible la teoría renal o subrenal, ni tampoco formular una nueva hipótesis sobre la patogenia de la hipertensión arterial permanente.—(*Le Progrès Médical*, núm. 3, pág. 89, 18 enero 1936).—J. H. S.

PROF. FINSTER.—*Patología y terapéutica de las diverticulosis duodenales.*

Dejando aparte las depresiones de forma diverticular debidas a úlceras profundas del duodeno, existen en él dos clases de divertículos: los reales o congénitos, comparables a los divertículos de Meckel del íleo, y los falsos, formados únicamente por una hernia de la mucosa, comparables a los divertículos de Graser del intestino grueso.

Los divertículos congénitos son sumamente raros, tienen forma de dedo y están recubiertos por las tres capas que constituyen las paredes del intestino delgado. La mayor parte de las veces cursan sin síntomas subjetivos, y son un encuentro casual en un examen radioscópico o anatomopatológico.

Las hernias de la mucosa son mucho más frecuentes, tampoco dan síntomas las de tamaño pequeño y mediano, salvo cuando asientan en las proximidades de la ampolla de Vater, en cuyo caso pueden dar lugar a graves alteraciones, por obstruir el conducto pancreático o colédoco, y aun a veces originar la muerte por este mecanismo. Cuando el divertículo es de gran tamaño, el contenido se vacía difícilmente a través del estrecho cuello por el que comunica con el duodeno, el cual puede resultar estenosado y aun completamente ocluido. El contenido del divertículo puede infectarse, perforarse su pared y producir una absceso retroperitoneal o la inflamación de las vías biliares y del páncreas.



Existen otros pseudodivertículos originados por la tracción que sobre un punto de la pared del duodeno ejercen bridas, debidas a procesos inflamatorios. La sintomatología y tratamiento de estos divertículos es el de la periduodenitis, etc., que los condicionan.

El tratamiento quirúrgico está indicado siempre que los divertículos sean de gran tamaño o asienten en la proximidad de la ampolla de Vater. En casos de difícil extirpación puede hacerse una anastomosis del divertículo con el duodeno que asegure su desagüe. Al operar los divertículos próximos a la ampolla de Vater es necesario recurrir muchas veces a excluir el duodeno anastomosando su porción terminal con el estómago, del que se extirpó previamente la mitad pilórica, para evitar que se restituya el tránsito duodenal.—(*Med. Klin.*, 243, 21, 1936.)—M. B.

MARCEL PINARD.—*¿Es necesario tratar al sífilítico durante toda la vida?*

Esta es la pregunta que el autor se hace en la primera línea de su trabajo, después de habérsela hecho en el título del mismo.

Con respecto a la curación, nos dice que, si bien es posible discutirla para un caso dado, está suficientemente probada por el gran número de casos vistos por todos los sífilígrafos del mundo con persistencia negativa de signos clínicos y de laboratorio. Más aún: los hijos de estos sujetos son totalmente normales y se hallan en perfecto estado de sanidad.

La curación—afirma—es fácil de obtener y en un tiempo relativamente corto: de seis meses a un año. Si en éste no se logra, con seguridad que no se obtiene nunca, y la sífilis se hace crónica e incurable.

Son, por tanto, estos pacientes, los condenados a tratamiento perpetuo, sea cual sea la modalidad que se adopte.

En cuanto al medio de llegar a la curación, se pregunta después cuál es, y se responde a renglón seguido: un tratamiento precoz, un tratamiento eficaz, una obediencia grande por parte del enfermo.

En cuanto al tratamiento eficaz, tenemos dos: el arsenical y el bismútico. Recomienda las dosis clásicas a seguir, según sean uno u otro medicamento, y también con las variaciones de sexo, edad y peso que el enfermo impone.

Para dar por curado al enfermo, aparte de un examen clínico detenidísimo por aparatos y sistemas, recomienda la ejecución de varias serologías y una punción lumbar o suboccipital; siguiendo esta línea de conducta, los fracasos son muy escasos y raros.—(*Paris Médical*, número 70, pág. 207; 7 marzo 1936.)—J. H. S.

E. RISAK.—*Tratamiento de la hipertensión.*

La mayor parte de las veces es la aparición de los primeros síntomas de descompensación lo que hace que los hipertensos acudan al médico. Es necesario hacer que se compensen rápidamente, lo que se consigue haciéndoles guardar cama durante unos catorce días, mientras se les administra digital. Si la hipertensión no se ha fijado todavía, se consigue por este sencillo procedimiento que disminuya la tensión. Cuando se trata de casos más avanzados, en los cuales ya es fija la hipertensión, sólo se encuentran bien los enfermos cuando se mantiene la tensión a la altura que les corresponde, y así, cuando se

presentan en estado de descomposición, se eleva la tensión al ser tratados, lo cual representa para ellos una mejoría y no el peligro de una hemorragia.

Una vez regulada la tensión y la actividad del corazón, es conveniente un tratamiento durante unos quince días por sedantes y diuréticos a dosis elevadas, por ejemplo, una combinación de 0,5 gramos de diuretina y 0,01 gramo de luminal dos o tres veces al día, con intervalos de dos horas. Es necesario evitar el empleo inadecuado de los preparados de yodo.

Muy conveniente es que los enfermos hipertensos permanezcan en relación con un buen médico de cabecera, el cual logrará con un tratamiento psicoterápico mejores efectos que con los medicamentos, al hacer cesar los conflictos, etc., que tan gran influencia ejercen sobre el aumento de la tensión.

La alimentación ha de ser sobria, con pocos líquidos, pobre en cloruro sódico y, acaso, con pequeñas cantidades de alcohol. La nicotina debe evitarse en absoluto. La supresión demasiado intensa de líquidos es peligrosa. Los diuréticos mercuriales son muy convenientes, teniendo siempre la seguridad de que el riñón no está afecto.

Las repetidas sangrías, tan empleadas para combatir la hipertensión, pueden conducir, a la larga, a graves estados de anemia.—(*W. Klin. W.*, 340, 13 marzo 1936.) M. B.

H. KUTSCHERA y R. VON AICHBERGEN.—*Las nefritis agudas.*

He aquí las conclusiones de este interesante trabajo:

Existen dos formas diversas de nefritis agudas, de patogenia completamente distinta, y que por ello requieren tratamiento diverso y tienen diferente pronóstico:

1.ª La nefritis infecciosa, verdadera inflamación infecciosa del riñón, que requiere la existencia en el organismo de un foco infeccioso, que por sus gérmenes y toxinas daña directamente el riñón, provocando la aparición de un foco inflamatorio, que desaparece tan pronto como ha cesado la infección primaria. Por lo tanto, su terapia consistirá en tratar el foco primitivo hasta suprimirlo. El tratamiento dietético tiene poca influencia, y a veces, nula. La nefritis infecciosa puede adoptar la forma de glomerulitis o la de nefritis focal. Su pronóstico es relativamente bueno, y puede curar aun después de mucho tiempo de constituida.

2.ª La nefritis vascular. Es una enfermedad del aparato circulatorio, en la que no sólo está perturbada la circulación renal, sino también la de otros órganos y aparatos (pulmón, retina, piel, cerebro). Se acompaña casi siempre de hipertensión. También esta forma puede ser ocasionada por procesos infecciosos generales o focales, pero no directamente, sino posiblemente por reacciones alérgicas desencadenadas. Las infecciones que la provocan son las que más trastornan el aparato circulatorio. Por lo tanto, el tratamiento cardiovascular es el más importante, y el antiinfeccioso es secundario, aunque también preciso.

Variedades de esta nefritis vascular son las nefritis de los hipertensos esenciales, las nefritis de los edemas, la postanginosa, la postescarlatínica, la de las embarazadas y la saturnina. Sólo curan en los primeros meses; después se hacen crónicas y permanentes.—(*Wiener Klinische Wochenschrift*, 1936, núm. 10.)—F. G. D.



EN INYECCIONES  
SUB-CUTÁNEAS  
VERDADERAMENTE  
INDOLORAS

# EL ACETYLARSAN

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

**TRATAMIENTO DE ASALTO**  
**TRATAMIENTO DE PRUEBA**  
**TRATAMIENTO DE SOSTÉN**

**HEREDO-SÍFILIS**

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE  
—Specia—  
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES du RHONE  
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 35

DAVILLÉ

*Alimento fisiológico completo*

## VINO DE VIAL

*Quina, carne, lacto-fosfato de cal*



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

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

De venta en todas las farmacias

Depósito general para España:

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



LABORATORIO MONTESFER  
BENITO GUTIERREZ 27  
TELEF<sup>os</sup> 42478 y 43407  
MADRID



**Tirofán**

COMPRIMIDOS DE  
TIROIDINA Y ÁCIDO  
FENILQUINOLINCARBÓ-  
NICO

CONTRA EL ARTRITISMO-GOTA y REUMATISMO EN GENERAL

# HAPTINOGENOS

“M É N D E Z”

**NEUMO**

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

**GONO**

Blenorragia. Metritis. Pelviperitonitis. Artritis.  
Orquitis. Cistitis Prostatitis.

**ECZEMA**

Curativo del Eczema agudo y crónico.

**ESTAFILO**

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

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

Laboratorios biológicos Doctor Julio Méndez.-Buenos Aires.



## SECCION PROFESIONAL

## PROGRAMA PROFESIONAL

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

SUMARIO.—SECCIÓN PROFESIONAL: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—ACADEMIAS y SOCIEDADES.—El pulso con que se gana, por Angel F. Domínguez.—Impresiones de un médico de pueblo, por A. Lozano Borroy.—Sobre una cruzada, por Wenceslao Borrachero.—De completo acuerdo, por Santiago Fernández de Velasco.—Casa de Salud de Santa Cristina, Escuela Oficial de Matronas.—Asociación Internacional de Profilaxis de la Ceguera.—Obras recibidas.—Sección oficial.—Gaceta de la Salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Tertulia.

## BOLETIN DE LA SEMANA

## Noticiario casi telegráfico

El acúmulo de original para esta sección nos viene obligando desde hace algunas semanas a retrasar la publicación de artículos contra nuestra voluntad. Por ello, rogamos a nuestros lectores un poco de paciencia por la precisión de atender los intereses de nuestros colaboradores espontáneos.

Para dar ejemplo, haremos casi telegráficamente el actual Boletín, a fin de que no pierdan actualidad los temas que estamos obligados a tratar.

\* \* \*

El Colegio de Médicos de Madrid ha organizado una serie de conferencias sobre el seguro social de enfermedad, que tendrán lugar los miércoles, a las siete de la tarde, comenzando el día 6 de mayo el Dr. Bardají por ocuparse del tema genérico, "El seguro social de enfermedad".

Nuestro breve comentario es el caluroso aplauso a la Junta del Colegio y el consejo y el ruego a cuantos les fuere posible acudir a estas conferencias de que no dejen de hacerlo, ante el convencimiento que tenemos de la conveniencia de que se eduque el Cuerpo Médico en el más perfecto conocimiento del problema.

\* \* \*

Una de las firmas más prestigiosas en el periodismo español, Fabián Vidal, se ocupa, en *La Voz de Galicia* aparecida en La Coruña el 17 de este mes, del tema que se ha dado en llamar plétora médica. El gran talento y la cultura de Fabián Vidal han producido sobre este asunto un notabilísimo artículo que lamentamos no reproducir de momento por falta de espacio, pero que encierra toda su tesis en protestar de que se señale como remedio el cierre de las Facultades, y apunta como más verdadera terapéutica el que el Estado abriera nuevos horizontes a las juventudes médicas.

Si Fabián Vidal hubiese leído los artículos del Dr. Ariete, quizá completaría su notable crónica añadiendo que ni aun es preciso nuevo horizonte de posibilidades, sino simplemente una organización más justa, lógica y eficiente de la que en la actualidad sume a la clase profesional en el estado trágico que se encuentra.

\* \* \*

El Dr. Martín Cirajas ha sido objeto de un cordial homenaje con motivo de serle impuesta la Cruz de Beneficencia, que le fué concedida por sus campañas y servicios en pro de las clases sanitarias.

Saludamos efusivamente al Dr. Martín Cirajas y le felicitamos por tan justo triunfo.

\* \* \*

La sentida carta que dirigió al Dr. Marañón el Presidente del Colegio de Médicos de Madrid, señor Velasco Pajares, ha tenido, como no podía menos de suceder, la contestación del ilustre clínico-español que reproducimos a continuación. Nada tenemos que añadir a este respecto, por ser bien conocida de nuestros lectores la actitud de *EL SIGLO MEDICO* frente al problema pavoroso de la violencia.

Carta del Profesor D. Gregorio Marañón:

"Señor Presidente del Colegio de Médicos de Madrid.

Querido amigo y Presidente: Tanta o más amargura que los atentados que hoy se cometen en España, produce la falta de reacción de la opinión pública y de las opiniones de las colectividades. Un profesor de la Universidad ha estado a punto de ser matado, y—cualquiera que sean sus ideas—los catedráticos españoles nada han dicho. Ahora cae un ilustre médico en Oviedo: el Dr. D. Alfredo Martínez. Cualquiera que sean también sus ideas—para nosotros todas deben ser respetables—, los médicos debemos exteriorizar nuestra condenación en público y ante el Gobierno, en un unánime documento, al que se adhieran todos los Colegios de España. ¡Iniciela usted! Si esta carta le sirve, haga de ella el uso que quiera.

Sirve, sirve todo esto. En los crímenes sociales, el tope que pone la protesta de la sociedad es siempre eficaz, aun cuando no lo parezca. Más importante que responder con tiros a los tiros, es responder a los actos infrahumanos con actitudes humanas.

Un abrazo de

Marañón."

23-III-36.

\* \* \*

Con motivo de su jubilación como profesor de la Facultad de Farmacia, se está organizando un homenaje de afecto y admiración al ilustre catedrático D. José Casares y Gil.

La personalidad científica y social del Dr. Casa-





El Prof. D. José Casares y Gil, que se ha jubilado como Catedrático de la Facultad de Farmacia.

res justifica el rendimiento de este homenaje, que se inicia precisamente por sus alumnos y que ha sido acogido por las Academias y Corporaciones, a quienes tanto honró con su labor.

EL SIGLO MÉDICO se adhiere con el máximo fervor a cuanto se proyecte en aplauso y señalamiento del que forma entre las figuras más destacadas de la ciencia española contemporánea.

\* \* \*

Recientemente ha fallecido en París el ilustre profesor de aquella Facultad, Dr. Vaquez, una de las figuras más destacadas de los clínicos del Hospital Saint-Antoine y director que fué de los *Archivos de Enfermedades del Corazón, de los Vasos y de la Sangre*.

Puede decirse que el Prof. Vaquez ha sido quien más influyó en estos últimos veinte años en el progreso de los estudios de las especialidades del corazón y de los vasos, y cuenta con brillantes discípulos en todo el mundo.

En el número próximo nos ocuparemos de estudiar más detenidamente la gran figura que desaparece de la Medicina europea.

También nos llega a última hora la triste noticia de la muerte del Dr. Arturo de Redondo, quien durante tantos años actuó en el profesorado de San Carlos, desde la cátedra de Patología médica, dejando gratísimo recuerdo en las generaciones de médicos que se formaron en su escuela.

EL SIGLO MÉDICO se asocia de todo corazón al duelo de sus familiares y amigos.

DECIO CARLÁN.

## ACADEMIAS Y SOCIEDADES

### ACADEMIA MEDICOQUIRURGICA

Presidencia. Dr. V. M. Nogueras  
(Sesión del 20 de abril de 1936.)

PROBLEMAS ELECTROCARDIOGRÁFICOS DE LOS BLOQUEOS DE RAMA, por el Dr. F. Vega.

Sobre este punto hace una extensa disertación el autor, poniendo de relieve numerosas experiencias por él realizadas, y haciendo un completo estudio de los trabajos extranjeros sobre el tema.

Dr. Guijosa.—Le hace unas breves aclaraciones.

ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO DE LOS MUÑONES PULMONARES COLAPSADOS, por el Dr. José Abello.

Comienza diciendo cuánto es el interés del estudio de los muñones pulmonares colapsados mediante la radiografía y la práctica de la técnica anatomopatológica. Expone brevemente algunos trabajos de autores extranjeros acerca de dicho punto, y vuelve de nuevo a insistir, después de tal exposición, en sus primeras palabras.

El estudio histológico de los susodichos muñones nos revela una profunda hipertrofia del tejido conjuntivo en los bronquios y los vasos, y dice cómo suelen verse también con creciente facilidad amplios focos caseosos. Analiza los mismos según diversas teorías extranjeras, y dice cómo uno de estos autores—no recuerda precisamente el nombre del mismo—obtiene procesos iguales a los patológicos mediante diversos procedimientos de orden químico.

Expone después estos procesos de índole química, y dice las reacciones albumínicas a que dan lugar y que él ha podido ver en la repetición realizada de dichas experiencias.

Dice cómo la neoformación vascular suele ser grande, debido a la esclerosis del tejido.

Las venas pulmonares se encuentran, según nos dice haber observado, muy afectadas.

Por último, expone cómo se suelen ver numerosos bacilos de Koch en los focos comprimidos, y que son debidos a cavernas cerradas durante el colapso.

En su magnífica disertación expuso numerosas piezas de muñones pulmonares colapsados de hombres y animales por él preparadas.

Dr. Dámaso Gutiérrez Arrese.—En nombre de la Academia Médicoquirúrgica, se lamenta de que no haya ningún fisiólogo presente, y le felicita en nombre de la misma. Recuerda algunos trabajos sobre el tema presentado por el Dr. Abello, y le dice cómo la pleura puede engrosarse sin necesidad alguna de un neumotórax.

Después le dice cómo la prolongación del neumotórax se hace sabiendo que éste produce una esclerosis del pulmón.

UN CASO DE ENCEFALOMIELITIS DISEMINADA, por los doctores Rodríguez Lafora y Guijosa.

Se trata de un sujeto de treinta y tres años, de profesión empleado; ha tenido 14 hermanos, de los cuales han muerto 10, si bien no precisa la enfermedad que les originó la muerte; su madre ha tenido seis abortos, según relata.

Los antecedentes personales no tienen interés alguno; él no ha tenido lúes.

Hace ya seis años tuvo una hemoptisis y un proceso





La junta del personal técnico y administrativo de la Beneficencia Municipal reunida en el Colegio de Médicos de Madrid, bajo la presidencia del Dr. Sergio Alvarez R. Villamil, que fué hasta hace pocos meses Alcalde-presidente del Municipio madrileño.

pulmonar, que le duró aproximadamente unos veinte días; le dijeron tenía lesión de vértice izquierdo; a poco se le presentó sensación de cosquilleo intenso en el pie y la mano izquierda, que fueron seguidos de sensación de gran torpeza, con dificultad para la marcha y caída de los objetos; diplopia y sialorrea; se hizo el diagnóstico del caso según expone el título de la comunicación que hoy traemos a la Academia.

Pone de manifiesto muy detenidamente la exploración del enfermo, y dice cómo éste, según pueden ver los académicos, se encuentra bastante bien.

*Dr. Rodríguez Lafora.*—Aclara algunos conceptos de índole neurológica.—J. H.

\* \* \*

#### SOCIEDAD ESPAÑOLA DE TISIOLOGIA

Presidencia: José A. Palanca

(Sesión del 12 de marzo de 1936.)

Comunicante: *Dr. Ubeda Saráchaga.* SÍFILIS PULMONAR.

Se me ocurrió este tema al leer trabajos sobre él, y al ver la manera de actuar de los radiólogos me pareció que éstos abusaban un poco del diagnóstico. Investigando en la clínica me preocupaba el diagnóstico de los que realmente son enfermos de sífilis pulmonar y de los que realmente no lo son, los veía por radiología, pero como soy muy aficionado a la síntesis pensé que, reuniendo síntomas, se lograría llegar a un diagnóstico justo.

Modernamente se trata el goma de pulmón, que, como sabemos, forma una mancha opaca.

La sífilis pulmonar puede ser gomosa, gomosa caseificada, intersticial simple y bronquiectásica.

Al ver los síntomas de algunos enfermos: hemoptisis, Wassermann positivo, fiebre, cefalalgia, etc., creía había motivos suficientes para pronosticar sífilis pulmonar. Enfermos con hemoptisis repetidos y fiebre es más que significativo.

Reuniendo todos estos datos hicimos el estudio de los siguientes enfermos:

*Primer caso:* Espustos hemoptoicos, 100 pulsaciones, Wassermann fuertemente positivo, hemoptisis frecuen-

tes, análisis de esputos repetidos negativos, mejora con el neo.

Este enfermo es, a mi parecer, un caso de sífilis de reacción intersticial.

*Segundo caso:* Hemoptisis, análisis de esputos negativo, mejora con el neo, dolores de cabeza, esputos hemoptoicos; marcha el enfermo, y al cabo del tiempo vuelve a la sala; se le trata con el neo y mejora. Ante este caso no hay más remedio que pensar en sífilis. Es un enfermo alcohólico, con el que no se pudo seguir el tratamiento, pues un día se escapó, pero en las radiografías se puede ver la mejoría.

*Tercer caso:* Análisis de esputos sin bacilos de Koch; no se ven ni hongos ni espirilos; Wassermann positivo; se le hace el neo y mejora; este enfermo recuerda una forma intersticial sin bronquiectaxis.

He presentado estos enfermos por parecerme muy interesantes y con el objeto de que se haga un estudio más a fondo de la sífilis pulmonar. Estos casos son muy convincentes, y quien quiera puede ir a verlos a la sala 33 del Hospital provincial.

#### DISCUSIÓN

*Dr. Souto:* La sífilis pulmonar es antigua; hay algunos que la niegan, pues su diagnóstico ofrece dificultades.

Los síntomas de los enfermos presentados eran: análisis de esputos negativos, fiebres, hemoptisis y cefalalgias; la fiebre es muy común también en la tuberculosis, y las hemoptisis se presentan de vez en cuando.

En la radiografía del primer enfermo se presentaba en formas filiformes; en otro, sombras sifilíticas; a mi parecer, éste es el más típico; otro era infiltración de tipo reaccionario con varias cavidades: una muy grande, que concuerdan con las cavidades hemáticas, acaso sea lúes; las cavernas luéticas tienen participación en peribronquitis, estando rodeadas de una substancia dura. Wassermann positivos y esputos negativos da a pensar en sífilis.

En resumidas cuentas, que los casos presentados por el Dr. Ubeda tienen interés como dudas de diagnóstico,



pues hoy día es imposible hacer un buen diagnóstico, puesto que no se hacen autopsias, que es un dato muy interesante para ello.

Hay un doctor francés que hacía el examen en vivo, y después en muerto, y seguía con la duda de si sería o no granurria sifilítica, y, sin embargo, la aseguraba si, inoculando a un cavia, éste enfermaba de sífilis y no de tuberculosis.

El tema está, a mi parecer, con pocos datos.

*Dr. Navarro Blasco:* La sífilis pulmonar es real; hay pocos casos demostrados, pues puede asemejar diversas formas de tuberculosis: neumónica, bronconeumónica, granúlica, etc. Es de gran valor un estudio de los antecedentes familiares y personales, mujeres que tienen abortos repetidos; otros síntomas son las cefalalgias nocturnas, dolores articulares, etc.

Respecto a laboratorio, hay sujetos avariónicos que dan reacciones negativas y, sin embargo, otros no avariónicos las dan positivas, y tienen tan sólo lesiones tuberculosas pulmonares activas.

La radiología es un tiempo de diagnóstico muy importante, pero insuficiente para diagnosticar por ello.

Las neumopatías sifilíticas se dan en dos formas: agudas y crónicas.

Un sujeto de treinta y seis años; diagnóstico de bronconeumonía gripal, y más tarde, de tuberculosis. Cuando lo vemos tiene fiebre, tos y poca expectoración, disnea moderada y algún estertor de burbujas medianas debajo de la escápula derecha. Por radioscopia, parestia intensa de cúpulas diafragmáticas, esputos negativos, leucocitosis. Se creyó que era una lesión tuberculosa. Marcha al campo y mejora, días después tiene manifestaciones cutáneas y mucosa de período terciario y secundario de sífilis; muere a los seis meses con un proceso de neumopatía sifilítica aguda.

Otro caso es el de una enferma que empezó con fiebre vespertina, tos y expectoración sonrosada; se la trata con cal y oro y sigue igual. Matidez suspendida en la cara anterior del tórax hasta línea axilar; estertores finos y medianos en esta zona.

Radiológicamente se aprecia gran peremia de hemidiafragma derecho y la imagen de la radiografía. Espusos negativos. Intensa leucocitosis y albuminosecreción positiva. Reacciones de Wassermann, Meinicke, etc., negativas. Un tratamiento intenso antisifilítico modificó los cuadros clínicos y radiológicos en siete meses.

Se trataba de una neumopatía sifilítica crónica.

*Dr. García Romero:* Insiste en la rareza de este proceso. Cree que en el diagnóstico es un síntoma de valor los dolores de cabeza nocturnos (Neumann).

Cuando en un enfermo crónico de aparato respiratorio no se encuentran lesiones tuberculosas en actividad, debemos pensar en el proceso que nos ocupa.

Los datos de laboratorio no siempre suelen ser definitivos, porque, por una parte, suelen verse con frecuencia muchos sifilíticos que no padecen de localización pulmonar de su afección, y de otra es muy difícil en ocasiones si el enfermo es un tuberculoso sifilítico.

Letulle, Rüschén, Köhn y otros autores han encontrado un gran porcentaje de tuberculosos con Wassermann positivo. Varios autores han estudiado también si la tuberculosis interrumpe o activa la reacción de Wassermann. Dunner y Mayer llegan a la conclusión de que esta reacción puede ser positiva en enfermos bacilares

en actividad, en los cuales ni su anamnesis, ni su observación clínica, ni su autopsia permitían la menor prueba de sífilis. Por el contrario, en cuarenta enfermos de sífilis secundarias, Lelong y Rivalier han encontrado la reacción de V. Pirquet negativa en un 80 por 100 de casos. El diagnóstico radiológico tampoco es muy elocuente; las lesiones que se ven en la placa pueden corresponder a lesiones parenquimatosas intersticiales o bronquiales, pero no nos aclaran su naturaleza, como es lógico.

Presenta un caso clínico de un enfermo de treinta y cinco años, soltero, de oficio labrador, el que aquejaba en el momento de la exploración escasa sintomatología subjetiva y abundante auscultación sobreañadida, en ambos pulmones, modificable con la tos. La baciloseopia fué negativa, así como la homogeneización; velocidad de sedimentación de 10; intradermo positivo de una cruz. 10.000 leucocitos y unas reacciones serológicas fuertemente positivas.

La radiografía muestra una sombra de granos gruesos, semejando una granulía fría, una sombra de cisura, un corazón aumentado de volumen y unos hilios cargados. La imagen se presta a confusiones y no consigue aclarar el diagnóstico. Lo mismo puede ser un proceso diseminado pulmonar tuberculoso que una de las formas de sífilis pulmonar intersticial, en la que siempre se pudiese interpretar como de gomas miliares, y el aumento de los hilios, como un proceso de endoarteritis. También se puede pensar en que sea una siembra hemática en un sifilítico, cosa frecuente, según Neumann.

Finalmente, insiste en que, si bien el diagnóstico de sífilis pulmonar es difícil y la frecuencia es rara, no por eso se puede negar la existencia de ésta en localización de la avariosis, que constituye una entidad nosológica bien diferenciada en el momento presente.

*Dr. García Triviño:* Hay muchas dudas sobre la sífilis pulmonar; el pulmón es un órgano que, como todos los demás, puede ser asiento de esta enfermedad; tiene sus características particulares; hay diversos tipos: el hereditario es uno de ellos; la bronconeumonía tiene carácter anatomopatológico; no tiene discusión; existe esclerosis bronquiectásica; hay que pensar en procesos esclerosos y esclerogomosos. Si el enfermo fallece debe hacerse autopsia, pero hay que hacer todo lo posible para no llegar a ese extremo. Hay, además, tipos de sífilis pulmonar latente; se han hecho numerosos trabajos sobre ello. Hay enfermos con lesiones parapulmonares, aorta dilatada, etc., y mueren de esto; se les lleva a autopsia, y al estudiar el pulmón se ve que hay lotes gomosos con aréolas micrematosas. La lúes es rara en el adulto, frecuente en niños heredosifilíticos y en edades avanzadas. Hay, indudablemente, pocos casos, pero se dan todos los síntomas, y mejoran con un tratamiento antisifilítico; no hay que poner en duda la existencia de la enfermedad.

*Dr. Cerveró:* Los casos presentados por nuestros compañeros son verdaderamente sifilíticos.

Las fórmulas leucocitarias son de gran importancia; se ha visto que en los sifilíticos hay aumento de leucocitos de transición.

*Dr. Noguera Toledo:* Recientemente se ha demostrado un excelente método de tinción para la spirocheta. La existencia de la sífilis pulmonar no se debe poner en duda.



## RECTIFICACIÓN

El Dr. Ubeda Saráchaga, para rectificar, dice que los enfermos expuestos a objetos de la comunicación son tres perfectamente estudiados, y que tanto por los análisis como clínicamente, son sífilis pulmonar, y que ninguno de los casos es de enfermo cavitario, aunque la radiografía así lo haga creer, pues los procedimientos clásicos de inspección, palpación, percusión y auscultación son suficientes en este caso para demostrar que se trata de un proceso pulmonar de tipo fibroso, no cavitario.

Que el Dr. Souto puede ver a los enfermos en la sala 33 del Hospital provincial y se convencerá de que no hay duda diagnóstica.

Agradece la presentación de casos al Dr. Navarro y García Romero, con lo que se demuestra que, aunque no sean frecuentes las sífilis pulmonares, son asentimiento que dan a los casos referidos, que confirman que el pulmón puede padecer la sífilis como otro cualquier órgano.

\* \* \*

## ACADEMIA ESPAÑOLA DE DERMATOLOGIA Y SIFILOGRAFIA

Esta Academia celebrará sesión el miércoles, 6 de mayo de 1936, a las siete de la tarde, en el Dispensario Olavide, Sandoval, 7, con el siguiente

## ORDEN DEL DÍA

- 1.º Dr. J. Bejarano.—“Contribución al estudio clínico de las infecciones del saco prepucial”.
- 2.º Dr. Tomé Bona.—“Valoración diagnóstica de la adenopatía epitroclear en la sífilis”.
- 3.º Dr. M. Baeza.—“Pruebas sobre la vitalidad de hongos parásitos interesantes en Dermatología”.
- 4.º Dr. Cañizares.—“Las formas ganglionares atípicas de la enfermedad de Nicolas-Favre”.

## Del Seguro Social de Enfermedad

## El pulso con que se gana

Tanto se ha escrito sobre el intruso en las titulares —“cuña mortífera”..., esquirol, etc., etc.—, que ya no esperábamos ver resucitado el tema con motivo de la aplicación del Seguro Social de Enfermedad. Pero lo resucita la campaña emprendida para la “preferencia de los libres en dicho Seguro”. Parece paradójico y extraño leer algo que se atreva a afirmar lo más leve sobre tal preferencia, y nos parece paradójico y extraño, porque es olvidar o querer olvidar lo más elemental de lo que es el médico titular, hoy de Asistencia Pública, en deberes, en funciones, en cuanto de él depende y a él se le obliga.

No sabemos de conminación, multa, sanción o expediente que haya sufrido médico libre alguno por falta de cumplimiento en los deberes de un cargo oficial, cual los que tienen anejos el cargo de médico de Asistencia Pública, y mal puede sufrirlos quien se halla desprovisto de tales deberes. En cambio, el médico de Asistencia Pública les ha sufrido o podido sufrir, si su cometido y exacto cumplimiento de lo legislado y ordenado no hu-

biera sido de acatamiento y fiel observancia de cuanto se le ha ordenado, se le ordena y se le siga ordenando.

Se dirá que en su compensación tiene la paga de titular, y no es así, al menos donde no se trata de media docena de familias en la Beneficencia, y sí de un número muy aproximado al de familias que, siendo pudientes, abonasen el tipo medio de iguala, por un total de esa consignación. Se afirma con excesiva frecuencia lo de “ganar a pulso la clientela” el médico libre, y yo tengo que protestar con la mayor energía de tal afirmación. Protesta que no formulo por mera conveniencia personal, sino por casos y cosas conocidas y conocidos, como puedo demostrar.

Sin alusiones personales a nadie, pero sí en alegato de verdad, voy a tratar de demostrar lo inexacto del “pulso”. A un médico le contrata un determinado número de vecinos para enfrentarle con el titular. Ese grupo de vecinos le asegura equis pesetas. A uno o a otro se las aseguran lo mismo. Lo único que interesa a esos vecinos es tener uno, SEA EL QUE SEA, que se disponga a hacer la guerra al titular. (Subrayamos lo de sea el que sea, porque esta sola frase dice bien elocuentemente el trabajo, el mérito que puede tener el contar con ese partido, que se le dan regalado, limpio de inconvenientes, al que mejor se aviene al papel de “enemigo del compañero”—del que debía ser compañero—titular.) A partir del preciso instante en que llegue al partido (partido en pedazos desde entonces), cada uno de los vecinos que le han llevado, con sus correspondientes esposas, hijos, hermanos, primos y “demás parientes” serán portavoces de unas proezas dignas de una imaginación capaz de competir con la famosa de Julio Verne. ¡Cuántas cosas hará, resolverá, curará y tratará de las que el médico titular no tiene ni idea! Y hasta aquellas otras que se le presenten, sin haber conseguido nada (a juicio de sus portavoces), serán por culpa del titular, que no las supo tratar a tiempo. Y, es claro, el privilegiado talento del intruso no va a pagar las consecuencias que tuviera la ignorancia del titular. De tal manera resalta aquí el “pulso” con que esos partidos ha sabido ganarle, que no se precisa Riva-Rossi para sorprenderle.

Otro caso: fallece el titular de un pueblo. Va un interino; pasan días, semanas, meses, años, sin que la titular se provea en propiedad. Durante todo ese tiempo está solo el interino. Quieran o no, tienen que estar por él asistidos. Aprovechando la oportunidad, contrata las igualas por decenas de años, o a perpetuidad (yo conocí un caso), y cuando al fin se provee en propiedad, se encuentra el nuevo titular con ese compromiso firmado, y que obliga “por los años de los años”. La forma de provisión puede haber sido por oposición sin acudir a ella el interino: la mejor manera de hacer “asquitos” a las arbitrarias maneras de proveer una plaza. Sería mejor (para él) que se la dieran al interino, sin más discusiones, y todo resuelto (también para él). ¡Qué ejercitado debe estar el “pulso” así probado!

Otro caso: se ausenta el médico de la localidad donde ejerce. No falta el familiar del futuro médico libre que comprometa el partido. Llega el heredero, recoge su herencia..., y a vivir. A tan esforzado proceder para, a “duras penas”, conseguir un partido, corresponde en su día alegar el “pulso” empleado. Todo ese “pulso”, en este caso, depende de la oportunidad de un familiar.

Otro caso: un titular desea o necesita sustituto. Así lo anuncia. Se presenta el sustituto. Ultiman las condicio-



nes. El titular se ausenta. Cuando regresa a su titular, tiene el ex sustituto contratadas equis iguales. Para él, y por varios años. Como podía no volver el titular, por si no volvía las contrató. Volvió, pero pudo no volver, y lo que había de coger otro, lo cogió él anticipadamente. Desde la llegada ha de ser su enemigo. Así se lo exigen los que en ausencia del sustituto se han igualado con él. Formidable, extraordinario "pulso" empleado en la conquista de un partido.

Y así continuaríamos exponiendo casos y cosas, como al comienzo decíamos. De estos casos hemos conocido. No escribimos por oídas, sino por VISTAS.

Lo que no puede por menos de asombrarnos es que participen de la alegación de ese "pulso" algunos titulares, y, entre éstos, alguno que ha estado conforme con mis artículos me ha alentado a continuar escribiendolos, y me han pedido hasta "*por lo que yo más quisiera*" no dejase de escribir en pro y defensa de la sufrida clase de titulares.

A éstos he de dirigirme, puesto que la anhelada y perseguida concordia entre todos los médicos es imposible. Y considero imposible esa, más que conveniente, necesaria, concordia, porque de cuándo en cuándo ha de surgir, han de hacer surgir las diferencias entre titulares y libres, de los cuales, y en el medio rural al menos, están la inmensa mayoría incluidos en los casos anteriores.

Quien está siempre dispuesto a hacer surgir y ahondar esas diferencias no debe tener ni contar con el apoyo de los titulares, a quien trata de despojar de lo que tan en justicia y razón les pertenece, sin discusión alguna.

Sería gracioso, por no decir algo peor, que fueran preferidos los médicos libres para servir el Seguro, y en el medio rural, en esos pequeños pueblecitos, que por esto se han salvado hasta hoy del "libre"; donde ejerza desde hace años y años un médico viejo, que ya tan sólo puede esperar y espera a terminar sus días todo lo tranquilamente que pueda, el Seguro metiera "la cuña mortífera", y con ella, el hambre, para el viejo titular.

Se ataca en estos últimos días a cuanto representa y defiende los intereses de los titulares, y muy especialmente se ataca a la Asociación Nacional. Sería interesante conocer la intención y el alcance de esos ataques. Y conocidos o sin conocer, todo titular tenerlos muy en cuenta para sucesivas actitudes. Con aciertos o con errores, es la Asociación Nacional de Médicos Titulares nuestro cobijo y nuestra defensa, como lo prueba ese escrito que hace días entregó el Comité Ejecutivo a las autoridades sanitarias, y muy especialmente las entregadas al Sr. Subsecretario de Sanidad. Y es precisamente este cobijo y esta defensa, por serlo, lo que se trata de destruir y se procura hacer desaparecer. ¡Alerta y ojo al disco, titulares! No vayáis contra vosotros mismos al ir contra vuestros propios organismos.

Repasad artículos, escritos, cuanto se haya publicado sobre los problemas palpitantes de los médicos titulares. Una vez repasados, ahondad en ellos, reflexionad sobre ellos. Entonces y sólo entonces decidid qué campaña deberéis secundar o abandonar. Todo menos ser sorprendidos o decididos, sin previo estudio de campañas, que de forma tan evidente y directa afecta a vuestros más vitales intereses.

ANGEL F. DOMÍNGUEZ.

Villanueva del Campo (Zamora), abril 1936.

#### Nuestra colaboración en el I Congreso Pro-Médico

### Impresiones de un médico de pueblo

(Comunicación presentada al tema II: ENSEÑANZA MÉDICA.

#### a) Planes de estudio.)

(Envío exclusivo para EL SIGLO MEDICO.)

Va a hablar solamente un médico de pueblo. Sus razonamientos van a ser sencillos, claros, a la altura de cualquier hombre medianamente culto, desprovistos de esos términos técnicos y de esas citas que con tanta maestría han utilizado los siete ponentes que han desarrollado los cuatro apartados de este tema; pero con la sinceridad de quien ha pasado personalmente o ha sido testigo de torturas y calamidades, que por dignidad y decoro de la clase médica, y para evitar un delito de lesa humanidad, es preciso evitar a nuestros sucesores universitarios.

No nos mueve el egoísmo al trazar estas líneas, puesto que, aun suponiendo que fueran a ser tenidas en cuenta por las altas esferas de la intelectualidad, ningún beneficio habría de alcanzarnos personalmente. Es únicamente un deber de conciencia, un deseo de futura rectificación lo que nos obliga a confesar públicamente lo que todos sabéis más o menos.

Han hablado de enseñanza médica siete ilustres profesores, siete *ases* de Madrid, Barcelona, Zaragoza, Bilbao y Santander; es decir, de cinco grandes centros de población abundantes de centros clínicos, de escuelas profesionales, los que desde el comienzo de su ejercicio han podido estar relacionados, han podido seguir perfeccionando sus estudios y avalorando su técnica con las nuevas adquisiciones quirúrgicas, y ahora, un pobre médico de pueblo se atreve a lanzar sus impresiones desde un rincón de España, hablando de un modo descarnado, porque la verdad es siempre cruda, no apoyando sus afirmaciones en bibliografía alguna, porque no dispone de tiempo suficiente para ello, y, por otra parte, prefiere limitarse a recoger lo que él ha padecido o ha presenciado.

Perdonad la crudeza y el desorden con que van a ir hilvanadas estas notas, en las que varias veces dejaremos inacabados los asuntos, conformándonos con la exposición de hechos, pues doctores tiene la Iglesia, y más aún la Medicina, para buscar soluciones a los problemas que planteamos.

Comenzaremos afirmando que, si bien es indudable el ilimitado avance de la Medicina social, no creemos en modo alguno que desaparezca la Medicina privada. No obstante, aunque así fuera, es preciso reconocer que un ejército debe componerse de unidades, y que una escuela debe preocuparse de formar alumnos, uno a uno y con personalidad propia, pues pretender socializar la Medicina hasta el extremo de querer que el profesional sea engranaje de máquina, es matar, en cierto modo, la iniciativa privada, lo cual resultaría funesto para nuestra profesión.

El pretender, por otra parte, la desaparición del médico de cabecera, es privar a la clase médica de esa espiritualidad, de ese romanticismo que debe emanar de todo acto médico. El médico de cabecera tiene en la vida un papel indiscutible, y su misión, bien definida, es lo que más se aproxima a ese sacerdocio médico de que

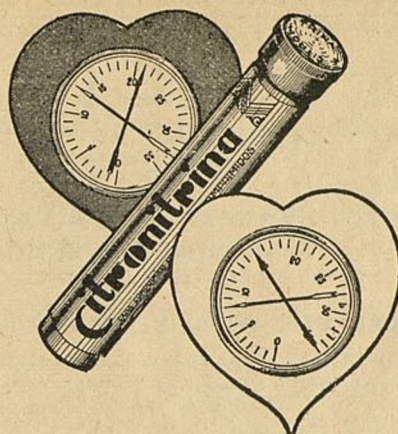


*Para sus hipertensos  
y arterioesclerosos.*

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

## Citronitrina

Vergés & Oliveres



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

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

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

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

VERGÉS & OLIVERES  
Laboratorio Quimioterápico del Ebro  
TORTOSA

MUESTRAS GRATIS A LOS SEÑORES MÉDICOS



## LINITUL

Compresas de tul engrasado y esterilizado a 120°

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

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

PÍDANOS MUESTRAS Y LITERATURA

LABORATORIO QUIMIOTERÁPICO DEL EBRO  
VERGÉS & OLIVERES - Tortosa

## "Geve"

es la mejor marca  
de

## Aceite de Hígado de Bacalao

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

— Porque para extraerle se emplea simplemente la presión suave.

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

Muestras gratis a  
los señores médicos

VERGÉS & OLIVERES  
Laboratorio Quimioterápico del Ebro  
TORTOSA



# Publicaciones de EL SIGLO MEDICO

## OPOSICIONES al Programa oficial vigente para OPOSITAR

las vacantes de Médico titular Inspector  
Municipal de Sanidad

**En una sola obra la preparación completa**

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

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

**PRECIO: 35 pesetas.**

La obra completa a nuestros suscriptores, 28 ptas.

## FOLLETOS DE INTERÉS PRÁCTICO

Editados por EL SIGLO MÉDICO

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

## UN MÉDICO RURAL

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

**4 pesetas ejemplar**

3 pesetas a los suscriptores

## FORMULARIO CRÍTICO POR LAS CLINICAS DE EUROPA

Se encuentran a la venta los siguientes tomos:

- I A 7 pesetas (segunda edición).
- II BC (en prens).
- III DE 8 pesetas (segunda edición).
- IV FGH (Agotado).
- V IJKL 7,50 pesetas.
- VI MN 7,50 pesetas.
- VII O 7,50 pesetas.
- VIII P (hasta Parto). 8,50 pesetas.
- IX P (de parto patológico hasta el final de dicha letra). 10,50 pesetas.
- X de la P hasta la Z

## LECCIONES DE BIOQUIMICA APLICADAS A LA MEDICINA PRACTICA

Por el Dr. ANTONIO DE LA GRANDA

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

## MONOGRAFÍAS

PRECIOS

No sus- Suscrip-  
criptores tores

Ptas. Ptas.

Se encuentran a la venta las siguientes:

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

## Médicos Madrileños Famosos

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

Prólogo de D. PEDRO DE RÉPIDE

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

EL SIGLO MEDICO acaba de editar cuidadosamente esta obra del Dr. Alvarez Sierra. Es un tomo de 300 pá inas, con numerosos grabados estampados en magnífico papel couché y elegantemente encuadernado.

**PRECIO DEL EJEMPLAR: 14 PESETAS**

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

## CINCO LECCIONES DE HEMATOLOGIA GENERAL CLINICA

Por el Dr. F. MAS Y MAGRO

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

**PRECIO: 3 PESETAS**

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



se habla, y que, por desdicha nuestra, es hoy tan difícil encontrar.

Todo no ha de ser en Medicina "pehaches", "metabolismos", ni "complejos de inferioridad". En el 99 por 100 de los casos hacen más un consejo paternal, una medicación de obsequio y un pronto alivio del dolor físico que todos esos cientifismos, muy respetables, pero que deben quedar situados en sus lugares adecuados.

Pretender hacer de cada médico un investigador es querer formar un ejército de generales. Si los altos puestos de la Medicina están ocupados por las eminencias, y éstas son en número reducidas, respetémoslas, imitémoslas, pero no pretendamos igualarlas, so pena de ser nuevos Icaros, para dar con nuestras costillas en el suelo, quedando en postura poco airosa. Ellos deben ser el poder legislativo, y nosotros, el poder ejecutivo. Ellos indican normas, y nosotros las aprovechamos.

Un investigador no debiera ejercer la Medicina privadamente, pues con ello pierde su tiempo, que, si es oro para los ingleses, es platino para los cerebros privilegiados. El profesor debe laborar en el laboratorio, en el hospital y en la cátedra exclusivamente, y por ello debiera estar dotado de una asignación elevada, en armonía con su alcurnia científica, que le permitiera dedicarse de lleno a su profesorado, sin tener que buscar fuera de él al cliente particular, al que tan sólo excepcionalmente debería atender.

Es evidente que el médico, al salir de la Facultad, no se halla en condiciones de desempeñar su profesión, y es evidente también que debería estarlo, puesto que la mayoría de los titulados se ven obligados por la vida a desempeñar inmediatamente un papel para el que, desgraciadamente, no están capacitados.

Salvo excepciones que confirman la regla, los médicos recién salidos de las aulas "sudán tinta" al enfrentarse con un pulmoníaco. ¿Tienen ellos la culpa? No. Les han hecho enfrentarse en su carrera con pesados librotos, que se saben inútilmente de memoria, sin contar con que el primer enfermo que les llame no les ha de decir: "Doctor, ¿quiere usted recitarme el capítulo de la pulmonía?"

No hay enfermedades, sino enfermos, y los pobres alumnos han perdido la vista y el cerebro a fuerza de estudiar "una enfermedad", que nadie les ha de preguntar jamás. Lo que hace falta para el futuro médico es hacerle "aprender a discurrir ante el enfermo", pues el libro voluminoso siempre se hallará en su biblioteca, amable y cariñoso, dispuesto a dejarse hojear cuando sea conveniente.

¿Cuántos alumnos han sido suspendidos por no saber hasta el último detalle de la formación embriológica de las membranas ovulares? En nuestra promoción, siempre que el catedrático de Obstetricia quería suspender a un alumno, echaba mano de ese tema. Nosotros, en la práctica de nuestra profesión, no nos hemos hallado jamás en un aprieto por ignorar aquello que aprendimos al pie de la letra y olvidamos a los quince días de los exámenes. En cambio, tan sólo *presenciamos—no asistimos—* cinco o seis partos, *todos normales*, que son los únicos, por cierto, que hemos presenciado en nuestra vida, ya que durante el ejercicio de nuestra profesión no nos han llamado nunca sino en los distócicos.... ¡y aquí es donde nos ha tocado sudar! ¡Es tan distinto saberse de memoria la versión por maniobras internas a realizarla en la práctica!

¿Acaso tienen la culpa el alumno o el profesor de estas deficiencias? Creemos sinceramente que ni uno ni otro son responsables de ellas.

¿Cuántas inyecciones endovenosas ponen los alumnos durante su permanencia en la Facultad? ¿Cuántas punciones lumbares realizan? Afirmamos rotundamente que no llegaron al 10 por 100 los estudiantes que en nuestro curso ejecutaron tales prácticas, y los que las hacen es por iniciativa particular y exponiéndose a recibir una bronca del profesor. ¿Cómo tratarán luego a sus clientes el 90 por 100 restantes?

En esto estamos de acuerdo con Le Gendre, que afirma que un alumno debería comenzar por saber hacer la cama del enfermo. Ejecutar la misión de enfermero y practicante, deberían ser los primeros pasos que dieran los alumnos por las clínicas. ¡Cuánto se llevaría ganando con estas decisiones! No veríamos al novel médico pasándose de mano a mano una venda, sin saber por dónde empezar para cubrir un eczema varicoso de la pierna. Y es ese mismo alumno, que conoce al dedillo el concepto exacto de la cronaxia y se sabe de carrerilla los nombres de todos los capilares.

En el primer curso de Medicina, naturalmente, después del preparatorio de Ciencias, que debe subsistir, ya debería el alumno comenzar por hacer una guardia clínica cada seis u ocho días. De esta forma comenzaría a familiarizarse con los enfermos y podría rectificar quizás el curso de su vida al ir enterándose de todo lo desagradable que encierra en sí la profesión. Ya se sobreentiende que estas guardias había de hacerlas en plan de practicante-enfermero, sin tomar en absoluto ninguna iniciativa por su cuenta.

¿Pretendemos al hablar así desterrar el cientifismo, convirtiendo la profesión médica en un oficio, haciendo, no médicos, sino jornaleros de la Medicina? Bien lejos está de nuestro ánimo defender ese absurdo. El médico, no solamente debe de saber lo que hace y cómo lo hace, sino el porqué y para qué lo hace. Más claramente: la práctica y la teoría no deben jamás rivalizar, sino hermanarse de tal manera, compenetrarse de tal modo, que marchen eternamente juntas todo el camino de nuestra vida. Ahora bien: exigir a los alumnos que asimilen, mejor, que se indigesten con esos pesados libros de miles de páginas y aprendan de memoria centenares de nombres extranjeros y esnobismos de los que, dentro de cinco años no quedará el menor vestigio en el mundo científico, nos parece, no solamente estúpido por inútil, sino cruel.

Al lado de un manual de Patología, un curso completo de Propedéutica. Enseñar a auscultar, a percutir, a diferenciar, comparando al sano con el enfermo, y al enfermo de tal enfermedad con el de tal otra más o menos semejante, es decir, hacer todo lo contrario de lo que hoy se hace, que el texto voluminoso—cuanto más voluminoso, mejor—es lo esencial, y el enfermo, lo secundario.

Salir de la Facultad dominando prácticamente esa técnica quirúrgica, de la que el médico general ha de hacer uso diario en la práctica futura, lo estimamos tan lógico como exigir a un periodista sepa leer y escribir, o a un carpintero, clavar un clavo.

El profesor debe ejecutar ante los alumnos todas aquellas prácticas de que hablamos, y no conformarse con ello, sino presenciar cómo los alumnos ejecutan repetidamente todo lo que él les enseñó, labor de la que



puede ser aliviado por medio de los ayudantes, pero que él, *personalmente*, debe controlar.

Esto nos lleva de la mano a hablar de la limitación del número de alumnos, no ya como medio de aliviar esa plétora que nos ahoga—extremo interesantísimo, del que ya nos ocuparemos en otro tema—, sino con el fin de que estén debidamente atendidos y puedan obtener el fruto provechoso que no sólo ellos, sino la humanidad entera, que en sus manos se entrega, tiene derecho a exigir.

La compenetración entre alumnos y profesores para la formación de esa *familia médica* a que debe tender toda Facultad, no cabe contando los hijos por centenares. El profesor debe conocer a sus alumnos, debe hacerse querer de ellos, que no deben ver en él al tirano que esclaviza, sino al compañero cariñoso que les ayuda con su experiencia y su sabiduría a vencer los mil obstáculos de la carrera, que ellos *por su gusto* eligieron al guía servicial, dispuesto siempre a orientarlos cuando alguno de ellos pretenda desenmarañar alguna verdad incógnita de las que la ciencia es siempre tan avara; al padre, en fin, que acoge amoroso a sus hijos aun después de su emancipación y les tiende sus brazos y ofrece su casa, aquella casa en la que uno debe sentirse eufórico al regreso, porque de ella deben guardarse los más gratos recuerdos. Que esto, desgraciadamente, no es así, bien lo sabéis todos. La Universidad se ha teñido, se ha ensuciado con la política, de tal manera, que ésta se ha extendido escandalosamente como una mancha de grasa que amenaza destruir los limpios espíritus de la intelectualidad española, y es urgentísimo, de perentoria necesidad, acudir a ella con un disolvente, sea el que fuere, que deje claro el ánimo, sereno el intelecto, desbrozado el cerebro, único modo de laborar con eficacia, pureza y patriotismo; que no se salva España con vivas expansivos, sino con el recogimiento del sabio en su laboratorio, del médico en su despacho, del ingeniero sobre su plano.

Perdonad que nos hayamos salido un poco del tema señalado en la ponencia, y procuremos volver a él.

En cuanto a los exámenes, esos nuevos métodos de tortura en los que el profesor busca afanoso y cruel el flaco del alumno, o bondadoso y paternal le tiende un cable por el que salvarse—no así a los futuros clientes del futuro galeno—, deben desaparecer, y desaparecerían casi automáticamente desde el momento en que el profesor conociera perfectamente a sus limitados alumnos, a los que concedería o no permiso para pasar al estudio de otra disciplina superior.

De uno de los párrafos anteriores se deduce claramente que estamos de completo acuerdo con los Dres. Trías y Téllez, respecto a la necesidad de la organización de cursos de perfeccionamiento para médicos, por las mismas razones que ellos aducen y que no es necesario repetir.

Las especializaciones entendemos que también deberían tener su asiento en las Facultades de Medicina. Todos los demás puntos de este tema han sido tan perfectamente tratados por los ponentes, que nos parece inoportuno insistir sobre ellos. Así, pues, nos permitiremos resumir estas cuartillas, con las siguientes

#### CONCLUSIONES

1.ª La Facultad de Medicina, al entregar los títulos de Licenciados, cumple perfectamente su misión con haber hecho de sus alumnos médicos.

2.ª Debe iniciar en el camino de la investigación a todo aquel alumno que por ella se interese o en el que se descubran facultades apropiadas, hermanando para todos la teoría y la práctica que han de ser imprescindibles en su profesión.

3.ª Debe dotarse de independencia económica a los profesores, para que de esta forma puedan entregarse por completo a la sagrada misión que realizan.

4.ª Deberá obligarse al alumno a ejecutar, al comienzo de su carrera, un aprendizaje clínico en el que desempeñará la labor de enfermero-practicante.

5.ª El profesor debe controlar personalmente y con frecuencia la preparación teórica y el dominio técnico de los alumnos, para lo cual es necesario:

a) Una limitación del número de éstos.  
b) Diálogos frecuentes ante el enfermo, entre profesor y alumno.

c) El alumno ejecutará todas aquellas técnicas en curso en la práctica diaria en presencia de su profesor.

6.ª Supresión de los exámenes.

7.ª La Facultad se ve obligada a acoger en su seno los estudios de especialización de postgraduados, así como la dirección de cursos de perfeccionamiento para sus antiguos alumnos.

A. LOZANO BORROY

Palamós (Gerona), octubre 1935.

### Cruzada Pro-Reivindicación Médica

#### A los adheridos de la provincia de Burgos

Es necesario que los señores

D. Rodrigo Nuño Sáez, de Villafuertes,  
D. Inocencio G. de Pablo, de San Millán de Lara,  
D. Antonio Sáez de Pineda-Trasmonte,  
D. Bruno Gil López, de Burgos,  
D. Adrián L. Daza, de Riviela del Campo,  
D. Ignacio Balda, de Canicosa de la Sierra,  
D. José del Alamo, de Barbadillo de Herreros,  
D. Antonio del Campo, de Regumiel de la Sierra,  
D. Miguel Pérez Lucas, de Hortihuela,  
D. Ramón Valle, de Campolara,  
D. Ricardo Gil Carcedo, de Burgos,  
D. Angel Lafont, de Pampliega,  
D. Francisco Carmona, de Roa,  
D. Pablo Antón Andrés, de Roa,

y D. Manuel Gutiérrez, de Espinosa de los Monteros, nos remitan urgentemente, debidamente cumplimentados, con tres nuevos adheridos como mínimo, los Boletones de Adhesión que recibieron, a nuestra dirección: A. Lozano Borroy, Palamós (Gerona), y que escriban a D. Sisinio Crespo, de Padilla de Abajo (Burgos), para procurar organizar seguidamente una delegación provincial, previa asamblea, para la que recibirán oportuna convocatoria.

Sin la reiterada ayuda de todos, no os podemos ofrecer el triunfo, que os aseguramos en absoluto con vuestra colaboración.

Esperando ver satisfechos nuestros deseos en beneficio de la clase, os saluda cordialmente vuestro compañero y amigo,

A. LOZANO BORROY





EL TITULAR ATRACADO.—¡No os molesteis, porque hoy tampoco me han pagado los atrasos!

## SOBRE UNA CRUZADA

El ilustre compañero Lozano Borroy, en fervientes y sentidos artículos "Pro-reivindicación médica", reclama nuestras adhesiones, proyectando una magna e imponente cruzada con la que pretenda acaso aniquilar las poderosas sinrazones del gubernamental estoicismo, que tiene su apoyo en la indiferencia egoísta de los magnates de nuestra profesión.

Sin duda, la adhesión solicitada por el batallador compañero no abarca otra finalidad que la demostrativa razón de nuestra numérica fuerza, con el deseo de conseguir lo que demanda la justicia que se nos niega.

Me parece que este entusiasta innovador no conoce a su gente; quiero decir que ignora, que no ha pulsado la flemática psicología de la clase a que pertenecemos. De tantos miles de médicos sometidos a forzosa sed y hambre, no sólo de justicia, sino de patatas y pan del día, no llegan a una centena los que pugnan por moverse para cambiar de postura, exteriorizando su pesadumbre, porque creen que coadyuvar a un beneficio colectivo les impone el sacrificio de tolerar el medro individual de sus colegas, prefiriendo, antes de verlos beneficiados, abrazarse a la triste soledad en que yazgan, con la agravante de soportar el baldón de miseria y envilecimiento.

Pocos, poquísimos médicos de los que vegetan entre el ambiente putrefacto del tío Cacique y del señor Miseria han llegado a penetrarse del rebajamiento moral e intelectual que entraña la sumisión e improba condescendencia, alentadora de la soberbia energúmena que carac-

teriza los más incongruentes desafueros. Por lo anómala e insociable de la triste vida que soportan estos sufridos compañeros, no avaloran la carencia de apoyo que por su apatía dejan de percibir de la fuerza colectiva, por no prestarse a la unión ni considerar lo que a cada uno puede beneficiar el valimiento de todos juntos.

Lastimoso resulta saber que hay compañeros moradores de pueblos incultos, míseros y de costumbres rufianescas, que en ellos entierran los acendrados hábitos señoriales, la mágica perspectiva de los centros recreativos, la amenidad del culto trato de sus iguales, distinguidos discípulos y respetables profesores o amigos, para identificarse con las viciadas e insurrectas normas pueblerinas. De tal modo los recientes hábitos apagan la luminaria candente de sus pasados esplendores, que si ellos no se desconocen al confundirse con sus nuevos congéneres, el cambio que su ser experimenta en pocos años los pone desconocidos para los conservadores de la ética societaria y profesional.

Y es que, habituados a nuevas prácticas, que consideran las más racionales y aceptables, no precave ningún médico joven que apartado del trato y apoyo que le prestaría la colectividad, sin desatender sus obligaciones, al envejecer entre lugareños, no puede evitar el zafio aprendizaje de sus hijos, máxime si, como es lo corriente, no adquirió riquezas para educarlos en las capitales. ¿Qué será de ellos sin capital y sin ilustración? Que los varones tendrán que someterse al rudo trabajo de menestrales o campesinos y rebajarse las hembras a un matrimonio obligado por la necesidad. ¡De estos casos he visto bastantes!



Pues bien: si de tan posibles desventuras queremos librarnos todos, unámonos para coadyuvar a la *cruzada* que el entusiasta y sincero batallador Lozano Borroy se propone llevar a efecto, para satisfacer a los convencidos y convencer a los indiferentes. Acaso nos redima del yugo caciquil y de la inconsecuencia y desatención del Poder público.

Ignoro si en algo de lo conseguido desde el grito de Almarza, en Haro, hasta la fecha, influyeron mis muchos y sendos artículos, propagandistas y estimulantes de la unión que hoy se pretende, como el siguiente (*siempre de actualidad*), publicado en *Federación Sanitaria*, en 1921:

#### "COMPAÑEROS SANITARIOS

En mi anterior artículo prometí ocuparme de la verdadera importancia que la UNION tiene en todos los órdenes y elementos de la existencia, tratando de demostrar que la fuerza, desplegada por acumulación de otras que se atraen, representa la suma de todas y, combinadas en acción conjunta, establecían en la Naturaleza las poderosas e inmutables leyes de la gravitación universal.

En efecto: poco significa en el aislamiento una gota de agua: apenas si ofrece resistencia para interceptar el vuelo de un mosquito; pero unida a otra gota, y las dos a innumerables trillones de trillones, forman el vastísimo cuerpo líquido que conocemos con el nombre de Océano. Y ese Océano, esas gotas de agua íntimamente unidas, en sus oleadas prerocóquicas o en corrientes submarinas como la caldeada del Gul-Strean, tienen la sobrada incalculable energía para vencer la mayor resistencia de los motores más poderosos.

En el estado de vapor y encerrada en una caldera, el empuje de su elactividad o expansiva fuerza hace mover los émbolos pesados que pueda utilizar la mecánica, poniendo en acelerado movimiento máquinas y artefactos tan vigorosos que causan admiración contemplativa.

Si examinamos el agua transformada en nieve en las crestas de las altas cordilleras, como los Alpes y Monte Blanco, veremos que, movido por el viento, un pequeño copo o estrella que se desprenda de su cima se une a otras, que arrastra en su descenso vertiginoso, y así caminan engrosando la bola, hasta formar la vastísima mole o alud que a veces sepulta caseríos, arracando bosques de árboles y ocasionando numerosas víctimas.

En el estado de hielo de los mares del Norte, se desprenden témpanos a manera de montañas flotantes que marchan hacia el Sur, estableciendo la contracorriente del Gul-Strean, llegando majestuosos e imponentes hasta el banco de Terranova, donde se liquidan, remolineando al choque y calor de la dicha corriente. ¡Desgraciado el buque que tropiece con una de esas cristalizadas moles! El "Titanic" conoció sus efectos. Tal es el poderoso empuje de la íntima UNION de gotas de agua.

La atmósfera, que el oxígeno y nitrógeno, dos gases mezclados, establecen para envolver nuestro globo, es un fluido gaseoso, ordinariamente tranquilo y apacible. Esta atmósfera o aire, que, descompuesta por la aspiración verificada en los pulmones y poros cutáneos, para aprovechar el oxígeno purificador de la sangre y comburante del carbono de los vasos capilares, para sostener el calor de los cuerpos por medio de la combustión orgánica, es el ajuste del movimiento y de la fuerza.

Esto es: el impulsor mecanoquímico de la vitalidad. Pues bien: antes de sufrir tales transformaciones, la atmósfera en sí, cuando, por efecto de la diferencia de temperatura, buscan sus moléculas la nivelación, agrupándose más íntimamente, establecen los vientos alisios, que, aumentando en velocidad, se convierten en huracanes y ciclones, a que no resisten ni edificios, ni torres, ni arbolados.

Un ligero trenzado de cabellos nos opone la inverosímil resistencia de no poder romperlo ni arrancarlo cuando todos están unidos, mientras que, aislados uno tras otro, al primer tirón se arrancan o se rompen."

De lo que la fuerza de la UNION representa, pudiéramos presentar miles de ejemplos y enseñanzas en todos los órdenes de lo existente, para demostrar que un par de fuerzas *unidas* determinan doble empuje que una sola, y que muchas resistencias forman la totalidad de su fortaleza. Y como lo que ocurre en el orden físico-químico debe ocurrir también en el moral e intelectual, si logramos que se unan las fuerzas de nuestra voluntad, actividad e inteligencia, lograremos obtener una tan grande, que nos sobre después de imponer al Poder público la norma, para con las clases sanitarias, del deber, de la equidad y de la justicia.

Ahora bien: ¿conseguiremos *unir* nuestros miles de fuerzas? Con noble voluntad, muy fácilmente, puesto que de nosotros depende en absoluto. ¿Cómo? Reconociendo que el egoísmo y el amor propio forman la patogenia del mal que perturba la conciencia, doblegando la rectitud de los hombres en todas las esferas de su actividad.

En la esfera sanitaria, más que en otras, es en donde ese amor propio y egoísmo destella con ráfagas tan ostensibles, exteriorizadas por la envidia y rencor de nuestros actos, que, inconscientes, dejamos nutrirse de ellas, puesto que de ellas vive y crece el organismo caciquil, menguando nuestra sabia profesional, con desprestigio de nuestra misión humanitaria.

Algo se adelanta en el sentido de acortar la dieta de que se nutre el caciquismo, pero no morirá mientras no sea absoluta o le apliquemos el tósigo de nuestra regeneración, suministrado en perlas de dignidad, de firmeza, de compañerismo y de virtud societaria, único compuesto que ha de librarnos de sus voraces inclinaciones. Pero mientras haya en nuestra clase egoístas envidiosos a quienes duela el provecho y la estimación del compañero, haciendo, para evitarle tal satisfacción, causa común con los enemigos de éste, los halague y se preste voluntario a sus manejos, ni el caciquismo muere ni nosotros vivimos, porque son incompatibles las dos existencias, como lo es, ante tales procedimientos, nuestra decorosa emancipación.

Si tuviésemos hábitos de sociabilidad médica, que implican el respeto y defensa del compañero mal considerado, no abusarían los pueblos, una vez convencidos de la imposibilidad de luchar contra toda la clase *unida*, y depodrían su actitud amenazadora, acostumbándose a pagar fielmente, como a guardar a todos el respeto y consideración a que no están acostumbrados.

Despertemos, pues, de nuestra letargia perezosa, compañeros. Si nuestra insensibilidad comatosa necesita de estímulos febriles que aceleren las pulsaciones y eleven la térmica de nuestro orgullo profesional, ninguno más poderoso, más indicado ni más oportuno que prescindir





# DRENOL

ASOCIACION DE SULFATO MAGNESICO  
PEPTONA Y MENTA

Indicadísimo para las  
afecciones hepáticas y  
vías biliares en general



INSUSTITUIBLE PORQUE:

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



# DRENOL

Fábrica de Productos Químicos y Farmacéuticos

**ABELLO**

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

AGENTES EXCLUSIVOS PARA ESPAÑA:

**Hijos de HONORIO RIESGO, S. A.**

CALLE MAYOR, 7, MADRID

# Bad-Nauheim

**Alemania**

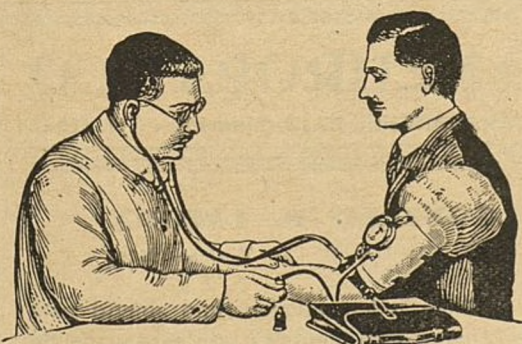
(A 38 Km. DE FRANCFORT d/M)

**DELICIOSO BALNEARIO ALEMAN**, sin rival para el tratamiento de las **ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO** (corazón y vasos) y del **REUMATISMO**.

Diversas distracciones; campos de golf, de tennis, de tiro, etc., etc.

**REBAJA DEL 60 %** en los ferrocarriles alemanes © **GRANDES VENTAJAS OFRECEN LOS MARCOS REGISTRADOS**

Para toda clase de informaciones dirigirse a la Administración del Balneario (Kurverwaltung) de Bad-Nauheim, a las Agencias de Viajes, o a las Oficinas de los Ferrocarriles Alemanes, y en Madrid, a la Oficina de Información Turística, Alcalá, 42.



# "OSCILOFON"

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

**OSCILATORIO, AUSCULTATORIO Y PALPATORIO**

LA CASA EXCLUSIVAMENTE DE LOS MEDICOS  
INSTRUMENTAL Y MOBILIARIO CLINICO

**LA COOPERACION MEDICA ESPAÑOLA**

VISITE NUESTRO ALMACEN  
ANTES DE HACER SUS COMPRAS

**Apartado 406 - MADRID - Mayor, 21, moderno**



# Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

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

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

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

**FORMAS FARMACÉUTICAS :**

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

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

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

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

*Se halla en todas las buenas farmacias.*

Concesionarios Generales  
para la Exportación :  
André GUERBET & C<sup>ie</sup>  
22, Rue du Landy  
Saint-Ouen - París

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

**LIPIODOL  
LAFAY**

En España : Sr. Juan MARTIN, Calle de Alcalá, 9,  
Madrid y Consejo de Ciento, 341, Barcelona.

Islas Canarias : B. APOLINARIO Farmaceutico, Las Palmas.

## LABORATORIOS CAMPOS FILLOL VALENCIA

### LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal

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

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día

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

### LACTOBULGARINA

## CESTONA AGUAS Y BALNEARIO DE CESTONA (S. A.) GUIPUZCOA (cerca de San Sebastián) EL CARLSBAD DE ESPAÑA

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

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

TEMPORADA OFICIAL: DE 15 DE JUNIO A 30 DE SEPTIEMBRE

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

Pídanse noticias directamente a CESTONA (Guipúzcoa)



## SANATORIO NEUROPATICO

Calle de Pablo Iglesias, 52 - CARABANCHEL BAJO (Madrid) - Tel. 116 C.

**Director: Dr. GONZALO R. LAFORA**

Plaza de la Independencia, 8 • MADRID • Teléfono 11380

Sanatorio con tres edificios y jardines independientes; uno abierto para enfermos nerviosos y otros dos cerrados para mentales, con separación de ambos sexos.—Tratamientos modernos.—Cuatro médicos; dos internos.

PIDANSE REGLAMENTOS A LA ADMINISTRACION

Ayuntamiento de Madrid



de personalismos y rencillas, sino que, atentos sólo al engrandecimiento de una clase noble, liberal, laboriosa e inteligente, procuremos unirnos en círculo apretado, porque sólo la verdadera UNION, que de buena fe debemos todos ostentar en defensa de nuestra natural y noble independencia, es el ajuste poderoso que ha de arrancarnos de las garras del caciquismo, del abandono gubernamental y de la incultura pueblerina.

Con la unión y libre ejercicio de la intelectualidad sanitaria, una vez redimidos podremos redimir a los Gobiernos de su actuación arcaica y antipatriótica, a los pueblos de su crasa ignorancia, que los hace juguetes de la ambición soberbia de los caciques, y a éstos, de la falta de educación social, para poder ponerse al habla con los profesionales de la ciencia de Esculapio.

WENCESLAO BORRACHERO.

## DE COMPLETO ACUERDO

Aun cuando lo último publicado en este mismo periódico bajo mi modesto nombre, por no tener la pretensión de que pudiera dar ocasión a promover movimientos de opinión profesional que mereciera, por este aspecto, la intervención del presidente de la Asociación Oficial de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria, y, por lo tanto, tampoco la de creer que el notabilísimo trabajo suyo, "Los médicos titulares y la ley de Coordinación Sanitaria", fuera en contestación al modestísimo mío, "Ya es mucho esperar", publicados ambos en *La Voz Médica* y en *EL SIGLO MEDICO*, no puedo menos de felicitarle muy sinceramente por haber coincidido con nuestro ilustre presidente en apreciar la necesidad de poner de relieve ante los médicos titulares las gestiones de la Asociación a conseguir el exacto cumplimiento de la ley de Coordinación Sanitaria, por lo que la clase médica le quedará muy reconocido, dándonos con ello la certeza, que ya flotaba en el ánimo de los médicos titulares, de que la meta de sus justas aspiraciones todavía estaba muy lejos.

Por consiguiente, estamos de completo acuerdo. Y aunque sigo manteniendo los puntos de vista que exponía en mi anterior artículo—puesto que la buena aplicación del Reglamento tiene suma importancia—, dando una prueba de disciplina, que no creo haber roto nunca, y por si al escribirse el artículo presidencial se pudiera haber tenido en cuenta el por mí firmado, nuestro ilustre presidente puede estar seguro que, enemigo por naturaleza de todo lo que no sea el cumplimiento del deber, seguiré en lo sucesivo, como lo vengo haciendo desde hace diez o doce años que escribo en la Prensa profesional, no rozando en mis escritos puntos que puedan contribuir lo más mínimo a la descomposición de la unión de los médicos titulares, pues soy el primero en reconocer la imperiosa necesidad de sostener la más perfecta cohesión dentro de la Asociación de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria y de los médicos en general, sin perjuicio, claro está, de la crítica de las cosas que, a mi juicio, merezcan ser tratadas, al objeto de poner de manifiesto las necesidades de los médicos titulares, en relación con el ejercicio profesional, por cuanto creemos sea este uno de los fines de toda Prensa puesta al servicio de una colectividad.

SANTIAGO FERNÁNDEZ DE VELASCO.

## Casa Salud de Santa Cristina, Escuela Oficial de Matronas

### Curso de Obstetricia para médicos

Se abre una matrícula para este curso, que será dado por el personal médico de la Casa, bajo la dirección del Prof. Sr. Varela Radío.

El curso, que comenzará el día 18 de mayo próximo, durará cuatro semanas, y comprenderá:

1.º Curso sistemático de diagnóstico y operaciones obstétricas en el maniquí.

2.º Prácticas de palpación y tacto de embarazadas y parturientes.

3.º Asistencia a los partos normales y patológicos que ocurran en la clínica, distribuyéndose para ello los alumnos que lo deseen en turnos, que harán guardias de veinticuatro horas.

4.º Lecciones clínicas de Obstetricia y Ginecología, con participación de los cursillistas en las operaciones.

5.º Lecciones teóricas sobre asuntos de la especialidad, que se elegirán de acuerdo con los inscritos y según sus manifestaciones y deseos.

Número máximo de inscripciones, 20.

Derechos de matrícula, 250 pesetas.

Para más detalles y para hacer las inscripciones, dirigirse a la Administración de la Casa de Maternidad de Santa Cristina, calle de O'Donnell, 55, MADRID.

## Asociación Internacional de Profilaxis de la Ceguera

La Asamblea general de ésta y de la Organización Internacional contra el tracoma se reunirán en París el lunes, 11 del próximo mayo, en el Gran Anfiteatro Marcelino Berthelot, 28 bis, Rue de Saint-Dominique.

En la misma se tratarán temas de gran importancia por los Profs. Lapersonne, Park-Lewis, Terrien, Wilson, Mac Callan y Harman.

Todos aquellos médicos interesados por estas Asambleas deben dirigirse en demanda de datos a la Secretaría general de la Asociación Internacional de la Profilaxis de la Ceguera, situada en el número 66 del Boulevard Saint-Michel, de París.

## OBRAS RECIBIDAS

"Las prescripciones del médico práctico.—Ediciones de B. Médico-Latina, por numerosos profesores franceses.

"Thérapeutique de L'Ulcere Gastro-Duodénal".—Doctores Gatellier y Mautier.—Edit. Masson.

"El ruido en los medios urbanos".—Rodríguez Berceuelo. (Folleto.)

"El tratamiento del cáncer en la práctica diaria".—Alfredo Neumann.—Edit. Marín.

"L'Homme cet inconnu".—Dr. Alexis Carrel.—Edition Plon.—París, 1935.

Sirva esta nota tan sólo de acuse de recibo a los editores que amablemente nos envían sus obras, ya que en números sucesivos irán apareciendo las correspondientes notas bibliográficas de los mismos.

## SECCION OFICIAL

"GACETA" DEL 15 DE ABRIL:

Ministerio de Justicia.—Se halla vacante en el Juzgado de Primera Instancia e Instrucción número 5, de



Madrid, la plaza de médico forense, que ha de proveerse entre sustitutos de forense de la misma categoría.

Instancias, hasta el 16 de mayo.

"GACETA" DEL 19 DE ABRIL:

*Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión.*—Este Ministerio ha tenido a bien acordar que deje de regir desde la aparición de esta Orden en la *Gaceta de Madrid* la de fecha de 18 de mayo de 1935, por la que se dictaban reglas para la asistencia médica en los balnearios, estándose en todo lo referente al Cuerpo de Médicos de Baños y provisión de Direcciones médicas en los Establecimientos balnearios que no estén cubiertas por médicos de dicho Cuerpo a lo que previene el Estatuto de 25 de abril de 1928 y las Ordenes aclaratorias del mismo dictadas con anterioridad a la mencionada Orden de 18 de mayo último, que queda sin efecto en todos sus extremos.

Madrid, 17 de abril de 1936.

"GACETA" DEL 21 DE ABRIL:

*Ministerio de Justicia.*—Se hallan vacantes las forensías de Motril, de ascenso, y San Roque, de término, a proveer por traslación. Instancias, en quince días.

"GACETA" DEL 22 DE ABRIL:

*Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión.*—*Médicos de Baños.*—Ilmo. Sr.: Dispuesto por Orden fecha 9 de marzo último que se anunciase concurso para proveer entre médicos del Cuerpo de Baños las Direcciones médicas de los Establecimientos balnearios que se encontrasen vacantes, las que pudieran quedar hasta la fecha del concurso y las que durante la celebración de éste resultasen, fué publicada con la misma fecha la procedente convocatoria, pero presentada reclamación contra ésta por algunos médicos del expresado Cuerpo,

Este Ministerio, de acuerdo con lo informado por la Asesoría jurídica, ha tenido a bien resolver:

1.º Que el expresado concurso tenga lugar el día 27 del actual, a las once de la mañana, en esa Subsecretaría.

2.º Que la convocatoria del mismo aparecida en la *Gaceta de Madrid* correspondiente al día 10 del próximo pasado mes de marzo se entiende modificada, en el sentido de que en el mencionado acto público, además de las plazas anunciadas, se cubrirán las sustituciones de los médicos jubilados por los Balnearios de Cestona (Guipúzcoa), Alhama de Aragón (Zaragoza), Marmolejo (Jaén), Arnedillo (Logroño), Lanjarón (Granada), Lugo (Lugo), Medina del Campo (Valladolid) y los de aquellos otros que se jubilasen antes de la celebración del concurso, con derecho a cobrar el 50 por 100 de los ingresos que por concepto de derechos sanitarios hubiere, debiendo, a tal fin, percibir estos derechos en su totalidad la Administración del Balneario, y después de abonar cada mes al médico sustituto el 50 por 100 de aquéllos, ingresará el otro 50 por 100 en la cuenta corriente abierta en el Banco de España a tal efecto, remitiendo a la Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia, dentro de los cinco primeros días de cada mes, la liquidación practicada de los ingresos percibidos durante el mes anterior, una relación de agüistas durante el mismo y resguardo del Banco de España acreditativo de haber verificado el ingreso de referencia.

3.º Que los médicos ya jubilados que lo deseen pueden acudir al concurso y solicitar plaza al efecto de mejorar de jubilación; y

4.º Que el reconocimiento de los médicos que excedan de setenta años que no se hubiere practicado se verifique el día 25 del presente mes, a las once de la mañana, en esa Subsecretaría por los médicos ya designados al efecto.

Lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos. Madrid, 18 de abril de 1936.

#### INSTITUTO DEL CANCER

La *Gaceta* del 22 publica las relaciones de los aspirantes a diversas plazas de este Instituto, cuyos concursos-oposición se convocaron recientemente, y el estado en que se encuentran las documentaciones respectivas.

"GACETA" DEL 25 DE ABRIL:

*Ministerio de Justicia.*—Se halla vacante la forensía de Daimiel, de la categoría de entrada, que ha de proveerse por traslación. Instancias, en el plazo de quince días.

"GACETA" DEL 29 DE ABRIL:

*Ministerio de Justicia.*—Se halla vacante la forensía de Alhama de Málaga, de la categoría de entrada, que ha de proveerse por traslación. Instancias, en el plazo de quince días.

#### GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

##### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 710,6; ídem mínima, 699,4; temperatura máxima, 20,8º; ídem mínima, 5,7º; vientos dominantes, O., N. y NE.

Durante la presente semana abundaron todavía las amigdalitis, con algunas complicaciones, principalmente otitis. Hubo también frecuentes infecciones intestinales colibacilares. Las que ya se habían iniciado antes han terminado su evolución en dos septenarios; las que aún no terminaron llevan un curso benigno.

En los niños subsiste el sarampión y la escarlatina. En varios casos el carácter del exantema de la segunda no fué típico, y ocasionó alguna confusión del primer diagnóstico, corregida luego por la evolución de la enfermedad y por el carácter de la misma en otros enfermitos, visiblemente contagiados del primero.

#### CRONICAS

**Bodas de plata.**—Los médicos que terminaron sus estudios el año de 1911, celebrarán sus Bodas de plata con la profesión en los días 22, 23 y 24 de mayo.

Diríjanse las adhesiones a "Vida Médica". Calle del Conde de Xiquena, 11. Madrid.

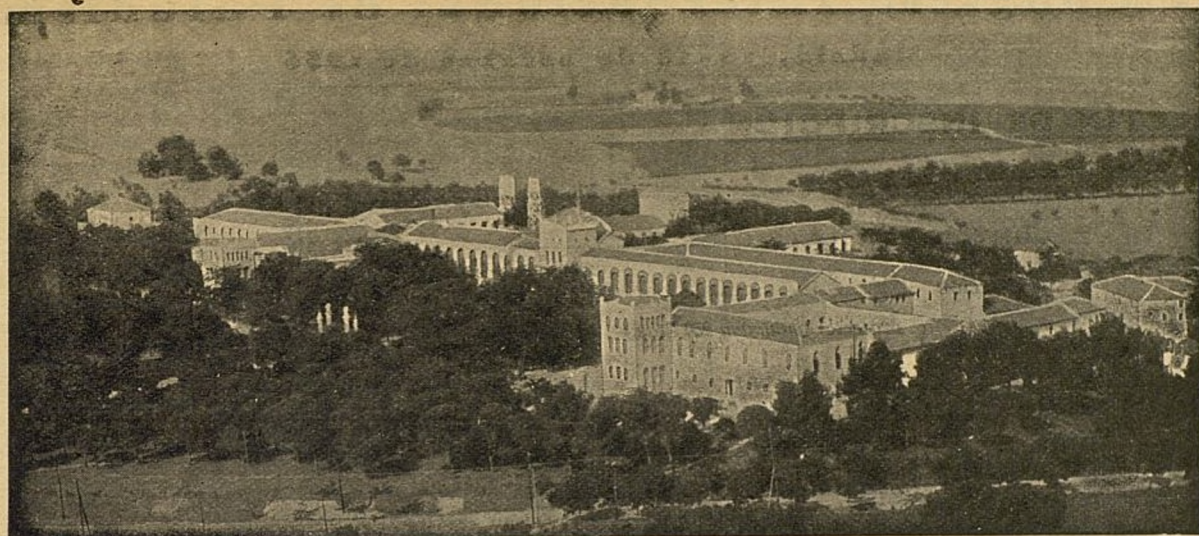
**Cosido** al periódico adjuntamos prospecto de "La Química Comercial Farmacéutica, S. A. Bayer", anunciando cuatro de sus productos.

**Permutaría titular** de segunda categoría en la región de Valencia, de una sola titular y de un solo médico, con buenos rendimientos, con otro compañero de esta categoría. Diríjanse para datos a la "Sección de Consultas y Servicios Anejos" de EL SIGLO MEDICO.—Apartado 121 (con las iniciales C. D.)—MADRID.

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

**Sil - Al** *Silicato de aluminio fisiológicamente puro*  
Laboratorio Gámir, VALENCIA - J. Gayoso, MADRID  
Bolaños y Aguilar (S. L.). Talleres Gráficos. Altamirano, 50. Madrid.





## SANATORIO PSIQUIATRICO ESQUERDO

FUNDADO EN 1877

PARA AMBOS SEXOS. CON SEPARACIÓN ABSOLUTA

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

TRATAMIENTOS MODERNOS ♦ CUATRO MÉDICOS INTERNOS

Director: JAIME ESQUERDO SAEZ

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

SANATORIO... { Carabanchel Alto  
Teléfono 20

## ¿Usa usted gafas?

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

### «Puntual Cuyás»

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

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

### «Luxtal»

que absorben los rayos infrarrojos sin colorear las imágenes.

SE FABRICAN EN TODAS LAS GRADUACIONES

PIDA FOLLETOS EXPLICATIVOS A TODOS LOS OPTICOS DE ESPAÑA

AGUAS MINERALES NATURALES  
DE

# CARABANÑA

«LA FAVORITA»

PURGANTES ~ DEPURATIVAS ~ ANTIBILIOSAS ~ ANTIHERPETICAS

PROPIETARIOS: HIJOS DE R. J. CHAVARRI

== MADRID ==

Ayuntamiento de Madrid



# III Congreso Internacional de Paludismo

Madrid, 12-18 de octubre de 1936

## BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

Apellidos y nombre .....

Título o cargo .....

Dirección .....

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

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

Envío por { cheque s. Madrid } pesetas .....  
giro postal

(Se ruega escribir con la mayor claridad.)

(Firma.)

Sr. D. Manuel G. Ferradas, Secretario del Comité Organizador del III Congreso Internacional de Paludismo.—Instituto Nacional de Sanidad.—Calle de Recoletos, 19.—MADRID, 6 (España).

## ○ PAN INTEGRAL INSOJA ○

EL PAN DE MAS ALTO VALOR NUTRITIVO Y SABOR AGRADABLE

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

**Panificadora de Usera**

Francisco Mora, núm. 40  
Teléfono 74548 - MADRID

IDIABÉTICOS! INATURISTAS! Pedirlo en Panaderías y establecimientos de régimen.

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

# Vías respiratorias

**JARABE FAMEL**  
a base de Lactocresota soluble

**ACCIÓN  
RÁPIDA  
Y  
SEGURA**

calma la tos  
facilita la expectoración  
reanima el estado general

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

## ORIGINALIDAD TERAPEUTICA

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

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

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

**Laboratorio EGABRO**

**CABRA (Córdoba) España.**



En el siglo XIX hay una época feliz para el Hospital, por la atención que la prestó la Diputación provincial por los años 1870 a 1880, atención, por entonces y después, enteramente desusada. De aquella época exis-

## S A R N A

Cúrase con **SULFURETO CABALLERO**

ten tres o cuatro Memorias que la Diputación mandó confeccionar y que son relato muy detallado de todo lo que se hacía, únicos documentos científicos ligados a la vida hospitalaria y que merecen un lejano, pero ferviente, recuerdo a aquella Corporación. Era presidente de la Diputación entonces Romera, y cito su nombre con gratitud. La lectura de estas Memorias es muy interesante, porque se hacen en ellas consideraciones, que hoy nos parecen tanto pueriles, acerca del gran aumento de los suicidios y enfermedades nerviosas que entonces se apreciaban; y lo atribuían los doctores «a la febril actividad de la vida moderna», que suponían había llegado ya a un límite de tensión que no se podría sobrepasar sin que, a la vuelta de pocos años, todos los habitantes de España enloquecieran o se suicidaran. Y aquello no era más que el comienzo de lo que es la vida actual, que ahora nos parece una especie de vértigo y, sin embargo, es también el comienzo de lo que llegará a ser dentro de unos decenios más. Aprendamos, por lo menos, a no asustarnos de nosotros mismos.

(Concluirá.)

## EL ORADOR CIENTÍFICO

Por el Prof. JEAN-LOUIS FAURE

(Adaptación de J. H. S.)

El lenguaje científico tiene su elocuencia, y el arte de bien hablar, o, mejor dicho, de convencer y hacer penetrar en el espíritu del auditorio las nociones que se tienen por verdaderas y las ideas que se creen justas, se encuentra en los sabios más a menudo que en hombres de cali-

patria, pero donde también existen los sueños y las pasiones.

No: lo que se pide al orador de esta clase es enseñar, convencer y hacer penetrar en el espíritu de los que le escuchan las verdades profundas que a nuestro alrededor hacen de la naturaleza inmortal que nos domina y nos aplasta, pero también a veces sabemos avasallar el inmenso y magnífico imperio donde el genio del hombre ha desplegado sus alas.

Es esto lo que da un alto valor a la enseñanza del hombre de ciencia, ya que éste tiene por principal objeto llevar a los hombres la verdad, esta verdad, que descansa, no sobre el frágil edificio de las convicciones políticas o los sueños metafísicos, sino sobre los fundamentos inquebrantables de las deducciones matemáticas, de la observación rigurosa o de la experimentación controlada. La enseñanza científica es, ante todo, una obra de verdad, de conciencia y de buena fe.

Si la Humanidad, después de un milenio de años, no ha podido ver

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

crecer en su alma las aspiraciones hacia el bien y las altas virtudes que son de todos los tiempos; si sufrimos ante el desorden moral que invade el mundo, sabemos, sin embargo, que se han llevado a cabo grandes cosas, las cuales elevan cada vez más al hombre hacia una existencia mejor.

Es por lo que tenemos el derecho, y aun mejor diremos el deber, de levantarnos con toda la fuerza de nuestra convicción contra esa frase impía sobre «falibilidad de la ciencia», y que desde hace cincuenta años ha quedado como un ultraje arrojado a la faz de los héroes de la inteligencia humana.

Y, sin embargo, en la época en que esta palabra sacrilega fué pronunciada, la maravillosa explosión científica del siglo XIX había cambiado la faz del mundo. Parecía que habíamos llegado a una altura insuperable, y he aquí, cómo apenas transcurrido medio siglo, hemos llegado a progresos inconcebibles.

Un hombre al que mis ojos han tenido el inmenso placer de ver ha aparecido un día en la tierra de Francia como el profeta de un nuevo mundo: ¡Pasteur, el gran Pasteur, ya que si la grandeza humana se mide con relación a los beneficios extendidos sobre la tierra, ningún

hombre en el curso de los siglos será jamás más grande que él!... Pasteur ha transformado las condiciones de la vida de los hombres. Y ahora, ved cómo, tras los milagros del siglo pasado, qué clase de mila-

## ARTE GRAFICO

Fotografado. Hortaleza, 21. Tel. 14623

Especialidad en trabajos para Laboratorios

gros y de hechos prodigiosos se desarrollan ante nosotros. Unos días bastan a los conquistadores del aire para ir de un extremo a otro de la tierra, atravesando sus desiertos y sus mares. Y nadie se extraña de oír en todos los pueblos del mundo la voz de un hombre dirigiéndose a todos ellos desde un confin apartado.

No: desde hace un siglo, y más aún desde hace cincuenta años, la ciencia—o, mejor dicho, las ciencias—, todas las ciencias, tanto las del cielo, que miden los astros, como las que penetran paso a paso en la vida, han levantado un monumento sublime a la gloria del espíritu humano.

¡Qué hermoso espectáculo es ver cómo un hombre domina el rumor de un pueblo por la profundidad de su verbo y la luz de sus ojos, llevándolo incluso al delirio! Es la elocuencia del tribuno popular que se levanta en el ágora o en la tribuna del Parlamento. Magnífico o devastador, puede conducir a aquellos igual a la salvación que al más terrible de los abismos.

Son estas emociones análogas a las que pueden sufrir los oradores del púlpito cuando sienten bajo el soplo de su palabra palpar en la sombra y el silencio a las multitudes prosternadas bajo las torres góticas y románicas de nuestras catedrales.

No vienen estos sentimientos a nosotros; incluso se siente palpar en el corazón el genio soberano del verbo. Pero si el hombre de ciencia no conoce los días supremos que dan el entusiasmo de las multitudes, siente en revancha satisfacciones más profundas, más sencillas y más

## STROPHANTUM PALLARES

Valoración biológica:

Un cc. contiene 2 1/2 miligramos de Estrofantina

dad espiritual y cultural algo más elevada del nivel común.

Lo que se pide al hombre de ciencia no es inflamar los corazones o arrastrar a las almas hacia las regiones superiores donde se encuentran ideas de fe, justicia, libertad

## SOPA DE AGRIMAX

Sopa de "Babeurre"

Leche parcialmente descremada y acidificada — con la adición de Hidratos de carbono —

Fábrica y Laboratorio de Productos Dietéticos  
MAX F. BERLOWITZ  
Apartado 595 Madrid

puras—tales las que dan a la conciencia la tranquilidad de haber trabajado por el bien de la Humanidad—y de haber hecho saber a muchos cuánto es el poder maravilloso de la razón y del culto a la verdad.

(De la *Revue Scientifique Umfia*.)



En el aniversario del Dos de Mayo de 1808

## Murat, o no hay deuda que no se pague

A las gloriosas víctimas de tan luctuosas jornadas.

## I

De la costa de Calabria, en puerto poco importante, al Ogro corso imitando quien le fuera traidor antes, Joaquín Murat desembarca con séquito no muy grande para el proyecto que abriga: volver a ser rey de Nápoles.

No halla buen recibimiento; los calabreses, leales a Fernando de Borbón, sus armas toman a escape, y hacia la playa, al intruso obligan a retirarse; pero el barco en que viniera se marchó sin esperarle, y hasta tiene la desgracia de que, al intentar fugarse en un bote, que allí en seco algún pescador dejare, se le enredan las espuelas, y en el mar de bruces cae,

### Jarabe Bebé.-Tetradinamo.-Septicemilol.-Purgantil (Jarabe de Frutas)

(Véase anuncio, página 1)

al mismo tiempo que suena la descarga formidable que a su amigo más querido la dulce vida arrebató.

## II

Calado y casi desnudo, en negra prisión le arrojan; y el que soñara ser rey, en un reo se transforma. Desde allí ve cual entierran, en improvisada fosa, al bello y joven Campana, su compañero de glorias, y en dos arroyos sus ojos convierte pena tan honda...

## III

También tú, en aciago día, y en nuestra vendida España, mandaste matar doncellas, muchachos casi en la infancia, que en un triste tres de mayo tumba en la Moncloa hallaran.

Si tu pecho acongojado esas memorias asaltan, la mano de un Dios severo verás en lo que te pasa; sabrás la verdad que encierra nuestra legendaria máxima: «No hay plazo que no se cumpla, y toda deuda se paga.»

## IV

Ordenes vienen del rey de que júzguenle al instante, y sólo le dan media hora para a morir prepararse.

### CARABAÑA: el mejor purgante

Contra el tribunal protesta, dice no puede juzgarle, pues está constituido por sencillos militares, y a él deben juzgarle reyes o, siquiera, mariscales.

Condenado ha sido a muerte, y, antes que llegue ese trance, los sacramentos admite, que se apresurara a darle un pobre cura de pueblo con quien de rey fuera amable.

De su mujer y sus hijos, en tierna carta, que sangre de su corazón destila, se despide, como padre amantísimo en extremo, y como esposo entrañable; y, cual postrero favor, a los que han de fusilarle pide mandar, y con clara y vigorosa voz lo hace, que en ese instante supremo se acuerda de que fué un Marte.

De ocho balas traspasado, su indómito cuerpo cae; queda el cadáver expuesto en un local colindante, y, antes de que se le entierre, portador de un pliego infame, ante el jefe comparece un sujeto despreciable, que fruncir le hace las cejas con el mensaje que trae; mas, sumiso a lo allí escrito, permite al propio encerrarse con el exánime cuerpo del que fuera rey de Nápoles. Breve rato permanece; y al salir para embarcarse, un bulto lleva en la mano que va rezumando sangre, y con el que desaparece al declinar de la tarde.

De allí a poco, y conduciendo tosco ataúd miserable, llega el pobre carpintero que tal oficio en Pizzo hace; y, al tratar de introducir en el féretro el cadáver, advierte, lleno de espanto, que sin cabeza aquél hallase; en la fosa deleznable sepultan, del que en España tantas víctimas causare.

Cuál recordaría entonces su espíritu inexorable aquella dura sentencia de un nuestro viejo romance: «No hay plazo que no se cumpla, ni deuda que no se pague.»

## V

No muchos años después fallecía el rey Fernando, el que tan poca piedad con Murat había usado.

En un armario secreto de su alcoba, se halló un frasco conteniendo una cabeza que él había conservado como una pieza anatómica, en alcohol, más de nueve años. Era el despojo sangriento que aquel innoble emisario le llevó de Pizzo el día en que a Murat fusilaron.

Crueldad sin ejemplo, impropia de quien fuera hijo y hermano del buen rey Carlos tercero y el bonachón Carlos cuarto. Pero, cual toda crueldad, sin castigo no ha quedado: Dios perdona muchas cosas, jamás actos inhumanos, siendo la piedad, como es, su atributo soberano ..

### ANTIPHLOGISTINE

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

Y el castigo lo ha tenido con el porvenir aciago que a sus hijos reservó un adverso y fatal hado: corta vida, infausta suerte, hasta verse desterrados de aquel nuevo paraíso que, su egregio antepasado, en mal hora separara del viejo solar hispano.

## VI

Cuando su nieto Francisco por siempre huía de Nápoles cediéndole al de Saboya florón tan inestimable, si recordó este episodio, de su casa otras maldades, pensaría en sus adentros que, en la lengua de sus padres, siglos ha que se halla escrito, porque no pueda olvidarse: «No hay plazo que no se cumpla, ni deuda que no se pague.»

NICASIO MARISCAL.

**DULCIMIDA**

PASTILLAS DE 0.03 gr.

**DULZOR DE RÉGIMEN**

LABORATORIOS MORATÓ

**TROMBYL**

COAGULANTE NACIONAL

LABORATORIOS MORATÓ



objetos próximos ni los lejanos. Se debe esta acción a la parálisis del motor ocular común.

El trastorno de la visión binocular procede de la diferente luminosidad de las imágenes retinianas de ambos ojos, ya que por la midriasis del ojo atropinizado penetran en él mayor cantidad de rayos luminosos. Intervienen también en este fenómeno la parálisis de la acomodación y el trastorno inmediato de que vamos a ocuparnos.

Es indudable que la retina del ojo sometido a la acción de la atropina pierde parte de su sensibilidad a la luz. Muchas veces, no resulta esto aparente, por confundirse con el defecto de visión consiguiente a la parálisis acomodadora; mas, si se hace desaparecer ésta momentáneamente, por efecto de la eserina, se observa una ambliopía que, en casos de atropinismo muy intenso, puede llegar a convertirse en verdadera amaurosis.

Debido a la dilatación del iris, los espacios de Fontana se cierran, y la filtración del humor acuoso queda entorpecida, con lo cual aumenta la tensión intraocular.

La acción de la atropina sobre el aparato circulatorio es sumamente variable. Lo primero que se observa es lentitud del pulso, la cual desaparece al cabo de un período siempre muy corto, y tanto más cuanto más alta haya sido la dosis, apareciendo enseguida taquicardia, y es porque el medicamento, sin atacar directamente al corazón, paraliza el nervio neumogástrico que conduce a él las órdenes de moderación. Además, los capilares se contraen, lo cual, unido a la taquicardia, produce un aumento de tensión sanguínea.

Si la dosis es muy elevada, pronto ceden estos fenómenos a una debilidad cardíaca, que termina por parada del corazón en diástole. Hasta ahora no ha servido su acción sobre el aparato circulatorio para establecer indicaciones terminantes. No obstante, se ha empleado a dosis pequeñas en los extrasístoles. Su acción es inconstante y fugaz. También se ha recetado en la bradi-

#### Ovulos:

Acetanilida .....	1 gr.
Tanino .....	50 centig.
Extracto de beleño.....	25 —
Glicerina gelatinizada.....	C. S.

Para un óvulo vaginal. Se aplican dos a cuatro al día. Indicación: vaginitis.

#### Píldoras:

Clorhidrato de morfina.....	10 centig.
Extracto de beleño.....	aa 25 centig.
Extracto de belladona.....	
Bálsamo de tolú.....	3 gr.

M. y d. en 50 píldoras. Para tomar una cada hora. Indicación: gastralgia, bulimia, botriocefalitis.

Bromhidrato de quinina.....	1 gr.
Extracto tebaico.....	5 a 10 centig.
Extracto alcalino de hojas de beleño .....	10 a 30 —

M. y d. en 10 píldoras. Para tomar cuatro a cinco al día. Indicación: neuralgias.

#### Poción:

Bromuro potásico.....	2 gr.
Extracto alcalino de hojas de beleño .....	6 —
Hidrolato de laurel-cerezo.....	10 cc.
Jarabe tebaico.....	aa 25 cc.
Jarabe de tolú.....	
Infusión de capilaria c. s. p.....	180 cc.

H. s. a. Para tomar una cucharada de las de sopa cada hora o cada dos horas. Indicación: bronquitis aguda con tos intensa.



BELLADONA Y ATROPINA

La belladona es una planta del grupo de las solanáceas virosas.

Su principio activo es la atropina, que no se emplea en substancia, sino en forma de sales, especialmente el sulfato.

Dicho sulfato es un polvo blanco muy soluble en agua, y ésta es su principal ventaja.

Las soluciones de sulfato de atropina y los preparados de belladona se absorben con facilidad por las mucosas y por el tejido celular subcutáneo.

La absorción por la piel llega a realizarse, aunque en pequeño grado, por la imbibición del dermis, y se manifiesta por parálisis de las glándulas sudoríparas, y algunas veces, si la aplicación se hace friccionando la piel de la frente, por dilatación pupilar. La eliminación se verifica por la orina, y es tan rápida, que a las veinticuatro horas ya se puede considerar completa.

La atropina produce sus efectos a la dosis de un miligramo o dos. La administración de cinco miligramos puede causar ya efectos graves en el hombre. Es muy variable la resistencia que para la belladona presentan los distintos animales, y aun en la especie humana, unos individuos respecto a otros, sin que se pueda explicar de modo satisfactorio.

La belladona actúa sobre el sistema nervioso, excitando los centros y paralizando los nervios periféricos. El cerebro reacciona poco a las dosis pequeñas y medianas; las dosis fuertes provocan en un principio excitación, seguida al cabo de algún tiempo de depresión, tanto más intensa cuanto más grave sea la intoxicación, y que suele acabar por la muerte. La medula espinal reacciona de un modo parecido, primero, por excitación, que se manifiesta por aumento del poder reflejo, y después, por depresión, caracterizada por disminución del mismo poder reflejo. Las convulsiones observadas en el

último período se deben a la asfixia, y se producen por acumulación de anhídrido carbónico en la sangre. Respecto al período de excitación del principio, pudiera deberse a la mayor facilidad que tienen los reflejos para producirse en una medula debilitada. Los nervios periféricos responden de un modo complejo a la belladona y atropina; los sensitivos son embotados, pero sin que se produzca analgesia general, sino local, y esto cuando la atropina se pone en contacto directo con los filetes en que se origina el dolor. No obstante, se citan algunos casos de analgesia localizada por ingestión de bayas de belladona, y, además, es corriente ver cesar bajo su influencia la tos y los vómitos. Por lo que toca a los nervios motores, no son atacados, y permanecen excitables, así como los músculos, durante todo el tiempo que duran los efectos del medicamento. Las fibras musculares lisas son excitadas por las dosis pequeñas, y, por el contrario, sufren parálisis bajo el influjo de las dosis grandes.

La acción más importante de la belladona y de su alcaloide principal, la atropina, paraliza la acomodación, produce un trastorno de la visión binocular, algo de anestesia retiniana y aumento de la tensión intraocular. La dilatación pupilar o midriasis es apreciable a los diez minutos de la instilación de un colirio de sulfato de atropina. La dosis suficiente para producirla puede ser infinitesimal; unas gotas de un colirio al 1 por 1.000 son suficientes, pero la dilatación es en este caso ligera y fugaz. Aunque no sea cuestión terminantemente resuelta, es preciso admitir, dado el estado actual de nuestros conocimientos, que la midriasis se produce por excitación del simpático, el cual hace contraerse las fibras del músculo dilatador del iris. Contribuyen a producir la midriasis la anestesia retiniana y una ligera anestesia que produce sobre el trigémino.

La parálisis de la acomodación convierte al ojo emétrope en hipermétrope, el miope sufre un aumento tal de su defecto, que el enfermo que la padece no ve los



## Grandes Almacenes y Bazares Médicos

### LA ESTRELLA ROJA

Hijos de DOMINGO QUERALTÓ

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

SEVILLA  
Pi y Margall, 9

MADRID  
Fuencarral, 39

D. Antonio González López, pagado fin diciembre de 1936.

D. Mateo Santos de Cossio, ídem íd.

D. Juan José Zatarain, ídem íd.

D. Manuel Álvarez López, ídem íd.

Colegio Oficial de Médicos de Cádiz, ídem íd.

D. Juan Martínez, ídem íd.

D. Mariano Miota, ídem íd.

D. Ernesto Bedate, ídem íd.

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

**CANFORETIL B. MARTIN**

(Nombre registrado)

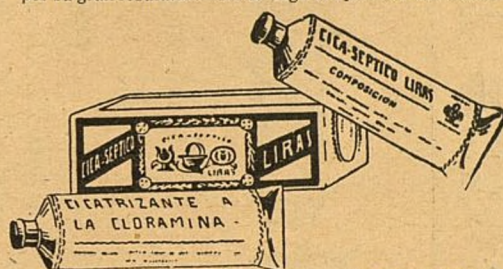
(Solución etéreo-oleosa de alcanfor puro del Japón)

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

D. Agapito Sanjuán, ídem íd.  
D. Leandro Pastor, ídem íd.  
D. Antonio Sánchez González, ídem íd.  
D. Apolinar Muriel Gallo, ídem íd.  
D. Antonio Parte, ídem íd.  
D. Eugenio Avila, ídem íd.  
D. Salvador Tena, ídem íd.  
D. José Cordero Soroa, ídem íd.  
D. Pablo Sánchez Tomé, ídem íd.  
D. Joaquín Vara, ídem íd.  
D. Arcadio Domínguez, ídem íd.  
D. Juan Barbería Vázquez, ídem íd.  
D. Hipólito García Ochoa, ídem íd.  
D. Antonio Daniel Sáez, ídem íd.

## CICA-SEPTICO LIRAS

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



### CICATRIZANTE A LA CLORAMINA

Muy eficaz en casos idénticos y se prefiere Cloramina En Centros Farmacéuticos y Farmacias surtidas.

Muestras a médicos.—Laboratorios Liras.—Burgos Villadiego

D. Teodoro Barbero Hernández, ídem íd.  
D. Manuel Romero Gallardo, ídem íd.  
D. Tomás Pedraz, ídem íd.  
D. Dámaso Sáiz, pagado fin enero 1937.  
D. Moisés Martín Clavería, ídem fin diciembre 1936.  
D. Federico Torrente, ídem íd.  
D. Tomás Ruipérez, ídem íd.  
D. Luis de Juana, ídem íd.  
D. Cesáreo Valverde, ídem íd.  
D. Federico Martí Esponda, ídem íd.  
D. Dionisio Martín, ídem íd.  
D. Manuel Pérez Fernández, ídem íd.

(Continuará.)

## HIGIENE DE LOS OJOS



## OFTALMOL

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

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

EL FRASCO LLEVA UNA BANERITA

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

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

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

## SANATORIO PEÑA-CASTILLO SANTANDER

Destinado a enfermos del aparato digestivo, nutrición y sistema nervioso

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

Sección de toxicómanos.

Director, EXCMO. SR. D. M. MORALES

“HOZNAYO”.—LA MEJOR AGUA DE MESA



## TERAPEUTICA DE LAS ALTERACIONES MENSTRUALES

# Ovariofono

### COMPOSICION:

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

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

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

# Hemostono

### COMPOSICION:

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

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

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

## Laboratorio Biológico LÓPEZ-BREA

### León XIII, 7

### Barcelona (S. C.)