

REVISTA CLINICA CASTELLANA

AÑO I

SEPTIEMBRE 1932

NÚM. 9

Suscripción: Un año 18 ptas. (Estudiantes, 16 ptas.)

COMITÉ DIRECTIVO

- Dr. **Andrés Bueno**, Prof. auxiliar de Medicina legal, de la Facultad de Medicina.
Dr. **Bañuelos**, Catedrático de Patología Médica, de la Facultad de Medicina.
Dr. **Cilleruelo**, Oftalmólogo, de la Clínica del Profesor Lagrange (de Burdeos), de la Facultad de Medicina.
Dr. **Gavilán**, Laringólogo, Profesor de la Facultad de Medicina.
Dr. **Ledo**, Dermo-sifiliógrafo.
Dr. **Morales**, Catedrático de Patología Quirúrgica, de la Facultad de Medicina.
Dr. **Villacián**, del Manicomio Provincial.

REDACTOR JEFE

Dr. Royo-Villanova Morales,
Catedrático de Medicina Legal.

SECRETARIO DE REDACCIÓN

Dr. Baena Baena

CUERPO DE REDACCIÓN

- Dr. **Argüelles**, Catedrático de Clínica Quirúrgica, de la Facultad de Medicina.
Dr. **Casas**, Catedrático de Patología general, de la Facultad de Medicina.
Dr. **Costero**, Catedrático de Histología normal y patológica, de la Facultad de Medicina.
Dr. **Cuadrado**, Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.
Dr. **G. Calvo (V.)**, Profesor de Patología general, de la Facultad de Medicina.
Dr. **G. Calvo**, del Servicio antivenéreo (Sevilla.)
Dr. **Pardo**, Radiólogo de la Facultad de Medicina.
Dr. **Querol**, Profesor auxiliar, de la Facultad de Medicina.
Dr. **Sáez**, Inspector Municipal de Sanidad.
Dr. **E. Salazar**, de la Maternidad de Pamplona.
Dr. **Suárez**, Profesor auxiliar de Histoquímica, de la Facultad de Medicina.
Dr. **Vidal Jordana**, Catedrático de Clínica Pediátrica, de la Facultad de Medicina.
Dr. **de la Villa**, Catedrático de Obstetricia y Ginecología, de la Facultad de Medicina.
Dr. **Villegas**, Profesor auxiliar, de la Facultad de Medicina.
Dr. **Zapatero**, Profesor auxiliar de Higiene y Bacteriología.

REDACTORES-DELEGADOS

- Barcelona.—Dr. X. Vilanova.
Burgos.—Dr. C. Martín, del Hospital Provincial.
León.—
Logroño.—Dr. Azpeitia Iglesias.
Madrid.—Dr. Barrio de Medina, del «Instituto Rubio», Profesor de Dermatología
Palencia.—Dr. Martín Escobar, del Hospital Provincial.
Salamanca.—Dr. Calama, Publicista.
Santander.—Dr. Díaz-Caneja, Director de la Casa de Salud Valdecilla.
Sevilla.—Dr. J. Andreu Urra, Catedrático de Patología Médica.
Soria.—Dr. Calvo Melendro, Director del Hospital Provincial.
Vitoria.—Dr. A. Villacián, del Hospital Provincial.
Zamora.—Dr. Dacio Crespo, del Hospital Provincial.

BOROLUMYL

FÓRMULA: TARTRATO BÓRICO POTÁSICO, FENIL-ETIL-MALONILUREA, CAFEINA, BELLADONA ETC.

INDICACIONES

EPILEPSIA

VOMITOS DEL EMBARAZO
ECLAMPSIA, COREA

HISTERISMO Y OTRAS AFECIONES DEL SISTEMA NERVIOSO

GRAJEAS DE

YODUROS BERN-K.Y Na.

SIN YODISMO

Dosificadas a 25 Centigramos

Tratamiento Científico y Radical de las
VARICES, FLEBITIS

Hemorroides y Atonías de los vasos por las
GRAJEAS DE

Dirigirse para muestras y Literatura al Autor: LABORATORIO BENEYTO Apartº 648-MADRID

VARI-FLEBOL

FÓRMULA: HAMAMELIS, CUPRESUS, CASTAÑO DE INDIAS, CITRATO SÓDICO, TIROIDES, HIPOFISIS, CAP. SUPRARRENALES ETC.

Preparaciones ETHOS

TERMOTONA

Injectable de quinina pura, completamente indoloro, inyección intramuscular e intravenosa. **CURA radicalmente PALUDISMO**; de aplicación en la Gripe, Pneumonías, Fiebres Tíficas y Paratíficas.

FÓRMULA { Quinina pura 0,21 grs.
{ Astenol 0,0135 »

SUERO ESPAÑA

Injectable ferruginoso, indoloro, indicado en las Anemias, Cloro Anemias, Astenias, etc. Con resultados sorprendentes que se observan desde las primeras inyecciones.

FÓRMULA { Astenol 0,012 grs.
{ Acido glicerosfosfórico 0,046 »
{ Acido cacodílico 0,030 »
{ Hierro asimilable 0,002 »
{ Glicerosfosfato estricnico 1¼ millg.

FOSFOVITÓGENO

Tónico reconstituyente, de sabor agradabilísimo. **NEURASTENIA** y en general las mismas indicaciones que el Suero España.

N. B.-Estos preparados pueden utilizarse sin inconveniente alguno en los niños de corta edad.

Para muestras y literatura, dirigirse "LABORATORIOS ETHOS"

M. CALVO CRIADO, Farmacéutico, VALLADOLID

SUMARIO

ARTÍCULOS ORIGINALES

Un caso de esplenomegalia tipo Gaucher, por Felipe Alonso F. Cortés.

Pronóstico y evolución de la tuberculosis laringea, por el doctor F. Barrua Ortigosa.

Dosificación y regularidad en la anestesia general, por el doctor A. Pelegrín y A. Martín Yarza.

CRÓNICA DE SIFILIOGRAFÍA. *Las reacciones de Bordet Wassermann irreductibles*, por el doctor Eduardo Ledo.

REVISTA DE REVISTAS

Neurología y Psiquiatría, por J. M.^a Villacián.

Cardiología, por F. Andreu Urrea.

Dermatología y Sifiliografía, por E. Ledo.

Obstetricia y Ginecología, por Villegas.

Higiene y Bacteriología, por el doctor E. Zapatero.

BIBLIOGRAFÍA, por los doctores E. Ledo, F. Andreu y F. Escribano.

MEDICINA PROFESIONAL Y SOCIAL

El problema social del aborto provocado, por Leopoldo Cortejoso.

La inclinación de la juventud hacia los estudios médicos, por Ricardo Royo-Villanova y Morales.

CRÓNICA REGIONAL

CRÓNICA NACIONAL

CRÓNICA INTERNACIONAL

Colaboradores del primer semestre

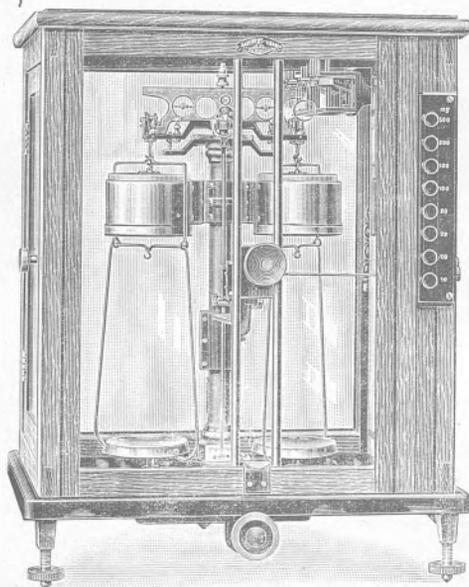
Andrés Bueno, V. / Andreu Urrea, J. / Argüelles, R. / Arróspide, Alvarez, R. / Bañuelos, M. / Barrio de Medina, J. / Baena Baena V. / Calvo Melendro, J. / Cano Santacana / Casas, J. Cilleruelo, J. / Colmeiro Laforet / Corzo / Cuadrado, F. / Durruty Romay / Echevarría / G. Gómez-Sigler / García Lorenzana, F. / Gavilán, M. / G. Maroto, J. M.^a / Ledo, E. / Martínez Sagarra, J. M.^a / Quemada Blanco / Royo-Villanova y Morales, R. / Sáez, L. / Sebastián Herrador / Villacián, A. / Villacián, J. M.^a / Zapatero, E.

CASA ALVAREZ

MATERIAL CIENTÍFICO

Representante general y Depositario para España y sus Colonias

de las Casas E. LEITZ, de Wetzlar } ALEMANIA
y F. M. LAUTENSCHLAGER }



Balanza de precisión SARTORIUS, modelo D. 3, con amortiguadores de aire, lupa de lectura y dispositivo exterior para pesadas rápidas.

: Instalaciones completas de LABORATORIOS, CLÍNICAS HOSPITALES Y CENTROS DE ENSEÑANZA

PRODUCTOS QUÍMICOS PUROS : MOBILIARIO CLÍNICO : INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO

MICROSCOPIOS LEITZ

MICRÓTOMOS LEITZ

COLORÍMETROS, NEFELÓMETROS Y POLARÍMETROS LEITZ

Electro-ionómetros gran modelo de LAUTENSCHLAGER, para P. H. según el Dr. Lüers MICRO-IONÓMETROS para el P. H. patente LAUTENSCHLAGER.

Colorímetros Folien según Wulf para el P. H.

BALANZAS de precisión SARTORIUS.

EXPOSICIÓN Y OFICINAS: MAYOR, 79. Teléfono 12.050

ALMACENES

Mayor, 79; Luzón, 2; Plaza del Conde Miranda, 3, y Codo, 3

Teléfono 95.450

DIRECCIÓN TELEGRÁFICA Y TELEFÓNICA: LABORATORIUM

MADRID

Un caso de esplenomegalia tipo Gaucher

por Felipe ALONSO F. CORTÉS

Haremos una descripción somera de esta enfermedad: Gaucher fué el primero que la estudió, por lo que lleva su nombre. Es poco frecuente y hasta ahora no llegan a treinta y cinco los casos descritos. En España han sido diagnosticados y estudiados tres casos por los doctores Pittaluga, Goyanes, Rof y Benavente.

La enfermedad de Gaucher-Schlagenhafer, es una afección de causa desconocida, caracterizada por la aparición de células vesiculosas en el bazo, hígado, médula ósea y ganglios linfáticos. El curso de dicha enfermedad es muy largo, calculándose en veinte años la evolución media. Es un proceso relativamente benigno. En los períodos avanzados los enfermos suelen tener intensa demacración. La muerte, generalmente, se produce por enfermedades intercurrentes.

Clinicamente, el cuadro de la enfermedad se caracteriza por la siguiente sintomatología:

Gran esplenomegalia.—Ligera hepatomegalia.—Anemia poco intensa.—Coloración ocre o bronceada de la piel (cara, nuca y manos), debida al depósito de hemosiderina.—Espesamiento amarillo en la región interna de la conjuntiva ocular.—Temperatura normal en un principio, que presenta aumentos irregulares y poco intensos cuando la enfermedad está avanzada.—A veces se presentan fracturas espontáneas (Zadek).—Las epistaxis son frecuentes (Ziemann).

El diagnóstico clínico es muy difícil hacerle con algunas esplenomegalias, especialmente con la de Banti, Kala-azar y paludismo crónico. (De la esplenomegalia lipoidocelular de tipo Niemann-Pick, se diferencia en que esta afección sólo se presenta en los niños de pecho, que se caquetizan con rapidez, muriendo frecuentemente en menos de un año). El diagnóstico exacto sólo podrá suministrarle el análisis de la pulpa esplénica. La punción del bazo se hará siguiendo la técnica corriente. No hace falta emplear jeringa, pues con la cantidad de pulpa que se extrae en la luz de la aguja, es suficiente. Se hará una extensión como para hacer fórmula leucocitaria en sangre, que se fijará con alcohol o alcohol-éter. La coloración que se emplee puede ser varia. Giensa, May-Grümwald, etc.

Morfología de las células de Gaucher en las extensiones de pulpa esplénica (del enfermo que tratamos).—Morfológicamente distingüense dos tipos de células. El primer tipo se caracteriza por lo siguiente: Protoplasma pálido con largas expansiones y excrecencias, de límites poco definidos, con granulaciones

pigmentarias azules, núcleos redondos u ovalados con uno o varios nucleolos (láminas II bis y III). El otro tipo se caracteriza por el protoplasma vesiculoso, de bordes poco definidos, rara vez con granulaciones pigmentarias, el núcleo presenta formas irregulares, con nucleolos poco visibles (lámina I). En el primer tipo que describimos, hemos encontrado células con uno, dos, seis, ocho y doce núcleos (lámina IV). Del segundo, la célula que más núcleos tenía, eran cuatro. Ambos tipos se multiplican por división directa o amitosis. Del primero se ven en las extensiones un porcentaje de formas amitóticas mucho mayor que del segundo (lámina III y III bis). Por la morfología parecen formarse a expensas de linfocitos, monocitos y macrófagos del bazo.

El origen de las células de Gaucher es desconocido, aunque parece ser que derivan de las distintas células sanguíneas. Pick, supone que se originan a expensas de los elementos adventiciales de los espacios periteliales. El carácter vesiculoso se admitía que era debido a la inclusión de grasas y lipoides, pero actualmente está desechada esa idea, creyéndose que es causado el aspecto vesiculoso por la existencia en las células de una sustancia llamada kersasina, muy próxima a la cerebrina, de gran avidez por el agua.

Como no pretendemos hacer un estudio a fondo de esta enfermedad, pueden remitirse a la numerosa bibliografía que existe sobre ella.

BIBLIOGRAFÍA

Pittaluga y Juan Roí.—*Contribución clínica y anatomo-patológica al estudio de la enfermedad de Gaucher*.—«Archivos de Cardiología y Hematología».—Febrero, 1932. (Numerosa bibliografía).

Pittaluga y Goyanes.—*Contribución al estudio de las lesiones celulares de la lesión de Gaucher*.—«Anales de Medicina Interna».—Abril, 1932. (Citan numerosa bibliografía).

A. Piney.—*Recientes adquisiciones en hematología*. (Traducción por E. Luengo).—Ed. Morata.—Madrid, 1928.

HISTORIA CLINICA.—N. G. M., de ocho años y medio, natural de Villarrubia de los Ojos (1) (Ciudad Real).

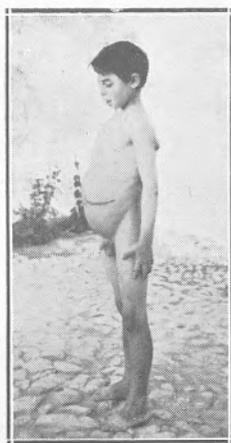
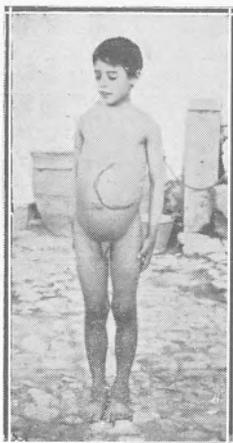
Sus abuelos maternos murieron a edad avanzada, sin saber de qué enfermedad, los paternos murieron repentinamente, desconociéndose la causa. El padre se encuentra bien. La madre padeció viruela después de tener el tercer hijo, los siete primeros hijos murieron antes de los doce meses de vida, de causas desconocidas, alguno en 24 horas. El enfermo hace el número ocho. Después de él tres abortos.

Lactancia materna.—A los ocho días del nacimiento, hidrocele. Poco después, úlceras en el ojo derecho y úlceras supuradas en la mano derecha. Al año, fiebre y abultamiento de vientre (ascitis que no cedió hasta el año pasado). De dos a tres años sarampión y tosferina. A los seis años paludismo, que fué tra-

(1) Zona palúdica.

tado en un Dispensario Antipalúdico. A los 7 años volvió al mismo Dispensario con fiebres; fué tratado como palúdico a causa de la esplenomegalia que tenía, sin que cediera la fiebre. Marchó a Madrid en donde asistió a la consulta de un Hospital, siendo tratado con helioterapia y jarabes reconstituyentes. La ascitis cedió con la helioterapia y desde entonces no ha presentado más trastornos que pequeñas febrículas distanciadas e irregulares.

Los antecedentes de la enfermedad actual podemos pensar que clínicamente



comienzan en los primeros meses de la vida. Los síntomas más llamativos son la ascitis (que probablemente existía en los primeros meses de vida con esplenomegalia. El sarampión, la tosferina y paludismo, pueden ser considerados como enfermedades intercurrentes.

Exploración.—Apáratos respiratorio, circulatorio y digestivo, bien; igualmente sistema nervioso.—Gran esplenomegalia. Bazo duro, de superficie lisa, con el borde libre agudo y con ligera escotadura. Adenitis marcada en región inguinal y axilar.—En la conjuntiva ocular, en la región interna de las comisuras palpebrales, espesamiento amarillo oscuro.—Ligerísima hepatomegalia.—No hay epístaxis.—No hay manchas en la piel.—Desarrollo óseo algo retrasado; muscular, bien.—Temperamento alegre; no se altera y está muy tranquilo y sonriente durante las punciones esplénicas.

Clínicamente, después de eliminar varias esplenomegalias, quedaba la afección dentro de los límites sintomáticos de las esplenomegalias de Banti, palúdica, leishmaniosa o de Gaucher. Por lo tanto, el diagnóstico exacto únicamente podía suministrarle el análisis de la pulpa esplénica, que hecho, dió como resultado el hallazgo de las células de Gaucher, quedando diagnosticado el caso.

SANGRE.—Hematíes = 4.576.000.—Leucocitos = 2.600.—Valor globular = 0,79.—
No se encuentran parásitos.

FÓRMULA LEUCOCITARIA

Polimorfocitos neutrófilos.....	60,89	por 100.
» eosinófilos	8,69	»
Linfocitos	24,34	»
Mononucleares	6,08	»

Se encuentra por tanto: Número de hematíes normal.—Valor globular disminuído.—Leucopenia intensa, eosinofilia y mononucleosis ligera.

Proporción de los distintos elementos encontrados en pulpa esplénica (cifras absolutas):

Células de Gaucher vesiculosas	{	Grandes	25
		Medianas	10
		Pequeñas	19
		Con hematíes fagocitados	30
		» pigmento azul.....	3
Células de Gaucher sin vesículas	{	» núcleo vacuolado	1
		» un leucocito fagocitado	1
		» una célula de Türk fagocitada	1
		Grandes	7
		Medianas	7
	{	Pequeñas	4
		Con hematíes fagocitados	16
		» pigmento azul	15
		» vacuolas teñidas	3
		» segmentación endógena	1

Restos protoplásmicos, tipo Gaucher; numerosos.

Linfocitos alterados	74
» normales	20
Mononucleares	1

Polimorfocitos neutrófilos	{	39 en cayadó.
		12 de tres lóbulos.
		4 » cuatro »

Polimorfocitos eosinófilos	5
Microblastos	1

Células de Rieder, Türk, megaloblastos y glóbulos rojos vacuolados se encuentran aunque escasísimos.

Restos nucleares diversos	82
---------------------------------	----

Análisis de heces.—No hay parásitos intestinales.



Pronóstico y evolución de la tuberculosis laríngea

por el doctor F. BARRUA ORTIGOSA, Laringólogo del Hospital civil

Pocas cuestiones habrán sido tan debatidas en materia médica como la tuberculosis laríngea, la cual, no hace muchos años, se consideraba incurable, hasta el punto que a los enfermos afectados de lesiones laríngeas se les negaba la entrada en algunos sanatorios, por considerar que dichas lesiones significaban el fin próximo del enfermo y en nada se beneficiaban con la cura sanatorial.

Era también por entonces cuando entre prestigiosos fisiólogos y laringólogos, estaba tan dividido el concepto unicista y dualista de la localización de la tuberculosis laringopulmonar, cuyo concepto dualista ha ido con el tiempo y con los progresos de la fisiología y laringología perdiendo adeptos, llegándose en el momento actual de la cuestión, a considerarse que la tuberculosis laríngea primitiva, caso de existir, debe de ser completamente excepcional.

Las últimas estadísticas publicadas en 1931, por Burgeois y Kanony, entre quinientos casos de tuberculosis laríngea, este último observó un solo caso de tuberculosis laríngea primitiva, por cierto muy discutible, puesto que a los pocos días se presentaron en el enfermo manifestaciones pulmonares intensas.

Admitida por todos la íntima relación clínica y anatomopatológica de la tuberculosis laringopulmonar, es evidente que el pronóstico de la fimia laríngea estará subordinado a variados e importantísimos factores de orden anatomoclínicos y anatomopatológicos.

La antigüedad lesional puede considerarse como uno de los factores más importantes para el pronóstico de la tuberculosis laringopulmonar, por dificultar grandemente la regresión y curación de las lesiones. De aquí, la necesidad imprescindible de un diagnóstico precoz por todos los medios clínicos, radiológicos y de laboratorio que en la actualidad disponemos.

La forma anatomoclínica de las lesiones juega también un importantísimo papel, considerándose como la más grave la forma granulíca, de evolución rápida y mortal, debido a la invasión del bacilo de Koch, en exaltación de extrema virulencia, dando lugar a una infección hematógena total, considerada como una verdadera siembra que impide su paso a la cronicidad.

Las otras formas de tuberculosis que voy a nombrar, son menos graves por su tendencia a la cronicidad, y ser de patogenia distinta, pues entre las diversas teorías parece ser que la que más partidarios cuenta, es la de impregnación o contacto de los esputos broncopulmonares sobre pequeñas erosiones o traumatismos que sufre la laringe por las mucosidades que a ella se adhieren, y los repetidos esfuerzos de carraspeo y tos para la expulsión de las mismas, favorecido todo ello por el trabajo fonético y respiratorio que abona a la fatiga funcional, tuberculizándose la laringe como consecuencia de tan frecuentes agre-

siones que le acarrearán la precaria condición de lugar de menor resistencia. Siguen en orden de gravedad las formas neumónicas, si bien éstas, pocas veces dan lugar a lesiones laríngeas por la rapidez de su evolución. Las formas fibrocasiósas, aunque de curso crónico, tienen gran propensión a los brotes bronconeumónicos repetidos, de fatal terminación.

Formas mucho más benignas son las productivas puras. Las fibrosas son compatibles con un buen estado general, siguiendo un curso crónico, siendo poco intensos los fenómenos tóxicos, pero inmodificables a todo tratamiento. No es infrecuente ver a esta clase de enfermos con un tratamiento general, pulmonar y laríngeo bien instituido, como sus lesiones pulmonares se estacionan y hasta mejoran, y las laríngeas llegan en ocasiones a modificarse con suspensión más o menos manifiesta del proceso, pero rara vez con restitución integral.

Las exudativas puras son lesiones unilaterales o bilaterales poco extensas, son más susceptibles de modificarse, y en donde la colapsoterapia, quimioterapia, helioterapia intralaríngea, junto con la cáustica, cura de silencio y tratamiento higiénico, deja sentir sus efectos favorables en la mayoría de los casos, y la curación en bastantes de ellos.

Refiriéndome exclusivamente a las lesiones anatomopatológicas que tienen asiento en la laringe, puede decirse que la granulía faringo-laríngea de Isambert constituye uno de los modos de terminación de la tuberculosis laríngea. El curso es siempre rápido, de uno a seis meses de duración. Estos enfermos no mueren a consecuencia de sus lesiones laríngeas, sucumben antes que éstas adquieran grandes proporciones, pues los pulmones se hallan en breve repletos de granulaciones tuberculosas miliares.

La lesión tuberculosa de laringe, nace siempre bajo el epitelio entre el espesor del corion y región submucosa. El bacilo produce una reacción del tejido conjuntivo, dando lugar a la infiltración, que es el comienzo inicial de toda laringitis tuberculosa. La infiltración avanza en profundidad hacia los músculos y pericondrio. Su extensión en espesor y superficie depende de su primitiva localización, empezando la mayoría de las veces con una lesión única, pero no es infrecuente la aparición de lesiones múltiples más o menos simultáneas. La infiltración puede tomar asiento en cualquier sitio de la laringe, pero tiene predilección por los espacios interaritenoides, donde en ocasiones se da con gran precocidad; antes que la exploración clínica revele ningún síntoma anormal en los pulmones, la infiltración de las bandas ventriculares alcanza gran extensión, reduciendo la abertura de los ventrículos de Morgagni, y cubriendo parte de la cara inferior de las cuerdas vocales.

La infiltración tuberculosa de los aritenoides complica con frecuencia los cartílagos de Santorini y Wrisberg.

La infiltración de los repliegues ariepiglóticos complica a menudo la epiglotis, y ésta que es atacada con frecuencia da lugar a deformaciones.

Si seguimos con el laringoscopio la evolución de estas lesiones, veremos la mayoría de las veces, que tras la infiltración, que como ya se ha dicho es el pri-

mer período de la tuberculosis laríngea, aparecen los fenómenos destructivos; ulceraciones y vegetaciones, unas veces bajo la forma típica, pero más en formas mixtas, en las que se combinan multitud de tipos intermedios de variedad numerosa.

El tubérculo aumenta en grosor, levanta el epitelio que invade, al mismo tiempo que se caseifica y abre en su superficie, dando lugar a una ulceración de bordes cortantes de fondo irregular, fungosa, amarillenta y secretante. Los bordes de la ulceración, gránulos y necrosis, aumentan en superficie, las fungosidades en espesor, y así se producen largas ulceraciones de forma irregular anfractuosa, de fondo más o menos profundo y fungoso.

La ulceración es profunda cuando sucede a la caseificación de un tubérculo en la vecindad de una glándula profunda, hallándose el cartílago eliminado casi sin esfuerzo.

La ulceración de las cuerdas vocales destruye el borde libre y lo desfigura; cuando ataca a la cara superior hallando resistencia en las fibras elásticas, forma paralelamente a estas fibras, fisuras prolongadas y menos profundas.

La comisura posterior es el sitio de elección para las ulceraciones, con frecuencia largas, anfractuosa y fungosa, de otra forma se encuentran sobre una región interaritenoides paquidérmica cuyas ulceraciones tienen el aspecto de fisuras.

La ulceración debe considerarse como de evolución muy grave por su tendencia destructora hacia las cuerdas, músculos, cartílagos, nervios, etc.

La infiltración tuberculosa puede progresar hacia la luz de la laringe, no pasando a ser un proceso destructivo, dando origen a una producción exuberante de vegetación. Esta vegetación difiere de la fungosidad en que no llega a los límites de una úlcera, pues está recubierta de un epitelio y la mucosa no se halla ulcerada.

La vegetación representa, naturalmente, una evolución más benigna que la ulceración.

Algunos autores clasifican bajo el punto de vista de su estructura, según que la vegetación se implante en la comisura posterior, o en las cuerdas vocales y ángulo glótico anterior; las primeras se presentan bajo un epitelio espeso en corion con papilas muy exageradas, estando recubiertas por un tejido infiltrado más o menos esclerosado. Las vegetaciones anteriores son menos esclerosantes, presentando una estructura tuberculosa típica.

Desde este conjunto, todos los intermedios son posibles, desde el aspecto de un papiloma simple, hasta el de tejido tuberculoso. El sitio de implantación de estas vegetaciones es extremadamente variable. Cuando coinciden con ulceraciones o se encuentran en presencia de la forma ulceravegetante de Gauguenhein, las comisuras anteriores y posteriores, y los ventrículos de Morgagni; las cuerdas vocales, más raramente, constituyen el sitio de elección.

Tienen la característica de su fácil desarrollo, pudiendo alcanzar grandes proporciones, llegando hasta disminuir considerablemente la luz de la laringe, e in-

vadirla toda a manera de un papiloma difuso, siendo esta la forma esclerovegetante de Gauguenhein y Glover.

El tuberculoma tiene asiento con preferencia sobre la comisura anterior o posterior al nivel del ventrículo, enmascarando parte de una cuerda vocal, tiene aspecto de una vegetación muy saliente, de base de inserción estrecha y bien limitada, formando una tumoración amarillenta, grisácea, rojiza; histológicamente es de igual estructura que la vegetación.

Es la forma más benigna de la tuberculosis laríngea, la curación después de la ablación y cauterización, es posible, pero no es rara la aparición de otras lesiones tuberculosas, coincidiendo con la aparición de los síntomas pulmonares.

El lupus presenta la estructura de la infiltración tuberculosa; los bacilos de Koch son muy raros y la evolución es especialmente lenta, tórpida e indolora.

Las lesiones nacen habitualmente sobre la epiglotis, extendiéndose a los repliegues aritenopiglóticos y a toda la cavidad.

La mucosa normal es reemplazada por un tejido granuloso; estas granulaciones están yuxtapuestas las unas contra las otras; algunas veces separadas por bandas de tejido pálido y de aspecto cicatricial, de coloración amarillenta o rosácea.

El lupus laríngeo es susceptible de curación, mucho más cuando éste, aunque rara vez, puede ser primitivo, y en general puede decirse que junto con el tuberculoma es la forma más benigna de la tuberculosis laríngea.

Consideradas por su asiento las lesiones de los aritenoides y de la epiglotis, son graves, pero bastante accesibles a su tratamiento. Las infiltraciones, y sobre todo las ulceraciones extendidas a la región ventricular, son muy graves, rarísima vez curables; el pronóstico de las alteraciones glóticas es más favorable, las infiltraciones subglóticas son rápidamente estenosantes y muy graves.

Si la tuberculosis laríngea está desde el punto de vista, clínico y anatomopatológico, ligada estrechamente a la tuberculosis pulmonar, el pronóstico parece depender del estado de los pulmones, y el tratamiento sobre éstos, ha de tener la preferencia, pero no debemos de mantener un criterio tan cerrado, según el cual se cree que el tratamiento pulmonar basta para obtener la regresión de las lesiones laríngeas. Es cierto que en algún caso así sucede, y me viene a la memoria lo ocurrido con un fímico fibroso que en la actualidad estoy tratando desde hace dos años. Este enfermo padecía una afonía producida por extensas lesiones de tipo infiltrante, con participación de cuerdas, bandas ventriculares y aritenoides. El tratamiento local apenas modificaba las lesiones laríngeas, siendo sometido por mi distinguido amigo el doctor A. Villacián a una frenicectomía, pudiendo observarse a los pocos días los efectos favorables de dicha intervención, que se acentuaron a los dos meses con una regresión considerable de las lesiones laríngeas y una emisión vocal casi normal, pasando de una afonía casi total que padecía antes de la frenicectomía a una ligera disfonía que aún conserva.

Pero es evidente que el tratamiento local representa un coadyuvante de primer orden para la curación o mejoramiento de la fimia laríngea, llevando al des-

graciado enfermo a un alivio más o menos acentuado, que siguiendo la concepción de Collet «hacerle más llevadera la enfermedad hasta la curación o la muerte.»

Hasta hace muy poco se ha observado una frecuente disociación en la práctica de los internistas y los laringólogos, disociación altamente perjudicial para el enfermo; pero afortunadamente los tiempos han cambiado, dándosele al laringólogo la importancia que por su actuación le incumbe.

La tuberculosis laríngea puede considerarse como muy grave, pero su curabilidad ya no se presta hoy día a discusión. Está demostrada por un conjunto de pruebas anatómicas y clínicas, absolutamente convincentes.

Vitoria, Agosto de 1932.



CLÍNICA QUIRÚRGICA UNIVERSITARIA DE VALLADOLID

Director: PROFESOR ARGÜELLES

Dosificación y regularidad en la anestesia general

por el doctor A. PELEGRÍN y A. MARTÍN YARZA

Dada la gran dificultad que en la mayoría de los casos existe para dosificar un narcótico, adquiere extraordinaria importancia su capacidad de regulación; de ella depende que el cirujano pueda en todo momento mantener en una relativa constancia la concentración del anestésico en la sangre, evitando una narcosis insuficiente o el peligro de una acumulación tóxica.

Esta regulabilidad está al margen de la naturaleza del farmaco, dependiendo casi exclusivamente de su forma de administración. Así, pues, se establece una distinción clara entre los clásicos medios de inhalación y los de administración parapulmonar (rectal, oral, subcutánea).

Es de sobra sabido que en la anestesia por inhalación nadie se preocupa de una dosificación previa, limitándose el anestesista a producir una narcosis con la menor cantidad de farmaco posible y mantenerla constante durante la intervención.

En esta forma de administración, la concentración sanguínea del narcótico

depende directamente de su proporción en el aire alveolar o espirado. Las condiciones que regulan el cambio gaseoso entre este aire alveolar y la sangre, son las mismas leyes físicas que dirigen el equilibrio entre gases difusibles separados por una membrana permeable, como es el epitelio pulmonar. Cualquier variación en la concentración, en el aire respirado, produce automáticamente una variación proporcional en la sangre, a fin de restaurar el equilibrio momentáneamente perturbado.

La narcosis gaseosa, en la práctica, es fácilmente regulable, ya que basta poner en la mascarilla más o menos anestésico para provocar acto seguido un aumento o disminución de la concentración del gas en el aire alveolar, y por lo tanto en la sangre. En este sentido el aparato de Ombredanne es perfecto. Es de observación corriente durante el acto operatorio, que el cirujano indique al anestesista las variaciones en la profundidad de la anestesia en cada momento determinado.

Häffner ha hecho notar la gran importancia de este asunto, sentando el concepto de coeficiente de regulación (Steuerkoeffizient) que ha aplicado a la anestesia por inhalación, fundado en que debido al diferente estado físico entre el aire alveolar y el medio sanguíneo la concentración es distinta. La diferencia entre estas dos concentraciones del gas, es lo que constituye el coeficiente de regulación. Este es distinto para cada gas anestésico y se comprende fácilmente que cuanto mayor sea, tanto más fácilmente se carga o se descarga el organismo a medida que se varía en el curso de la anestesia, la intensidad de la administración.

Esta facilidad de regulación es lo que hace que la anestesia por inhalación sea tan difícil de desplazar por ningún otro narcótico de administración parapulmonar, ya que en aquella, los factores que intervienen son puramente físicos y por tanto sujetos a leyes previstas, sin intervención de factores biológicos variables en cada caso particular.

En los anestésicos administrados por vía parapulmonar, cuyo tipo puede ser la avertina, las cosas suceden de otra manera; los factores biológicos influyen de modo decisivo en la rapidez mayor o menor de la corriente de reabsorción. Esta será máxima en los primeros momentos, cuando permanece en el recto todo el anestésico introducido; pero a medida que va disminuyendo este depósito y va pasando a la sangre, la velocidad de absorción va disminuyendo progresivamente. Nos estamos refiriendo a la anestesia por vía rectal.

De esta manera, el paso al medio sanguíneo es discontinuo, sin que el cirujano pueda influir para variarlo, aun cuando se presentasen fenómenos graves de intoxicación.

Por otra parte, los fenómenos de eliminación y antitóxicos que el organismo pone en juego para librarse del narcótico, guardan íntima relación en cada momento con la concentración del mismo en la sangre. Muy poco se puede influir en esta desintoxicación a pesar del uso de farmacos, como la efedralina, piroxina, etcétera, únicamente la lobelina tiene una acción más eficaz y en cierto modo

específica sobre el centro respiratorio. Nosotros hemos empleado experimentalmente en el conejo la tiroxina indicada por Eichholz sin obtener ninguna modificación en la duración del sueño, ni en el número de respiraciones.

De esto se desprende la gran desventaja que desde el punto de vista tan importante en la anestesia general como la regulabilidad, tienen los narcóticos por vía rectal.

Actualmente no queda otro recurso que evitar que la anestesia sea insuficiente o peligrosa, que tratar de hacer una exacta dosificación, cosa extraordinariamente difícil. Esta dosificación se hace, principalmente, teniendo en cuenta el peso del enfermo, la edad, las resistencias y el estado general y la naturaleza de la enfermedad. Hace falta una gran práctica para fijar la dosis y así por ejemplo en la avertina, vemos que la mayoría de los que la emplean se limitan a obtener una anestesia basal no completa, ya que la dosis necesaria para una narcosis total puede dar lugar a la aparición de trastornos extraordinariamente desagradables.

Se ha intentado tomar en cuenta el factor constitucional para la dosificación, pero hemos de reconocer que actualmente es un concepto poco claro para aplicarle a un detalle tan importante.

Modernamente el profesor Kirschner, de Tubinga, ha iniciado el empleo de la anestesia intravenosa con avertina, que nosotros hemos empleado en la clínica con excelentes resultados.

En lo referente a la regulabilidad, dista mucho de ser tan perfecta como la anestesia por inhalación, pero al menos eliminamos el factor de la reabsorción; introduciendo directamente en la vena toda la dosis; pero con el grave defecto de que como no podemos influir en la desintoxicación del organismo, la anestesia será profunda al principio, para ir disminuyendo paulatinamente, faltándole por tanto la continuidad.

En esta forma de anestesia, la dosis narcótica está muy apartada de la dosis mortal. En el hombre se emplean 30 miligramos de avertina por kilogramo de peso, en una solución al 3 por 100. Como el enfermo se duerme inmediatamente, suspendemos la inyección tan pronto deja de contar o notamos la menor alteración. Nosotros nunca hemos tenido ningún fenómeno desagradable y Kirschner la conceptúa absolutamente inocua, recomendando calurosamente esta forma de anestesia.

Experimentalmente en el conejo hemos inyectado nosotros dosis repetidas cada diez minutos, soportando el animal la enorme cantidad de 320 miligramos por kilo de peso. Wilkmann ha llegado a inyectar hasta 520 miligramos también en dosis sucesivas.

A la dosis de 30 miligramos por kilo de peso no se altera en el conejo ninguna de sus funciones aun repitiéndola varias veces.

La dosis mortal de una vez, ha sido para nosotros en los animales de experimentación, de 120 miligramos por kilogramo de peso; Eichholz da una cifra análoga. La muerte parece ser por parálisis del centro respiratorio.

Vemos pues que esta anestesia, si bien desde el punto de vista de la regula-

bilidad no es perfecta, es recomendable, ya que la dosis se funda casi exclusivamente en el peso del individuo y está muy apartada de la dosis mortal.

No tratamos en este trabajo de los fines de esta anestesia, sino únicamente de hacer notar su fácil manejo en contraposición a los otros narcóticos de administración parapulmonar.

Así pues, resumiendo, los anestésicos por inhalación, son fácilmente regulables desde el principio al fin, cada uno de ellos, tanto más cuanto mayor es su «Steuerkoeffizient»; los que se administran por vía rectal, oral o subcutánea no son regulables, ni fácilmente dosificables, y los de inyección intravenosa no son regulables por completo, pero limitándose a obtener con ellos una anestesia corta, podemos prescindir de su regulabilidad por su fácil dosificación.

Valladolid, 23 de Julio de 1932.



CRÓNICA DE SIFILIOGRAFÍA

Las reacciones de Bordet Wassermann irreductibles

por el doctor Eduardo LEDO

Por iniciativa del Profesor Pautrier, viene celebrándose anualmente en el Servicio de Dermatología de la Facultad de Medicina de Strasbourg, una Reunión consagrada a poner al día un tema determinado con antelación suficiente y para cuya ilustración invita, el ilustre profesor, a las personalidades más caracterizadas.

Y así, con gran éxito, se han celebrado en años anteriores reuniones monográficas consagradas al chancro blando, al liquen plano, a las atroñas cutáneas y esclerodermias, a la enfermedad de Nicolás Favre.

Este año, el tema elegido ha sido: «Bordet-Wassermann irreductibles».

Acuciado por un deseo de precisión, con objeto de concretar más el tema, como en años anteriores con otras tesis de trabajo, el Profesor Pautrier formula estas tres preguntas:

- I.—¿En qué casos se está autorizado a hablar de B.-W. irreductibles?
- II.—¿Cuál es la frecuencia de las B.-W. irreductibles?
- III.—¿Cómo se puede explicar la irreductibilidad de las reacciones serológicas?

De esta discusión debe deducirse:

- IV.—Pronóstico, y
- V.—Conclusiones terapéuticas.

Puesto a discusión este orden del día, veamos cómo ha sido fructífera esta reunión de Strasbourg.

I.—En qué casos se está autorizado a hablar de B.-W. irreductibles?

MM. Schulmann y Levy (G.) han definido la irreductibilidad del Wassermann, considerando aquellos casos, en los cuales se ha realizado por lo menos durante dos años, un tratamiento intenso y regular con los diversos medicamentos antisifilíticos empleados en sus dosis máximas, estando ciertos de que en dicho plazo, no han sufrido accidentes cutáneos ni mucosos, ni tampoco ninguna manifestación visceral y notablemente, el examen del líquido céfalo-raquídeo, ha demostrado la ausencia de toda localización nerviosa.

Hudelo y R. Rabut, hacen suya la definición anterior, haciendo notar que la sífilis, resistente a varias medicaciones, no puede ser considerada como irreductible, sino como resistente, lo que prueba a veces, la impotencia de nuestros medios terapéuticos.

El término B.-W. irreductible, es considerado por los doctores Sézary y Barbara como impropio, ya que se aplica a todas las reacciones en uso. La experiencia muestra además, cómo muchas reacciones llamadas irreductibles, ceden a un tratamiento prolongado.

Sin embargo encuentran cómodo el conservar esta denominación.

Aceptan la definición de Schulmann y Levy evaluando en dos años para la sífilis precoz y cuatro para la sífilis tardía, el período que debe durar la observación para poder etiquetar como sero-reacciones irreductibles casos muy numerosos que se han publicado sin reunir estos requisitos.

Esta es la opinión de Ezquier y Escartefigue y para P. Chevalier, el B.-W. irreductible es el grado supremo del B.-W. resistente. Una persistencia de seis meses debe ser considerada como «de alarma». Un plazo de un año y medio podría elegirse para los fines estadísticos.

Más exigentes se muestran du Bois y Daïnow, que piden se haya realizado un tratamiento durante seis o siete años.

II.—¿Cuál es la frecuencia de las reacciones irreductibles?

La contestación a esta interrogación es interesante por proceder de autores de diversas nacionalidades y por lo tanto reunir entre todos un material abundante.

La mayor parte de entre ellos no engloban en su estadística los casos de sero-reacciones resistentes, si bien los que lo hicieron, hacen esta distinción, lo que permite cierta uniformidad de criterio.

Schulmann y Levy encontraron un 2 por 1.000. Entre 2.000 sífilíticos tratados por P. Chevalier y Colin en la policlínica del Hospital Cochin durante año y medio y vistos de nuevo en los doce meses precedentes, han encontrado 40 casos. No deben deducirse de estas cifras, conclusiones generales.

Gaté y Michel, estudiando los enfermos de cuatro años encuentran un 7 por 1.000.

Para Sézary y Barbara, el 1 por 1.200 de los casos de sífilis tratada, presentaría esta anomalía.

Weissembach y Bosch en 10.000 fichas encuentran un número pequeño de B.-W. irreductibles y hacen notar que en estos casos el tratamiento había sido tardío o insuficiente o ambas cosas a la vez.

Laurent y Peyrot, precisan bien el concepto de B.-W. irreductible y analizando 3.300 fichas aislan 18 observaciones. Sólo uno de entre estos diez y ocho enfermos había comenzado el tratamiento en el momento del chancro.

El 5 por 1.175 de los casos observados por Dujardin era B.-W. resistente y Du Bois y Daïnow en la Clínica universitaria de Ginebra, estiman en 1 por 800 la frecuencia de reacciones resistentes y en 1 por 2.000 la de irreductibles.

Para Petges, Joulia y A. Petges, el 2 por 100 que dan sus estadísticas corresponde frecuentemente a reacciones persistentes susceptibles de poder ser negativas.

Esta es la opinión de Fernet y Halkin y van Steinacker, Vigue, Boyer y Bourret hacen notar algunos casos de B.-W. oscilantes.

Entre 4.000 fichas, Gay y Villafuertes separan 17 casos. Nicolau encuentra 2 entre 2.200 en Bucarest.

En la clínica de Strasbourg, Pautrier, Glasser y Alice Ullmo aislan de entre 16 casos de reacciones persistentes encontrados entre 3.150 historias, solo 6 casos que merezcan el título de irreductibles. Por lo tanto encuentran un 2 por 1.000.

III.—¿Cómo puede explicarse la irreductibilidad de las reacciones serológicas?

Los trabajos de Schulmann y G. Levy, de Weissembach y Martineau, de Bary, no han podido comprobar relación alguna entre la irreductibilidad serológica y la colesterinemia. Algunos de dichos autores ha investigado sin fruto, la relación que podría existir entre dicha anomalía y el cociente de albúminas y con el pH. sanguíneos.

Para Bory, no parece exista relación entre la posibilidad del W. y la reacción del medio humoral, sin embargo una deficiencia de lecitina o de jabón, podría acaso explicar la positividad del W.

En contradicción con estos datos, Gougerot y Ragu, en el tercer grupo de W. irreductibles conceden importancia a las modificaciones físico-químicas del suero, por su contenido en lipoides, colesterina, alegando en apoyo de esta tesis 30 casos de reacciones irreductibles que presentaban cifras altas de colesterol sanguíneo. Por su parte Jausion, Pecker, de Lima y Devron, sin deducir conclusiones del hecho, dicen que la sero-resistencia parece acompañarse de un desequilibrio sero-proteínico, «estando aumentado de modo constante y marcado el cociente de albúminas». Tal vez esto será la razón.

Levy-Franckel por su parte, presenta un caso de W. irreductible e hipercolesterinemia, (cicatriz de una lesión terciaria xantomizado en un enfermo de W. resistente).

En opinión de Sézary y Barbara es más fácil pensar que por insuficiencia de tratamiento en los primeros tiempos de la infección, puede persistir un foco latente de treponemas, en vez de invocar un conflicto terapéutico perenne. Tampoco se ha podido comprobar que esta irreductibilidad esté en relación con la

coolesterinemia ni con el equilibrio proteico del suero sanguíneo. Un estado coloidal especial del suero, sin relación con la sífilis parece bien improbable.

Para Chevallier la sero-reacción irreductible es un síntoma autónomo de sífilis humoral que cede o se revela al tratamiento.

Hudelo y Rabut piensan depende de una terapéutica impotente; Rogeli insiste sobre la necesidad de un estudio minucioso del enfermo mediante un examen profundo.

Todos convienen en la absoluta necesidad de este examen riguroso y Dujardin señala como en ausencia de lesión nerviosa es muy probable la existencia de lesiones vasculares, aórticas sobre todo.

Esquier y Escartefigues, que han estudiado estas cuestiones en particular en la raza negra, llaman la atención hacia los pequeños nidos de treponemas, que pueden escapar a la medicación, localizados en pleno hueso o en las articulaciones.

Procharka en 32 casos de B.-W. irreductible solo encuentra 2 en los que el tratamiento fué suficiente y regularmente practicado (¿resistencia medicamentosa?).

Este autor admite, aunque en Checoslovaquia sean raros, la existencia de casos irreductibles en los que puede suponerse está curada la sífilis.

IV.—Pronóstico.

Los autores están conformes de que en toda sífilis sero-irreductible debe hacerse un pronóstico reservado. Para Schulmann y Levy que creen en la existencia de una «espiná» orgánica o parasitaria, la irreductibilidad serológica implica un pronóstico grave.

Son curiosas las observaciones que hacen Laurent y Peirot, de cuatro mujeres que con serología irreductible han dado a luz niños normales y de otro sujeto que casado, ha engendrado un niño sano. Estos datos son interesantes por lo que respecta al pronóstico.

V.—Conclusiones terapéuticas.

Es preciso no abandonar al sífilítico serológicamente irreductible. Estos sujetos deben de ser tratados en opinión de Schulmann y Levy, intensamente. Igualmente piensa P. Chevallier.

Hübsmann cree, que los enfermos serológicamente irreductibles, son sujetos poco o mal tratados y considerando persiste en ellos una lesión latente, recomienda emplear la piritoterapia y compuestos azufrados.

Dujardin pregunta si se podría modificar este estado analérgico. Tratando de exaltar la capacidad reaccional del organismo por hetero-alergia.

Agosto, 1932.

ANGINA DE PECHO

y síndromes angioespásticos en general

MIOSAL

extracto líquido total desalbuminado de músculo fresco

Angina y pseudo-angina de pecho / Neurosis cardiovascular angiespasmódicas / Claudicación intermitente de las extremidades / Hemicrania habitual o paroxística de base angiespasmódica / Enfermedad de Raynaud y de Bürger / Cólico saturnino / Crisis angiespasmódicas por nicotinismo agudo y crónico / Seudoasma cardio-renal / Hipertonía esencial

BALDACCI
PISA

Para inyecciones: cajas de 12 ampollas de 2 cc.

Para vía oral: frascos cuentagotas de 40 cc.

AGLICOLO

diabetes y glicosurias; gotas y comprimidos.

IODARSOLO

yodo y arsénico; elixir, inyectables.

LEJOMALTO

azúcar alimenticio; polvo.

OXIDAL

activador de la oxidación celular; inyectable.

ZIMENA

hemostático fisiológico; inyectables 1 1/2 - 3 y 5 cc. y gotas.

CASEAL CÁLCICO

heteroproteínoterapia; inyectables 2 y 5 cc.

CORTICAL

corteza suprarrenal; gotas e inyectables.

ERGAL

médula suprarrenal; gotas e inyectables.

GONEAL

químio-proteínoterapia; inyectables.

LUTEAL

cuerpo lúteo; inyectables.

NARCOTAL

extracto del opio; gotas, comprimidos, inyectables.

OVARIAL

juugo ovárico fisiológico; gotas e inyectables.

AGENTE PARA ESPAÑA:

M. VIALE. Provenza, 427 - BARCELONA :: C. Delicias, 13 - MADRID

NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA

M. DAVID Y P. PUECH.—Alucinaciones y meningiomas del ala pequeña del esfenoides. («L'Encéphale»). Año XXVII, número 5. Mayo, 1932, páginas 409-421.

La existencia de alucinaciones en los tumores cerebrales, sobre todo localizados en el lóbulo temporal, es un hecho de antiguo conocido. Los autores describen minuciosamente la historia de dos casos de meningiomas del ala menor del esfenoides, uno de ellos con autopsia después de la intervención y otro de localización comprobada por la operación.

En uno de ellos las alucinaciones olfatorias fueron el primer signo de la enfermedad. En el otro el principio de la enfermedad fué marcado por el síndrome psico-sensorial que los autores ingleses llaman «Dreamy State», cuyos caracteres son: una exaltación súbita de la conciencia con aflujo brutal de recuerdos y sensaciones, sobre todo visuales y auditivas, cuya extrema viveza y sucesión vertiginosa se acompañan de un estado de ansiedad particular.

Se ha observado el hecho curioso que en las crisis de «Dreamy State», los recuerdos evocados alucinatoriamente y las alucinaciones visuales se refieren a hechos acaecidos en la edad infantil, encontrando en esto un apoyo a la hipótesis de Kennedy que piensa que en la gran circunvolución límbica, muy desenvuelta en la primera edad y rudimentaria en el adulto, se fija una gran parte de los recuerdos infantiles. La excitación tumoral en la región del «girus uncinatus», sería susceptible de despertar los numerosos recuerdos acumulados en la infancia.

J. LHERMITTE Y J. O. TRELLES.—La endoscopia de los ventrículos cerebrales por el método de Balado. («L'Encéphale»). Año XXVII, número 6, Junio, 1932, páginas 513-516.

A la ventriculografía y encefalografía como medios de exploración de las cavidades ventriculares, de los lagos y confluentes subaracnoideos, se ha añadido una nueva técnica que permite ver directamente los ventrículos cerebrales y el estado de los plexos coroides sin necesidad de recurrir a ninguna intervención quirúrgica; esta técnica es la dada a conocer por el neuro-cirujano de Buenos Aires, Balado.

El principio del método consiste en introducir directamente en los ventrículos laterales un delgado tubo endoscópico, después de practicar previamente un pequeño orificio de trepanación. Evidentemente, es indispensable atravesar la masa hemisférica, pero se sabe que las punciones del cerebro practicadas asépticamente en las zonas llamadas silenciosas, no conducen a ninguna consecuencia desagradable.

Una condición previa es exigida: la hidrocefalia ventricular.

La técnica es distinta según se trate de explorar la región occipito-esfenoidal, el cuerno frontal o la región temporal.

Para practicarla conviene tomar la precaución de hacer una punción exploradora del ventrículo para darse cuenta de la tensión, del líquido y de la cualidad del mismo. Si éste es sanguinolento o xantocrómico, conviene hacer un lavado con suero caliente que es perfectamente tolerado, o que a lo más, da lugar a una elevación térmica pasajera de uno a dos grados.

Sus indicaciones como medio diagnóstico están dadas por:

1.º Los casos en que se supone la existencia de alteraciones difíciles de precisar de las paredes ventriculares y de los ganglios opto-estriados.

2.º En los tumores desenvueltos a expensas de los ventrículos y como medio de tratamiento directo de las lesiones intraventriculares, particularmente electrocoagulación del plexo y de ciertos tumores y liberación de ciertos obstáculos para restablecer la circulación del líquido céfalorraquídeo.

J. M. VILLACIÁN.

CARDIOLOGIA

CAMILLE DIAN ET VICTOR GOLBLIN.—La preponderancia ventricular izquierda electrocardiográfica; su valor semiológico y de la noción general de preponderancia ventricular. «La Presse Médicale». Agosto, 1932.

Los autores en un trabajo anterior estudiaron el valor semiológico de la preponderancia ventricular derecha y lo hacen ahora sobre la preponderancia del ventrículo izquierdo, siguiendo el criterio de basar la noción de preponderancia sobre los caracteres a la vez cualitativos y cuantitativos.

Para la noción cuantitativa, ellos recurren al cálculo del índice de Lewis; midiendo los accidentes R y S en derivación 1.^a y 3.^a admitiendo que una corriente de un milivoltio produce un deflexión de un centímetro; calculando luego el índice que está dado por la siguiente fórmula: $(R1 + S3) - (S1 + R3)$.

Así ellos encuentran en la preponderancia de ventrículo derecho además del complejo ventricular negativo en derivación 1.^a, cuantitativamente encuentran un índice igual a -15 y aun valores más bajos como -20 ; y en la preponderancia ventricular izquierda, encuentran el accidente principal del complejo ventricular negativo en D3 y cuantitativamente un índice de Lewis igual a $+32$.

Luego rebaten las teorías de Meyer y de Ruyter, que dicen que la preponderancia izquierda o derecha depende de la postura del corazón y sus relaciones con el apéndice sifoides, afirmando los autores que teniendo en cuenta los factores cualitativos y cuantitativos, no hay lugar a estos errores.

Terminan diciendo que la noción de preponderancia tal como ellos la conciben, merece ocupar un lugar preferente en la semiología cardíaca. El trabajo tiene 3 electrocardiogramas intercalados en el texto.

J.-C. MUSSIO-FOURNIER.—Taquicardia paroxística de origen anafiláctico. «La Presse Médicale». Agosto, 1932.

Comienza el artículo citando un trabajo hecho en colaboración con Laubry, en el que ponían de manifiesto las relaciones entre el asma y la taquicardia paroxística; luego dice que así como el asma se puede producir en estados vagotónicos y simpático-tónicos, aunque lo primero es lo más frecuente, lo propio puede ocurrir en la taquicardia que se puede producir también en estados vagotónicos aunque lo más común es que se presente en sujetos cardio-simpático-tónicos; y ambos síndromes son debidos a un desequilibrio del tono vegetativo.

Además las reacciones humorales de orden anafiláctico y coloidoclásico que Widál y sus discípulos han puesto de manifiesto en ciertos asmáticos, pueden existir también en sujetos taquicardiacos, en los cuales sus crisis alternen o no con asma.

Luego cita la historia de un paciente afecto a la vez de trastornos digestivos, asma y taquicardia paroxística que presentaba frecuentemente crisis de urticaria. En este enfermo un régimen prescrito contra los trastornos gastro-intestinales, le curaron completamente la urticaria y también le desaparecieron las crisis de asma y taquicardia paroxística. Esta observación muestra la importancia del factor anafiláctico en la etiología de ciertas taquicardias paroxísticas.

También citan un caso clínico señalado por Suria y Wilensky; se trata de un enfermo de 45 años que padece una estrechez mitral e insuficiencia aórtica y que sufre después de 25 años ataques de taquicardia paroxística.

Las crisis se podían explicar por las lesiones valvulares, pero los autores observaron que éstas se presentaban sobre todo después de la ingestión de alimentos azucarados, particularmente la miel. Para controlar estas observaciones se practicaron cuti-reacciones con diversos alimentos, presentándose reacción considerable después de los extractos de miel, mientras que los demás alimentos no provocaban hipersensibilidad.

Los autores después de estas observaciones, creen poder afirmar que algunas de las crisis de taquicardia paroxística son de origen anafiláctico y hacen resaltar la importancia desde el punto de vista terapéutico de las conclusiones de este trabajo.

ANASTAZY LANDAN Y STANILAW KAMINER.—Sobre el tratamiento de las afecciones pulmonares purulentas por las inyecciones de alcohol intravenosas. «La Presse Médicale». Agosto, 1932.

En este trabajo ponen de manifiesto el valor terapéutico de las inyecciones de alcohol intravenoso en los procesos pulmonares purulentos siguiendo la técnica siguiente: Usan alcohol absoluto 20 centímetros cúbicos y solución fisiológica 80 centímetros cúbicos en una ampolla esterilizada, prefiriendo esta solución al 20 por 100 mejor que de 33 por 100, por decir que esta última oblitera las venas después de cierto número de inyecciones. De esta solución al 20 por 100 inyectan diariamente 30-40-50 centímetros cúbicos intravenosos en las venas de la flexura del codo y subcutáneamente inyectan 5 unidades de insulina una o dos veces al día para evitar la posible aparición de una ictericia parenquimatosa como les ocurrió a los autores en un caso de gangrena pulmonar difusa tratada por este método.

Llegan a la conclusión de que entendido el tratamiento a tiempo, se puede variar mucho el pronóstico de los procesos bronco-pulmónicos y de los abscesos pulmonares; afirman también que la eficacia del alcohol es superior al de la emetina en todas las afecciones purulentas pulmonares con la flora aerobia habitual.

Los autores se explican el mecanismo de acción por la afinidad del alcohol para el parenquima pulmonar y la flora piógena.

F. ANDREU URRÁ.

LABORATORIOS DE QUÍMICA GENERAL

Instalación completa de aparatos - Mobiliario clínico - Accesorios

PRODUCTOS QUÍMICOS PUROS

CASA ESPAÑOLA :: Establecimientos JODRA :: PRÍNCIPE, 7 MADRID

DERMATOLOGIA Y SIFILIOGRAFIA

S. NICOLAU ET M. BLUMENTAL.—Investigaciones bacteriológicas y experimentales sobre la tuberculosis cutánea. «Ann. de Dermat. et de Syphil.» VII.^a serie. Tomo III, número 6, Junio 1932, página 497.

En esta comunicación preliminar, los autores se limitan a exponer los resultados que, en las tuberculosis cutáneas propiamente dichas, han logrado investigando de modo sistemático en los enfermos hospitalizados en su Clínica, mediante cultivo e inoculación, en estado natural y después de filtrado el mismo producto patológico.

Concluyen de estas experiencias que en la tuberculosis cutánea propiamente dicha, existe, al lado de la forma clásica de bacilo tuberculoso determinando regularmente en el cobaya una tuberculosis visceral nodular (sin chancro, lo más frecuentemente), otra forma debida a formas filtrables capaces de determinar en el mismo animal, desde la primera inoculación, una adenopatía tráqueo-bronquial, con presencia de bacilos en los ganglios y formación caseosa. Por este último detalle las observaciones de Nicolau y Blumental se separan de las habituales, por las que la inoculación de ultravirus de otras procedencias determina raramente la formación de caseum o sólo aparece después de cierto número de pases.

Los autores se consideran satisfechos del método de Löwenstein, que es sin duda el más eficaz para lograr el aislamiento directo del bacilo tuberculoso, sobre todo si se tiene en cuenta que es preciosa su acción esterilizante sobre los gérmenes que infectan secundariamente las lesiones tuberculosas y recomiendan su uso lo mismo para la siembra de material procedente de lesiones cerradas.

En 18 casos han obtenido 15 de bacilo humano, 2 de bacilo aviario y 1 negativo, pero de estos 17 casos sólo en 10 (55'5 por 100), determinaron directamente por cultivo en el bacilo humano en 8 casos y 2 el aviario.

Las lesiones cutáneas estarán pobremente parasitadas por gérmenes de virulencia en cierto modo atenuada.

A. CEDERBERG.—La pelada y su etiología. «Dermat. Wochenschrift». B. XCIV, núms. 16-17. 16 y 23 Abril 1932.

Una nueva teoría para explicar la patogenia de la pelada. El autor dice haber conseguido poner de manifiesto, en el dermis y epidermis de las placas peládicas, unos espirilos a los que concede suma importancia. El autor se ha valido del método de Levaditi.

Para C. la pelada derivaría de una inflamación del folículo debida a una espirilosis. El comienzo sería por un «chancro» o accidente primitivo localizado en boca, diente o bien en el tubo digestivo. Al llegar la infección a la piel se determinaría una papilitis tóxica, manifestación local de la espirilosis dermo-epidérmica.

C. considera que el traumatismo invocado frecuentemente en la patogenia de la pelada (?) serviría para localizar la infección y por lo tanto sus lesiones. Asimismo las discromias y el vitiligo que paralelamente a la pelada se observan, serían semejantes a los disturbios leucomelanodérmicos sifilíticos.

Terapéutica: la de una espirilosis. La triada As. Bi. Hg. y en las formas graves llega incluso a recomendar la inoculación del paludismo.

SÉZARY, DUCOURTIOUX ET DURUY.—**Dos casos de reinfección sífilítica. Precocidad de los accidentes secundarios.** «Soc. Franc. de Dermat. et de Syphil». Séance du 14 Avril 1932. «Bull. de Dermat. et de Syphil», núm. 4, pág. 541.

Los autores comunican dos casos de reinfección sífilítica notables por las particularidades evolutivas de los accidentes secundarios.

La reinfección les parece indiscutible en ambos casos por el aspecto clínico de la segunda lesión, su diferente localización, la adenopatía de tipo primario y los accidentes secundarios. En el caso primero se comprobaron treponemas abundantes en la serosidad del chancro y las reacciones en sangre fueron positivas. En ambos casos la primera sífilis había sido tratada con particular intensidad (tratamiento conjugado arseno-bismútico).

En el caso primero, quince días después de la aparición del chancro, brotó una roseola. Diecinueve días después del comienzo del chancro, tuvo lugar en el segundo caso la aparición de lesiones papulosas alrededor del accidente inicial. Como Marcel Pinard, piensan los autores que la precocidad de la erupción secundaria, se debe a la existencia de una primera infección sífilítica.

M. PINARD, P. VERNIER ET MLE. JEAGER.—**Estadística de sífilis recientes observadas durante los años 1929-30-31, en un servicio del Hôpital Cochin.**—Soc. Franc. de Dermat. et de Syphil». Séance du 14 Avril 1932. «Bull. de Derm. et de Syphil», núm. 4, pág. 546.

Durante los últimos tres años, comprueban aumento de sífilis recientes.

En 1929: 376 casos.

Chancro sífilítico: 199 hombres, 19 mujeres.

Accidentes secundarios: 103 hombres, 55 mujeres.

En 1930: 384 casos de sífilis recientes.

Chancro sífilítico: 227 hombres, 27 mujeres.

Accidentes secundarios: 93 hombres, 37 mujeres.

Número total de enfermos nuevos de dicho servicio durante el año 1930, 4.476.

En 1931: 664 sífilis recientes.

Chancro sífilítico: 260 hombres, 96 mujeres.

Accidentes secundarios: 190 hombres, 118 mujeres.

Durante el año 1931 el número de enfermos nuevos fué de 3.254 (1.222 menos que en el 1930).

En el total de los casos observados en los años 1929-30-31, pudo precisarse la fuente de contaminación en 362 enfermos.

207 hombres han sido contaminados por prostitutas de encuentro fortuito.

67 hombres lo fueron por pequeñas amigas.

22 hombres fueron contagiados en casas de prostitución.

4 lo fueron por su mujer legítima.

De las mujeres, 44 lo fueron por su amigo.

16 deben la sífilis a su marido.

2 por su novio.

Estas cifras hacen que los autores no compartan el optimismo de los doctores Sézary y Duray, y de Gougerot y Bournier.

LEDO.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

BROUCHA.—**Empleo de la coneja para el diagnóstico biológico del embarazo.** «Bulletin de la Société D'Obstetrique et de Gynecologie». Número 6. Junio 1932.

A. Broucha aporta una nueva modificación de la reacción de Aschheim y Zondek. Con el objeto de obtener resultados más rápidos, emplea la vía venosa para inyectar la orina de la gestante. El animal elegido es la coneja. No hace falta que el animal sea impúber. Broucha emplea animales de todas las edades, pero para evitar todo margen de error hace preceder la inyección de una laparatomía exploradora hecha bajo anestesia con éter.

Utilizado este proceder en 190 casos, el diagnóstico biológico ha sido confirmado por la clínica salvo en un caso de embarazo, donde la coneja empleada estaba enferma.

Para hacer dicha reacción es necesario tener en todo momento conejas, no hace falta más que un animal para cada caso, una sola inyección. La reacción es macroscópica y fácil de ver. El resultado es rápido, en general, 24 a 36 horas después de la inyección.

TADEUSZ KELLER.—**Muerte habitual del feto durante el trabajo.** «Ginekoloja Polska». Tomo IX. Diciembre, 1930.

El autor ha descrito algunos casos de muerte del feto que no son explicables por la existencia de trastornos patológicos en la madre o en el niño, y la única manera de asegurar su vida es hacer una cesárea abdominal. Para el autor en estos casos la muerte fatal la atribuye a una perturbación músculo-vascular del útero. Todos sabemos que en el estado normal después de la expulsión del feto y del alumbramiento, la retracción muscular asegura la obliteración de los vasos uterinos (autoligaduras). Si esta obliteración se produce durante el trabajo, fácilmente puede explicarse que sea la causa de la muerte del niño, a veces desde los primeros dolores. Se puede también observar en la misma parturiente, el fenómeno inverso: retracción muscular insuficiente para ocluir los vasos dando lugar a hemorragias profundas del post partum.

ERKI WAREU.—**Consideraciones sobre la dilatación instrumental del orificio uterino.** «Acta Obst. et Gin. Scandinavica». Tomo IX, fascículos 1-4. Año 1930.

En 31 casos de inercia primitiva o de rigidez de cuello, el autor ha empleado el dilatador de Wichmaun, del que hace una descripción minuciosa. El aparato está destinado a provocar una dilatación lenta del cuello; en algunos casos el aparato ha permanecido colocado en el cuello hasta 10 horas; dice que no es doloroso. En 21 casos la dilatación ha sido completa y en los 10 restantes incompleta. 15 partos han terminado espontáneamente y 15 mediante aplicación de fórceps. Jamás ha tenido que lamentar lesiones de la madre, ni del niño. El autor hace notar que cuando el parto es posible por las vías naturales, la dilatación instrumental tal y como él la practica, es útil y recomendable como proceder profiláctico.

VILLEGAS.

CEREGUMIL

Alimento completo vegetariano

HIGIENE Y BACTERIOLOGIA

IMBEAUX.—La práctica americana actual para la esterilización de las aguas potables. «Revue d'Hygiene». Tomo LIV, número 4, página 270.

Los norteamericanos no se orientan hacia las dosis ínfimas de cloro para la esterilización de las aguas, sino que cada vez se tiende más en los Estados Unidos a emplear dosis fuertes (superchlorination) con el tratamiento subsiguiente para suprimir gusto y olor desagradable. Estos tratamientos son por el hipo o el sulfito de sodio (Inglaterra), por el permanganato potásico (Buffalo, Rochester), carbón activado en polvo (Norfolk) y por adición de amoníaco (pre-ammonisation). De este último método había en los Estados Unidos cinco instalaciones en 1930 y 190 en Mayo de 1931.

El amoníaco en presencia del cloro da nacimiento, en proporciones variables, y según condiciones, a tres productos poco estables llamados cloraminas: monocloramina y tricloramina o tricloruro de nitrógeno.

El método actual consiste en poner primero el agua en contacto con el amoníaco bajo la forma de gas anhidro y a la dosis de 0,2 a 0,5 partes por millón: se añade en seguida el cloro o el hipoclorito a la dosis precisa según la naturaleza del agua.

Las experiencias se han hecho con el colibacilo y en una solución que contenía un millón por centímetro cúbico y resulta de ellas que las débiles dosis de cloro son incapaces de esterilizar completamente el agua y que la adición de amoníaco, retardando el proceso de esterilización, la hace más perfecta disminuyendo la turbidez y el descenso de temperatura puesto que este descenso obra disminuyendo el efecto bactericida.

Después de las dos primeras horas (retraso por el amoníaco), el efecto bactericida es mucho mayor con el tratamiento «ammonia-chlorine», que con el cloro solo y el efecto final aumenta con la dosis de amoníaco.

L. DUFESTEL.—La salud de los escolares de las ciudades. «La Médecine», número 17, página 950. Año 1931.

El examen de los alumnos de las escuelas primarias de París demuestra una elevada proporción de trastornos respiratorios (casi un cuarto) y una decadencia orgánica más o menos marcada (un quinto). En las escuelas de Lila, la proporción de niños de 12 a 14 años normales es inferior al 20 por 100.

Los factores que intervienen para explicar esta situación es, por parte de las condiciones de alimentación y de habitación, el régimen de vida impuesto a los escolares de las grandes ciudades, que son condenados a seis horas de inmovilidad en clase, en locales a menudo insuficientes en cuanto a cubo de aire y ventilación y frente a mesas demasiado bajas y mal adaptadas a su talla.

Dufestel ve la solución de este grave problema en una reforma del régimen escolar actual que permitiera a todos los niños por lo menos dos horas de vida al aire libre y entregados a juegos.

SANARELLI Y ALESSANDRINI.—Sobre la ultrafiltración de las bacterias patógenas. El ultravirus tifo-paratífico. «Annali d'Hygiene». Tomo XLII, número 2, página 65. Roma, 1932.

Los autores aplican para sus investigaciones el método de los sacos de colodion que ya emplearon para el estudio del ultravirus tuberculoso. Los sacos de colodion llenos con un cultivo en caldo de bacilo tífico se sumergen en tubos de caldo y se

colocan en estufa a 37°. Al cabo de tres a diez días aparece un leve enturbiamiento que al microscopio presenta finísimas granulaciones y alguna que otra forma bacilar. Resiembras en agar o en medio de Drigalski, dan a los tres o cinco días colonias típicas eberthianas.

Los mismos resultados se obtienen operando con agar en lugar de caldo. De estas experiencias, así como de las hechas con el bacilo paratífico, se sacan las siguientes conclusiones:

1.^a Los virus tífico y paratífico producen, como el tuberculoso, ultravirus capaces de atravesar fácilmente los ultracanalículos o espacios intermicerales de los ultrafiltros de colodion. 2.^a El ultravirus tifo-paratífico representa una fase biológicamente atenuada o inmadura del tronco bacilar de que procede. 3.^a Son precisos algunos pases de la forma bacteriana primordial, derivada de los elementos invisibles de ultravirus, para hacerle recuperar las propiedades antigénica y patógena original. 4.^a Cuando el ultravirus de un microbio de gran virulencia sale de la pared de un saquito de colodion situado en el peritoneo de un animal sensible, puede producir en éste una enfermedad de larga duración y curable; el exponente de tal proceso morboso atenuado y efímero está representado por la alta tasa de aglutinación que va presentando el suero. 5.^a En algunos casos el ultravirus paratífico pasando a través de los sacos de colodion en el peritoneo de un animal sensible, puede recuperar en los tejidos la virulencia original y producir el característico proceso septicémico.

DR. E. ZAPATERO.

PRODUCTOS "ROCHE"

PANTOPON "ROCHE"

Totalidad de los alcaloides del opio en forma soluble e inyectable. Todas las indicaciones del opio y de la morfina sin sus inconvenientes

DIGALENE "ROCHE"

Acción digitálica total y constante
Afecciones del sistema circulatorio, cardiopatías, neumonías, etcétera, etcétera

Productos F. HOFFMANN-LA ROCHE Y C.^{IA}, S. A.

de París y Basilea

A. Ambroa - Santa Engracia, 4 - MADRID

BIBLIOGRAFIA

PRECIS DE RADIO-DIAGNOSTIC, por Paul Lamarque, Profesor agregado de la Facultad de Medicina de Montpellier.—Colección Testut. Un volumen en 8.º de 750 páginas, con 574 radiografías y esquemas explicativos.—G. Doin, editor. París, 1932.

Es difícil condensar, como lo hace el autor de esta obra, las múltiples cuestiones teórico-prácticas de radio-diagnóstico, que interesan al médico general como al especialista.

Numerosos tratados, excelentes muchos, todos con rica documentación, figuran en la biblioteca del radiólogo. Pero estas obras, por su minuciosidad no son útiles para el médico no demasiado versado en la especialidad.

El Profesor P. Lamarque, ha avalorado la Colección Testut con este volumen, en el que pasa revista a todos los puntos más comunes del radio-diagnóstico, enseñando todo cuanto debe conocer el médico actual.

Extensamente trata la semeiología radiológica y ampliamente esboza los métodos de exploración.

El desarrollo que la radiología ha adquirido y la extensión de los métodos radiológicos a todas las ramas de la medicina, hacen lugar a esta obra cerca del médico general, del cirujano y del especialista así como también será leída con gusto por los radiólogos. El estudiante encontrará en ella preciosa iniciación.

La edición, minuciosamente cuidada sobre papel couché, con magnífica colección de clichés seleccionados y bellamente reproducidos.

L.

PROFESOR PIO MARFORI.—Tratado de Farmacología y Terapéutica (Toxicología y Farmacognosia). 4.ª edición española traducida de la 4.ª italiana, por el doctor Francisco Bascompte, profesor libre de Terapéutica. Un volumen en 4.º mayor de XXIV-888 páginas. Manuel Marín, editor. Provenza, 273, Barcelona.

Inmediatamente después de aparecer la cuarta edición italiana de la obra del profesor Marfori, aparece la traducción española cuidadosamente realizada por el doctor Francisco Bascompte, probando así, el favor que por parte de la clase médica y el profesorado de habla española, merece la obra que el profesor Marfori en sus sucesivas ediciones ha mejorado, añadiendo en cada una de ellas, cuanto la práctica había sancionado todo lo que el laboratorio y la clínica iba consagrando.

En esta última edición que comentamos, desde sus primeras páginas, en los capítulos generales que sirven de introducción a la parte de Farmacología y terapéutica especiales, encontramos las innovaciones. Así el capítulo consagrado a la asociación de medicamentos; conocidos los trabajos llevados a cabo en el Instituto de Farmacología y Terapéutica de Nápoles por su director, se concibe lo interesante de este capítulo consagrado al sinergismo.

Los nuevos remedios: la colina y sus derivados, de tan interesante aplicación en la práctica; el estudio consagrado a los derivados barbirúricos en sus aplicaciones hipnóticas, la exposición que de la cuestión de las vitaminas hace, son entre otros, puntos nuevos que el profesor Marfori pone al día.

Consérvase el plan de la obra, que ya ha mostrado sus excelencias. La extensión

de la parte química con relación a las secciones experimental y clínica, está cuidadosamente calculada, librando al lector del embarazo de un alarde de erudición inútil y farragoso.

La edición, realizada por don Manuel Marín, es la que corresponde a obra de tal categoría y a editorial tan acreditada.

L.

L. HYPOGLYCEMIE.—Por Jean Sigwald. Prólogo del Profesor F. Rathery.—G. Doin et Cie., editeurs. París. Un volumen en 8.º de 320 páginas.

Las modificaciones de la glucemia ocupan en patología médica un lugar cada vez más importante.

El descubrimiento y la aplicación de la insulina hacen aparecer la hipoglucemia; sus principales manifestaciones fueron rápidamente conocidas tanto en el hombre como en el animal y se las utiliza para valorar el producto hormonal.

Todas las adquisiciones en esta materia están condensadas y admirablemente descritas en esta monografía tratando en su primera parte de los síntomas de la hipoglucemia, pasando luego a estudiar respectivamente las hipoglucemias espontáneas, debidas a una insuficiencia alimenticia, a un trastorno glandular o como en esta última eventualidad, a un hiperfuncionamiento del páncreas por adenoma o carcinoma de los islotes de Langerhaus, etc., estudia luego la hipoglucemia provocada terminando con el estudio de su patogenia y tratamiento, dedicando antes un capítulo a la hipoglucemia de los animales.

Una bibliografía completa de la cuestión termina esta obra, en la que hay intercaladas algunas gráficas.

F. ANDREU URRA.

LA SIMPATICOTERAPIA.—Por Paul Gillet.—G. Doin et Cie., editores, 1932.

Sumamente interesante nos parece esta obra, en la que el profesor Gillet, pone de manifiesto el estado actual de una materia, acerca de la cual se poseen aún escasos conocimientos fisiopatológicos, y cuyo valor terapéutico es todavía muy restringido.

En sucesivos capítulos hace resaltar la importancia de diversas experiencias por él y otros investigadores realizadas, y las conclusiones que de ellas se deducen para alcanzar una notable mejoría, y en bastantes casos la curación de ciertas afecciones del sistema nervioso.

Hace breve historia de la simpaticoterapia, procedimiento ya empleado por los chinos 2.600 años antes de J. C., pasando después a comentar las diversas escuelas que de esta materia se han ocupado; y explica el motivo por el que ha prescindido del nombre de reflexoterapia que le dió Bonnier, para sustituirle por el de simpaticoterapia.

En varios capítulos, pone de manifiesto los dos grandes centros (nariz y recto) que el médico tiene a su alcance para actuando sobre ellos, según el procedimiento que el profesor Gillet explica, (toque nasal y rectal), producir una excitación tal sobre el sistema neurovegetativo, que lleva a la curación de algunas afecciones del sistema nervioso.

Hace ver también cómo, mediante estos toques, se producen modificaciones en la tensión del líquido céfalo-raquídeo, y disminución en el número de leucocitos de la sangre.

En la segunda parte, cita una serie de historias clínicas de sujetos tratados por simpaticoterapia, en los que ha advertido curaciones y notables mejorías de los procesos que les afectaban. Y llega a las siguientes conclusiones:

1.^a Que en los casos de espasmos vasculares, cefaleas, asma nerviosa, angina de pecho, neuralgias de trigémino, ciática, etc., se llega a la completa curación.

2.^a En los tabéticos se consigue una mejoría de la ataxia y los dolores; en algunas parálisis y principalmente en la infantil, se obtiene una desaparición de la atrofia muscular y notables modificaciones en la célula nerviosa, demostrable por la exploración eléctrica. En las hémiplejías del adulto se llega a una desaparición total de la contractura. Menos modificable es la del viejo.

3.^a En manos inexpertas la simpaticoterapia es totalmente inofensiva.

F. ESCRIBANO.

LIBROS RECIBIDOS

- (29) P. MARFORI.—**Tratado de Farmacología y Terapéutica**, 4.^a edición española, traducida de la 4.^a italiana por el doctor F. Bascompte. Manuel Marín, editor. Barcelona, 1933.
- (30) F. W. PRICE.—**Tratado de Medicina práctica**. Versión del inglés por el doctor N. M. Martínez Amador. Tomo II. Gustavo Gili, editor. Barcelona, 1932.

Eficaz e inocuo tratamiento

se obtiene con el empleo de la ANTIBLEFARINA KIRCHNER en las BLEFARITIS, CONJUNTIVITIS, QUERATITIS, ORZUELO, QUEMADURAS, EROSIONES, ULCERAS Y HERIDAS INFECCIOSAS DE LA CórNEA, ULCERACIONES Y QUEMADURAS PALPEBRALES.

La ANTIBLEFARINA KIRCHNER es la primera pomada oftálmica a base de **Loretinato de Bismuto** que se divulgó a los señores oftalmiatras de España y América latina, según fórmula del Profesor don Tomás Blanco de Valencia, que fué quien dió a conocer en España la gran eficacia terapéutica, en oculística, del **Loretinato de Bismuto** y el que pudo precisar, por su dilatada experiencia clínica, las varias indicaciones que posee por su intensa acción bactericida y poder astringente o secativo.

La expresión del crédito alcanzado por la ANTIBLEFARINA KIRCHNER, está en el hecho de la aparición, posteriormente, de preparaciones similares, como ocurre siempre que una determinada especialidad farmacéutica adquiere, por su eficacia, un auge considerable entre los señores facultativos.

Dada su absoluta inocuidad, puede aplicarse inclusive al ir a acostarse

LITERATURA,
Y MUESTRAS
PARA EXPERIMENTACIÓN CLÍNICA:

ANTIBLEFARINA
OFTALMOTERAPICOS KIRCHNER-Sardañola (Barcelona)

LABORATORIOS VIAN

Doctor B. Roig Perelló
San Pablo, 33 - BARCELONA

Los FERMENTOS LÁCTICOS VIAN

(cada tubo de 2 cc. contiene 500 millones de B. lácticos y búlgaros, seleccionados, puros y vivos) a la dosis de 3-4 tubos por día, en ayunas y antes de las comidas, mezclados con leche o agua lactosada, CURAN:

Gastro enteritis. Diarrea verde infantil. Enterocolitis. Cirrosis hepática. Trastornos nerviosos de origen intestinal. Dermatitis, etc.

BACTERIOFAGOS VIAN

Antifélico - Antiparafélico A y B
Antidisentérico - Anticolibacilar

(vía hipodérmica y gástrica)
Anticolibacilar polivalente
(caja de 10 ampollas de 10 cc.)

Para combatir con éxito las enfermedades tíficas, paratíficas, colibacilares y antidisentéricas.

de intensa acción lísica sobre el B. coli, en las afecciones de los aparatos digestivo y urinario. Colitis, Sigmoiditis, Gastroenteritis, Colicistitis, Congestiones hepáticas, etcétera, Pielonefritis, Pielitis, Cistitis; Prostatitis, Uretritis, etcetera.

Antiestafilo-estreptocócico

Indicado en el tratamiento de

Antrax - Forunculosis - Orzuelos - Pleuresía estreptocócica o estafilocócica - Salpingitis - Fiebre puerperal - Ulcera gastro-duodenal, etc.

¡ un acierto !
¡ en dietética !

como alimento normal

es el complemento preciso de la leche, asegurando su digestión y aportando calorías (maltosa, dextrina, albúmina), vitaminas, fosfatos, sales de hierro y calcio naturales y asimilables.

como tratamiento

de la dispepsia, colitis y enterocolitis, en los trastornos por putrefacción y en otros muchos que no responden a tratamientos clásicos y doctrinales este régimen, cómodo, agradable y económico, le proporcionará seguros éxitos y agradables sorpresas.



MALTARINA

El alimento medicina

PARA NIÑOS Y ESTÓMAGOS DELICADOS

Laboratorios HALONSO - Reinosa -

Pida usted muestras para la alimentación perfecta de sus hijos

El problema social del aborto provocado

por Leopoldo CORTEJOSO

Es un hecho innegable, en el estado actual del desenvolvimiento de las colectividades, que las nuevas concepciones de la moral y del Derecho, juntamente con el trastorno económico que ha revolucionado la vida de todos los países, han motivado un cambio profundo en la conciencia de los hombres que forzosamente ha de repercutir en la esencia de los Códigos fundamentales. Para muchos hombres, provocar un aborto, no es ya ejecutar un delito. Y en otros casos, propagar esa provocación en determinadas circunstancias terapéuticas o sociales, no se considera inmoral, ni siquiera perturbador, sino sencillamente beneficioso para la humanidad.

Ante esta corriente de simpatía hacia el aborto provocado, se ha alzado en todos los pueblos la voz airada de sociólogos, médicos, juristas y sobre todo, teólogos, que consideran un verdadero atentado la limitación de la natalidad por el medio que sea. La procreación—se ha dicho—es un deber social, ineludible y de imperioso cumplimiento. A lo que autores de todos los países contestan: La libertad de procreación es tan sagrada como la libertad de pensamiento. Toda mujer tiene el derecho de ser madre, pero tiene también la libertad de no serlo (1). Y Jiménez Asúa (2), comentando unas palabras del eximio Marañón, dice: No se puede negar el derecho de la madre a limitar la prole.

En medio de discusiones y polémicas, se ha puesto de manifiesto un hecho incontrovertible deducido del estudio de las estadísticas: la creciente disminución de la natalidad, en especial en Europa. ¿A qué se debe esa disminución de la natalidad?

Es indudable que la causa principal, pero no única, es el constante aumento en el número de abortos provocados. Engelsmann (3) lo conceptúa como la verdadera causa y desde luego la más importante, pero en sentir de Pestalozza (4) debe admitirse la posibilidad de una disminución lenta y progresiva de la fecundidad de una raza, fuera de toda influencia de la voluntad de los procreadores.

Por otra parte, el hecho de la disminución de la natalidad no es nuevo en la historia del mundo y ya en la segunda mitad del siglo XIX hubo en Europa un gran descenso, que se relacionó, como siempre que este hecho ha tenido lugar, con un manifiesto desarrollo de la civilización y una agudización del problema económico.

De la importancia del descenso de la natalidad, pueden dar idea estas cifras comparativas, entresacadas de un trabajo de Hans Albrecht (5).

NACIDOS VIVOS POR CADA MIL MATRIMONIOS (Mujeres menores de 45 años)

	1900	1924
Alemania	286'1	146'0
Bélgica	250'8	160'4
Dinamarca	257'1	181'3
Inglaterra	231'3	148'4
Italia	268'5	250'0
Noruega	300'8	224'7
Suecia	267'1	170'5
Suiza	265'9	175'1
España	259'4	248'4 (1923)
Holanda	320'0	238'9

A lo que parece, los países europeos donde las cifras de fertilidad matrimonial han descendido más, han sido por orden sucesivo, Francia, Alemania, Inglaterra y Suecia, mientras que en los países del sur de Europa, la natalidad se sostiene más alta. En Alemania el problema preocupa intensamente, y Vollmann, en el 46 Congreso de la Liga de la Sociedad Médica Alemana, celebrado en Lipsia en 1925, puso de manifiesto la reducción de la natalidad, de cerca de un 40 por 1.000, a poco más del 20, relacionando esta disminución con el aumento en la proporción de abortos provocados y morbosidad femenina consiguiente.

Iguales deducciones se sacan del examen de las estadísticas de la Rusia Soviética, especialmente de Leningrado, si bien los rusos sostienen que su natalidad aumenta y sus abortos provocados disminuyen, y por lo que se refiere a España, los datos antes citados concuerdan con los expuestos por el Departamento de Estadísticas Sanitarias de la Dirección General de Sanidad, que asegura que la natalidad en nuestro país (proporcional a mil habitantes) fué en 1900 de 33'81, en tanto que en 1931 fué de 28'29; el censo se acusa a partir de 1903 (36'19).

Es indudable pues, que la natalidad disminuye, aunque merced al descenso paulatino de las cifras de mortalidad, la población del planeta, según estadísticas de la Sociedad de Naciones (6), no sólo se mantiene elevada, sino que se ha duplicado desde comienzos del siglo XIX. Pero es evidente, y en esto se basan especialmente las preocupaciones de los Estados, que la disminución de la natalidad conduce al envejecimiento del país y disminuye su potencialidad guerrera y fuerza expansiva, y de ahí que en todos los tiempos y bajo todos los climas, se haya querido atajar el mal con medidas restrictivas y penalidades diversas para los causantes de la provocación de un aborto.

El fracaso rotundo de estas medidas es bien conocido por todos los médicos, que no ignoran la relativa facilidad con que el aborto se sigue practicando clandestinamente en número cada vez mayor y con consecuencias muchas veces funestas. Dehmel, de Berlín, calcula en 800.000 los abortos que se provocan anualmente en Alemania. Proubasta, de Barcelona (7), evalúa en 35 a 45 el número de abortos que se practican a diario en la ciudad condal y Vital Aza, de Madrid, sin precisar el número, dice que a juzgar por la gran cantidad de enfermas que se tratan por trastornos debidos a abortos criminales, la práctica está muy extendida.

Da idea de esa extensión, por lo que se refiere a Alemania, el hecho siguiente: El artículo 218 del Código Penal germánico, castiga como delito el aborto provocado por causas no médicas. Para conseguir la desaparición del citado artículo, Dehmel, en Junio de 1931, creó un «Comité de confesión contra el artículo 218», el cual habría de recoger el testimonio de todas las mujeres que habiéndose provocado el aborto, tuvieran el valor de denunciarse a sí mismas, contando de antemano con que su número sería tan grande, que en la imposibilidad legal de proceder contra todas, se obligaría al legislador a modificar la ley. Ignoramos el resultado concreto de esta campaña, que en un principio motivó, sobre todo en Stüttgart, una persecución policiaca con encarcelamiento de varios médicos.

De intento hemos dejado aparte la cuestión del número de abortos que se practican en la República Soviética, donde, como se sabe, el aborto está reglamentado y se practica en los llamados Laboratorios de aborto, con el fin de llevarle a cabo científicamente y acabar con el aborto clandestino. El número de abortos en Rusia, según el profesor Semachko y el doctor Gueras (8), disminuye, al paso que aumenta la nata-

lidad. Fernán Pérez, en una conferencia pronunciada en Barcelona, evalúa en 900.000 los abortos que anualmente se practican en Rusia.

Ante el fracaso de las medidas restrictivas, que no sólo no han evitado el aborto clandestino, sino que al practicarse éste en condiciones deplorables, ha contribuido al aumento de la mortalidad materna (en Rusia antes de la implantación del aborto oficial, eran víctimas de la infección el 50 por 100 de las mujeres, muriendo un 4 por 100 de ellas), los médicos de todos los países se han esforzado en hacer comprender al legislador la importancia que tiene el modificar la ley, reglamentando los casos en que el aborto debe ser autorizado y manteniendo las penalidades para aquellos otros en que no exista indicación precisa. Rusia primero, Estonia y Polonia después, han suprimido de sus Códigos penales el castigo del aborto provocado por persona competente, a petición de la enferma y por motivos de salud o sociales. En Suiza, varios intentos para llegar a este fin, no han logrado completo éxito. Los teólogos y sociólogos han reaccionado con una oposición tenaz a todo lo que signifique restricción de nacimientos (*birth control* de los ingleses y americanos), y el problema—interesante, delicado, digno de meditación—sigue en pie.

Por otra parte, los motivos que puede tener hoy día una mujer para provocarse un aborto son más variados y complejos y es indudable que las perturbaciones económicas originadas por el exceso de familia, la falta de trabajo y la carestía de la vida, pueden colocar, y de hecho así ocurre muchas veces, a una familia de moral intachable, en condiciones bien difíciles, en tanto el Estado no acuda en su socorro con medios de eficacia comprobada, que aminoren la miseria familiar.

Otro motivo que justifica la modificación de la ley, es la facilidad con que ésta puede ser burlada por el médico desaprensivo. Como ha hecho notar Haro, el artículo 428 de nuestro Código penal, castiga al médico «que abusando de su arte» provocase el aborto, de donde se deduce que el médico que haciendo «uso de su arte» y creyéndolo indicado y científico, practica un aborto, no puede ser castigado. Iguales reparos pueden oponerse a la ley italiana, por cuanto, según Pestalozza, se da el caso anómalo de que mientras en una clínica Obstétrica como la de Roma, con 3.000 embarazadas acogidas al año, se dan doce casos de aborto provocado, en otra de provincias, con sólo 800 acogidas hubo, en igual período de tiempo, 200 abortos llamados médicos; es decir, en una el 4 por 1.000 y en otra ¡el 250 por 1.000! Es indudable que en este caso hubo médicos que abusaron de su arte, sin que por ello fueran castigados. Y nos hemos fijado en países que, como Italia y España, se distinguen por su menor descenso de la natalidad, en relación con lo que ocurre en los restantes pueblos europeos.

* * *

Existen tres clases de indicación que pueden justificar la interrupción de un embarazo: la indicación terapéutica, la indicación social y la indicación eugenésica. Respecto a ninguna de ellas hay conformidad absoluta entre la diversidad de autores que de tales cuestiones se han ocupado, es decir, que mientras hay quien afirma que tal enfermedad o cual estado patológico con manifiesta tendencia a reflejarse en la prole constituyen claramente un motivo para la provocación del aborto, no falta quien niegue tales aseveraciones y se oponga resueltamente a la interrupción del embarazo.

Por lo que se refiere a la indicación terapéutica, cuestión en su mayor parte más de internistas que de ginecólogos, no sólo no hay unanimidad de pareceres, sino que refiriéndose al caso concreto de determinada enfermedad, las opiniones son dispares y discordantes. Lo más estudiado en este aspecto, ha sido lo relativo a las cardiopatías

y a la tuberculosis pulmonar, coincidiendo con el embarazo. Y es curioso que—refiriéndonos a la tuberculosis pulmonar—mientras algunos autores (Pouey (9), Turenne, de Valparaíso, y bastantes médicos americanos) no sólo aconsejan la interrupción, sino que van más allá y preconizan la esterilización definitiva de la enferma; otros (Mönckeberg, de Chile, Sayé, Nubiola, Calmette, Recasens, Gil Casares (10), condicionan el pronóstico de la tuberculosis de la enferma a los resultados de la intradermorreacción y en caso de agravación son partidarios de la provocación del aborto, pero absteniéndose en todos los demás casos con esta acertada pregunta: ¿se está seguro de salvar la vida de la madre interrumpiendo el embarazo? Nos parece, en este punto, muy digno de tenerse en cuenta, el criterio expuesto por L. Bernard (11), quien dice: Una joven tuberculosa no se debe casar; si se casa, no debe tener hijos; si queda embarazada, hay que determinar en primer término, si su tuberculosis es evolutiva o no.

Más conformidad parece que existe en lo relativo a la coincidencia del embarazo con las cardiopatías. La mortalidad en las cardiopatías descompensadas parece que llega, según Fellner, al 38'5 por 100 y según Winter, al 18 por 100 (12), y ante situaciones patológicas de esta naturaleza, existe una unanimidad de criterio que sin embargo, prejuicios religiosos o de otra índole, pueden hacer ineficaz, como en el caso citado por Botella (13), en el que una embarazada con estenosis mitral, que era causa de múltiples molestias, tuvo más en cuenta la opinión de su confesor que la de varios distinguidos internistas que se hallaban de acuerdo en la necesidad de practicar el aborto, muriendo la enferma al dar a luz. También en este punto, los autores americanos van más allá de la provocación del aborto y aconsejan la esterilización de la enferma.

Otros muchos estados patológicos al coincidir con la gestación, han planteado la cuestión terapéutica de si era o no conveniente provocar el aborto. Sería en extremo beneficioso que Academias científicas y Colegios profesionales se pusieran de acuerdo en este aspecto, porque no sería prudente juzgar con ligereza la conducta de un médico que actuando con probidad prodigase el aborto terapéutico por creer su conducta científica, ni estaría dentro de los límites de una severa moral médica el que por huir de ese peligro, se dejasen perder enfermas que de otro modo salvarían su vida. Se hace necesario, por lo tanto, ese acuerdo, sin perder de vista que si los ginecólogos se ven obligados en trances dolorosos, cada vez más raros afortunadamente, a sacrificar la vida del feto para salvar a la madre, no se puede esgrimir este mismo argumento—el salvar una vida a costa de otra—como contrario a la conveniencia de practicar un aborto.

La indicación social del aborto provocado, aceptada por el 40 por 100 de los médicos de Hamburgo como causa única, y por el 80 por 100 asociada a una indicación abortiva médica todavía dudosa (14), es la que actualmente se tiene más en cuenta en Rusia y la que mayor número de veces obliga a la mujer a acudir al aborto clandestino en los países donde no hay reglamentación. Sus causas son múltiples, pero en orden de frecuencia, según Gueras, están, la falta de recursos (44,6 por 100), la insuficiencia de habitaciones con exceso de familia (43,9 por 100) y el estar ya amamantando otro hijo (23'4 por 100). Estas cifras se refieren a Rusia y no tienen, desde luego, equivalencia en nuestro país.

La indicación social de la interrupción del embarazo es signo de los tiempos modernos. Su importancia es tal, que cada vez son más frecuentes las sentencias absolutorias de jueces que califican de cruel la ley que condena el aborto y claman por la implantación de leyes más modernas, amplias y justas. Jiménez Asúa dice rotunda-

mente: el aborto no es un delito. Y Mr. Mac-Cardie, juez de Leeds (Inglaterra), ante el doloroso espectáculo de mujeres depauperadas física y espiritualmente, que sin embargo pueden concebir, sostiene que el aborto «debiera ser obligatorio». Claro que en estos casos, que rozan más la indicación eugenésica, parece más lógico evitar que interrumpir un embarazo. Y desde luego, menos peligroso.

En este grupo de las indicaciones sociales pueden incluirse los abortos, por lo que algunos llaman *motivo sentimental*, esto es, en casos de violación en circunstancias trágicas y dolorosas y en casos de incesto, siempre que el atentado haya quedado probado suficientemente, para evitar posibles abusos y procesos debidos a personas sin escrúpulos.

La indicación eugenésica, aceptada por el 65 por 100 de los médicos de Hamburgo, debe atender más a impedir la gestación (esterilización, medios contraceptivos) que a interrumpirla. Puede ocurrir, sin embargo, que los medios puestos en práctica, por insuficientes, no permitan alcanzar el fin deseado, teniendo lugar la fecundación, y en tal caso, admitida la conveniencia o la necesidad de evitar el acceso a la vida de seres tarados, física o psíquicamente, no queda otro recurso que la provocation del aborto.

En España, como se demostró en el desarrollo del Primer Curso Eugénico Español (1928), no hay ambiente todavía para la implantación de medidas eugenésicas. Sabido es que la Eugenesia, ciencia antigua con ropaje moderno, tomó su mayor incremento en Inglaterra, a partir de los estudios de Galton, siendo la *The Eugenics education Society* la propagadora de esta ciencia, que estudia— como definió Recaséns—la higiene de la raza, tanto en su aspecto físico como en el psíquico.

Como afirma Sanchís Banús (15), la procreación patológica, en el sentido de enfermedad de los progenitores, se refleja en la descendencia del siguiente modo:

O bien legándoles por herencia directa la misma enfermedad que ellos padecen.

O bien legándoles una disposición para enfermar que sólo se manifiesta cuando actúan ciertas causas externas.

O bien engendrándoles monstruosamente porque la enfermedad del progenitor haya lesionado el plasma germinativo.

Todas las infecciones e intoxicaciones pueden ser causa de una procreación patológica, y de hecho lo son muchas veces, si bien de padres tarados pueden nacer hijos sanos y hasta verdaderos genios, lo que se ha esgrimido constantemente por los adversarios de la Eugenesia, poniendo por delante el ejemplo de Beethoven, hijo de un alcohólico y de una tísica. Pero esto es excepcional y por cada sér superior que pueda nacer de padres enfermos, ¿qué número de desgraciados, criminales, vagabundos o imbéciles se diseminarán por la tierra para ser una carga y un castigo, socialmente considerados?

No es posible negar que una serie considerable de enfermedades (labio leporino, polidactilia, ictiosis, ciertas miopatías llamadas familiares, imbecilidad, sordomudez, hemofilia) pueden transmitirse por herencia directa. Respecto a la predisposición, la constitución timo-linfática, según Estella, responde fielmente a la herencia, y el viejo concepto de Fournier «la sifilización del padre prepara la tuberculización del hijo» no puede olvidarse. Por otra parte, la influencia del alcoholismo—habitual o accidental—sobre la procreación, ha sido suficientemente estudiada y de ella son claros ejemplos, el emocionante caso de Lombe, de un padre que engendra un hijo idiota el único día de su vida que se había embriagado y el de Legrais, citado por Noguera (16), en el que un alcohólico tuvo nueve hijos, con el siguiente cuadro patológico: primer hijo,

convulsiones; segundo, convulsiones; tercero, meningitis y convulsiones; cuarto, convulsiones; quinto, epilepsia, convulsiones; sexto, meningitis, convulsiones; séptimo, meningitis, convulsiones; octavo, nacido antes de término, meningitis, y noveno, débil, mental, vicioso.

La implantación de medidas eugenésicas, es decir, la indicación eugenésica de impedir o interrumpir un embarazo, no sólo es solicitada por juristas, biólogos y médicos, sino que incluso algunos obispos lo solicitaron recientemente en Londres del Ministerio de Sanidad. Pero tales medidas no han tenido hasta ahora éxito completo más que en algunos Estados de Norteamérica, siendo furiosamente combatidas en Europa y especialmente en España e Italia (17).

No pretendemos haber hecho otra cosa, en este modesto trabajo, que esbozar el interesante problema social del aborto provocado. Como conclusión, creemos que existe una precisión absoluta de estudiarle a fondo, porque las nuevas tendencias impresas en la vida moderna exigen:

1.º La necesidad de establecer, clara y definitivamente, los casos en que, pese a prejuicios ancestrales, está indicada la interrupción del embarazo.

2.º La obligación de modificar la ley que castiga la provocación del aborto, de conformidad con lo que resulte de las indicaciones anteriores.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- (1) P. PARDO.—Trabajo sobre Puericultura premiado por el Consejo Superior de Protección a la Infancia. Ap. en *Rev. Española de Medicina y Cirugía*. Diciembre, 1930.
- (2) JIMENEZ ASUA.—Aspecto jurídico de la maternidad consciente. Conferencia del Primer Curso Eugénico Español. 9 Febrero, 1928.
- (3) ENGELSMANN.—Comunicación al Primer Congreso Internacional de Estudios Sexuales. Berlín, 1926.
- (4) E. PESTALOZZA.—La defensa de la estirpe.—*Gaceta Médica Española*. Agosto, 1929.
- (5) H. ALBRECHT.—*Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie*. Octubre, 1928. Ap. en *G. M. E.* Mayo, 1929.
- (6) *Paris Médical*. 17 Julio, 1926.
- (7) F. PROUBASTA.—Com. a la Sociedad Médico-Farmacéutica de los Santos Cosme y Damián. 12 Febrero, 1931.
- (8) *Revue Franco-Russe de Médecine et de Biologie*. Enero, 1926.
- (9) Com. a la Sociedad Ginecológica del Uruguay. Octubre, 1926.
- (10) Comunicaciones al Congreso Ibero-Americano de Ciencias Médicas. Sevilla, 1924. Ap. en *Revista de Higiene y Tuberculosis*. 31 Diciembre, 1924.
- (11) L. BERNARD.—Estudios de fisiología clínica y social. 1927.
- (12) ROJAS Y DANIEL.—Cardiopatías y embarazo. *Rev. Médica Cubana*. Febrero, 1927.
- (13) Intervención en la comunicación presentada por el Dr. Bourkaib a la Soc. Ginecológica Española. 25 Mayo, 1932.
- (14) Los médicos de Hamburgo y el aborto. *Le Siècle Médical*. 15 Abril, 1931.
- (15) S. BANUS.—Neuropatías y embarazo.—*Arch. de Medicina, C. y Esp.*, número 355. Madrid.
- (16) NOGUERA.—La maternidad y el infanticidio ante el Derecho. Conf. del Curso Eugénico Español. Ap. en *G. M. E.* Abril, 1928.
- (17) R. BOMPIANI.—Eugénica estirpe. Roma, 1931.

La inclinación de la juventud hacia los estudios médicos

El continuo aumento del número de estudiantes de Medicina, que se traduce por el enorme número de galenos que casi a diario salen de nuestras aulas universitarias, constituye uno de los factores más importantes de nuestra actual crisis profesional.

¿A qué atribuir esta imperiosa vocación de los estudiantes por la profesión médica? ¿A dificultades de organización en otras profesiones? ¿A la ausencia de proteccionismo por parte de los gobiernos, que no hacen aceptable la idea de dirigir las aptitudes por otros caminos? ¿Al hecho de que el ejercicio de la Medicina proporciona grandes satisfacciones de conciencia y tal vez la más íntima e intensa de todas, como es la de curar, aliviar o consolar los males del prójimo? ¿A que se considera la profesión médica como la más lucrativa de las carreras liberales? ¿A una orientación profesional defectuosa? ¿A un excesivo desarrollo de la cultura intelectual en ciertos países?...

Quién sabe, algo de todo esto hay en la génesis vocacional de nuestra profesión, Pero seguramente, que el motivo sentimental de aliviar los males ajenos, la aureola de gloria por el nimbo luminoso que rodea la imagen de galenos famosos y el crematístico de considerarla como la más lucrativa de las carreras liberales, son los que más viva y directamente influyen sobre las imaginaciones juveniles.

En cuanto al motivo sentimental de aliviar a los enfermos, la forma más sublime y práctica del amor a los semejantes, ciertamente que ello constituye uno de los más potentes motores que impulsan al médico en su ejercicio profesional y le guían y le orientan en su peregrinación por este valle de lágrimas. Pero el deseo de curar y aun el deseo de aliviar, están muy lejos de determinarse en la mayoría de los casos. Y entonces, toda esa potente pureza espiritual con que habíamos soñado, se detiene, se estanca, se diluye, se destruye y se pierde, e incluso llegan a hacernos olvidar y despreciar esas capacidades de aptitud espiritual, que algún día—hoy por hoy no—podrán por sí mismas, por sí solas acaso, y con el solo estímulo de una vocación tenaz, alcanzar la cimentación racional, del ejercicio de nuestra carrera. «Los médicos saben muy bien, que son muchas más las veces que sus nobles esfuerzos fracasan y tienen tristemente que cruzarse de brazos, ante el poder invencible de la muerte. No sólo la profesión no les procura con frecuencia la alegría de curar, sino que por el contrario les obliga a vivir presenciando todas las manifestaciones del dolor humano y sintiendo en su corazón la más terrible de las angustias.» («Tirso Medina»).

El deseo de gloria, no constituye en sí un auténtico motivo vocacional, sino solamente una iniciación exageradamente sugestiva e ilusoriamente observada, que ha hipertrofiado los puntos de vista individuales, lo cual produce un amargo desencanto, al ver que las cosas no se suceden del modo y manera como se habían pensado. Aun cuando ya muy desacreditados, los motivos externos de gloria y honor, siguen impeliendo a buena parte de nuestra juventud en la búsqueda del acto profesional. Y así vemos, cómo bajo las apariencias exteriormente brillantes de ciertas profesiones, como el ejército, la marina, la ingeniería, etc., etc., orientan sus aptitudes por dicha senda. Ahora bien, cuando el móvil que determina la vocación de carrera en el deseo de gloria, ha faltado la madurez al acto decidido, la volición se ha hecho de manera super-

ficial y es por esto por lo que al tocarse la realidad de las cosas y al huir la gloria, la fama, los honores, que pocas veces se prodigan, muchos creen haber fracasado en la vida.

Por lo que se refiere al móvil de lucro, este afán no debe ser estimulante, que oriente hacia esta humanitaria profesión. Quienes ya al ingresar en la Facultad, sustentan tales ideas, es presumible que elaboran ya en su mente, groseros mercantilismos con que medrar y saciar su sed de oro, bordeando a menudo los linderos del Código penal. «Ante el cuerpo que sufre y ante el dolor que gime, toda obsesión de dinero desaparece para aquellos que han hecho de la carrera un apostolado.»

En cuanto a considerar la Medicina como una de las profesiones más lucrativas, cierto que para algunos, muy pocos, cada vez menos, lo será, pero para muchos, la mayoría, no. «El Gran Capitán se hizo famoso tanto por sus batallas como por sus cuentas. Algunos doctores tiene también tanta fama por sus cuentas como por sus éxitos profesionales.» Indudablemente, que aún existe algún que otro médico justamente reputado, que podría disfrutar ostentosamente de una espléndida cuadra de carreras y algunos más que poseen una galería de cuadros famosos o colecciones de objetos de arte de incalculable valor. Pero no hay que dejarse seducir por el lujo de sus salones, la suntuosidad de su mesa, el esplendor de sus fiestas mundanas, el confort de sus automóviles, la importancia de su servicio doméstico, ni la cifra fabulosa de sus honorarios, pues aparte casos excepcionales, que en la futura democracia próxima habrán de desaparecer, la verdad, la triste verdad es, que existe y abunda en proporciones aterradoras un verdadero proletariado de la Medicina. Para la mayor parte de los médicos actuales, el trabajo es difícil y duro, y la retribución exigua y miserable. Nuestro flamante organismo de la Previsión Médica Nacional, no tardará en dar elocuentes y penosas pruebas.

Profesión la nuestra, generosa hasta hace poco con sus iniciados más o menos capaces, nunca hasta ahora les negó un medio honrado para subsistir. Pero nunca —y menos hoy— pudo estimarse como base de enriquecimiento; los que lo lograron, son precisamente aquellos que no pusieron en el ejercicio de la profesión todo el fuego y el sacerdocio de una verdadera religión y se dejaron más bien arrastrar por un sendero en que el mercantilismo científico puso su principal labor. Lo corriente es que nos brinde los halagos de una vida cómoda y tranquila—y eso era antes—pero que sólo responde a las diarias necesidades, sin que en el porvenir—por lo general—oscuro del médico, se cuente con la satisfacción de poder dejar asegurados los días de aquellos que de él dependen, cuando la enfermedad o la muerte le aleje más o menos definitivamente de la ruda pero indispensable tarea cotidiana.

No deberá borrarse nunca de la imaginación de aquellos que quieran ingresar en nuestra Facultad, estas palabras de un viejo maestro hispanoamericano, que al felicitar a un grupo de estudiantes, por haberse iniciado en la carrera médica, les decía con deje de amarga desilusión: «Os sentís felices porque vais a estudiar para médicos; jójala vuestros entusiasmos os duren más allá de vuestra vida estudiantil! Después ya palparéis la realidad desilusionante de nuestra profesión, al ver que trabajando intensa y honradamente, apenas tendréis para vivir confortablemente hoy, medianamente mañana, y nada pasado, si os detenéis aunque sólo sea un instante para descansar de tantas fatigas.»

En lo que atañe al excesivo desarrollo de la cultura intelectual, es indudable que la invasión de las Universidades, responde a un mayor afán de cultura de la sociedad contemporánea, particularmente recrudecido en estos últimos años, como una reacción

espiritual ante los desastres de la guerra, que hace que en la misma proporción acudan los niños a las escuelas y los adolescentes a los institutos.

Realmente, resulta paradójico el actual intento de poner trabas al ingreso en la Universidad, mientras por parte del Estado hay una mayor invitación que antaño a las juventudes, para que dediquen su actividad y fien su porvenir a la cultura. Tales facilidades están representadas por aumento de los presupuestos dedicados a la enseñanza, construcción de ciudades universitarias, expansión de sus escalafones, mejoramiento del trato a los funcionarios, creación de nuevas escuelas, enseñanza gratuita y obligatoria, fácil acceso al bachillerato, fundación de nuevos institutos, lanzamiento de misiones culturales a los campos, establecimiento de bibliotecas en los pueblos pequeños, mayor difusión de la cultura universitaria, etc., etc.

Todas estas medidas y orientaciones, que extienden la influencia universitaria a todas las clases y conglomerados de la sociedad, abriendo amplia y generosamente para todos, las puertas de los altos estudios, constituyen un fomento de la cultura, que forzosamente ha de traducirse en plétora universitaria.

El año actual—1932—ha sido verdaderamente extraordinario, sobre todo en Madrid. La matrícula oficial y libre en los institutos de segunda enseñanza de San Isidro y Cardenal Cisneros, excede en mucho a lo que puede ser consentido en buena doctrina pedagógica. «Los alumnos oficiales, cuando han podido penetrar en las aulas, han tenido que permanecer de pie en ellas, durante todo el tiempo que han durado las explicaciones de los catedráticos. Y ni éstos han podido enseñar, ni los alumnos aprender. Con los libres ha ocurrido otro tanto. No han sufrido las molestias de los oficiales, por falta de capacidad de las aulas; pero con el número 2.000 o más en la matrícula de cualquiera de las asignaturas, han tenido que formar «colas» esperando ser llamados, y cuando por fin les llegó el turno, les hicieron una pregunta o dos y los «despacharon».

A pesar de esta lamentable situación, lejos de ir a la limitación de las matrículas, se van a crear en Madrid y en provincias, nuevos Institutos, canteras inagotables de estudiantes universitarios.

* * *

De todos modos, sea de ello lo que quiera, lo cierto, lo indudablemente cierto, es que en el momento actual—crítico, como todos los momentos presentes—, el niño, el adolescente, el flamante bachiller, que inicia los estudios superiores en la Universidad, casi fatalmente ha de ser estudiante de Medicina.

Desde que nace comienza a sufrir. Enfermo en los primeros años, el recuerdo de sus sufrimientos y de quien le curó es posible que permanezca reprimido en su conciencia, hasta que con el correr de los años se liberen dichas reminiscencias, surgiendo entonces imperativamente la vocación reprimida. Tal fué la manifestación vocacional de algunos grandes genios de la Medicina, que sin inclinación aparente y aun sin afición alguna conocida, se sintieron de improviso con aptitudes para el arte o la ciencia médicas, inclinándose definitivamente hacia ella de manera tenaz y rectilínea, dando después pruebas acabadas y brillantes de la finalidad inspirada. Es en una palabra la génesis vocacional de muchos galenos famosos, que con aspiraciones recónditas y desconocidas, floraron instantáneamente a nuestra ciencia, para constituir faros luminosos.

Apenas niño, no oye hablar más que de enfermedades y de enfermos, de medicina y de médicos. Si alguno de su familia estuvo enfermo, habrá observado que el médico es el verdadero amo de la casa, hacia quien converge la atención de todos y de quien

se habla continuamente; sólo oye pronunciar su nombre. Todo esto se graba profundamente en su imaginación infantil.

Más tarde, adolescente, durante su primera escolaridad, es el médico quien principalmente le dispensará de la asistencia a las clases y quien prescribiéndole largas convalencias, habrá de proporcionarle pingües vacaciones.

Viene después la afición a la lectura—cuentos y novelas principalmente—, en casi todas ellas, aparece la figura de un médico, que una vez será el personaje misterioso, otras el más simpático y casi siempre el que desempeña el principal papel, a cuyo cargo corren las más extrañas aventuras, las más heroicas abnegaciones, los más sublimes sacrificios; le envidia y le admira. Vibra su alma entera ante la noble ilusión de encarnar en sí el héroe de su novela, y se embarcan en la carrera de Medicina buscando las aventuras que leyeron en la novela, que despertó el calor de su fantasía noble y generosa. No hay folletín que pueda igualar en emoción y en interés a la vida de un médico, que dedicó la mayor parte de su existencia al ejercicio profesional de la Medicina, la ciencia del bien y del mal, de la vida, de la enfermedad y de la muerte. (Es lástima que las memorias y las biografías de médicos famosos, sean todavía tan escasas en la gran literatura mundial).

¿Cuáles son los motivos que en estos primeros años han inducido al niño en su determinación? El niño se inclina hacia la carrera de Medicina, por las mismas razones que se inclina hacia sus juguetes, por motivos fútiles, porque en esa edad existe un predominio marcado de las facultades sensitivas. Como elige las carreras militares por lo bonito del uniforme exterior, elige también la carrera de Medicina, porque su uniforme espiritual es el más seductor.

Luego llega el momento de las más altas y complejas iniciaciones. Los ardores de la juventud incandescente le exasperan, le acecha el temor de ciertas enfermedades misteriosas, e intenta informarse de los males del amor y del sexo. Si puede se proporcionará y leerá a hurtadillas, libros de Medicina que traten de estas cuestiones, iniciándose así en la magia vital y apasionada de los diccionarios y formularios galénicos. Cuantas veces exclamará: ¡Si fuera médico...! ¡Si estudiara Medicina...! Sueña con conocer los impenetrables secretos de la reproducción; se atormenta con el ansia de saber cómo nació él y cómo nacerán sus hijos futuros. (Deseos tanto más naturales y legítimos, cuanto que de su auténtica realidad y significado, le hicieron un misterio, sus padres primero y luego sus maestros. Quiere descorder los velos—siete velos que a veces son siete llaves—, que encubren el misterio impenetrable, el secreto maravilloso... Y para esto, quiere ser médico.

La emulación hacia los compañeros, en la instrucción secundaria, que al ingresar en la Universidad, despiertan en sus amigos el deseo de seguir iguales huellas, con un espíritu emulativo, es causa muy frecuente de la inclinación hacia la carrera de Medicina. Al llegar la edad de la vida universitaria, una simpatía irresistible le lleva hacia los estudios de Medicina, donde están los estudiantes por antonomasia, los que pueden hablar de todo, a quienes está permitido todo. Quiere conocer los secretos del anfiteatro y del hospital. Sabe también que en todas las algaradas universitarias, en todos los movimientos escolares, en todos los conflictos estudiantiles, los estudiantes de Medicina son siempre los primeros, y a menudo los directores y protagonistas.

Después—y aquí transcribimos, la siguiente brillante página de Téllez Plasencia— «en la crisis espiritual de la adolescencia, cuando los borbotones de la más preciosa energía, afluyen al espíritu y demandan una forma, una teoría ordenadora, la necesidad de acción del alma juvenil puede encontrar ante sí un camino, el de la ciencia

de curar, que concuerde con sus más íntimas impulsiones. Si la concordancia es verdadera, en ella estará el origen de una vida impregnada de dignidad y en la impetuosidad del primer contacto con su oficio, habrá una forma de verdadero amor. Y esto es muy bello. No todos los jóvenes de nuestros viveros de médicos, sienten una vocación, siquiera sea medianamente vivaz; pero en la mayor parte de ellos, hay un pequeño rincón de espíritu, para el que el comercio de las cosas clínicas—tan desagradables casi siempre en sí mismas—reviste una apariencia de verdadera dicha. Recuérdese la exuberancia profesional de casi todos los nuevos licenciados. En este gozo de la acción de la obra bien hecha, en esta delicia incomparable de los primeros éxitos, que queda bien al margen de la necesidad de ganarse la vida, está toda la esencia de la vocación médica. Nada hay en ella de extrahumano; más que al de la mística, pertenece al dominio de la orientación profesional. La prueba es que cuando la vocación falta, rara vez basta la vocación sola, para retener al médico por equivocación en el amor de su oficio. Rara vez se entabla entre la voluntad consciente y la voluntad orgánica, una de esas luchas de titanes, con que los ascetas religiosos combaten el enemigo interior. Casi siempre, cuando la necesidad no le encadena al trabajo ingrato hacia el que no le atrae la ilusión, el médico sin vocación se desplaza dulcemente, sin apostasía, hacia otras zonas de actividad, menos discordantes de su ley inferior.» (*Cuatro ensayos sobre la Medicina de nuestro tiempo*. Madrid. Espasa-Calpe, 1927, páginas 52-53).

* * *

A los impulsos personales se suman los de la familia, que por lo general son los más decisivos, para la elección de profesión, ya que en la casi totalidad de los adolescentes cuando suelen elegir carrera, no está aún suficientemente desarrollada la verdadera vocación consciente. Reunido el consejo de familia o reunida la familia en consejo, se discute el valor social y económico de las profesiones en boga; si ésta es mejor, si en aquélla se gana más dinero, si la otra es la más lucida... y se determina cuál es la que el niño ha de seguir sin que éste sea consultado para nada, como si en esa elección no se jugara el porvenir fundamental de su vida.

El consejo de los padres suele ser decisivo. La vanidad de muchos genitores, causa a menudo la más horrible y duradera desgracia de sus propios hijos. El deseo a ultranza de que sea abogado, médico, doctor en algo, aunque sea en cualquier cosa, hace que por lo general se descuiden las dos condiciones fundamentales para la elección de cualquier arte, profesión u oficio; la aptitud y la educación. ¡Cuántos son los jóvenes dedicados a estudios para los cuales les falta la más elemental vocación! Manía muy generalizada en las familias, es la preferencia por los estudios de Medicina, sin más motivos fundamentales que la ostentosa vida de algunos galenos, el socorrido pretexto de que siempre hay enfermos y el manoseado argumento de que es la profesión liberal por excelencia.

«La necesidad de obtener dentro de aptitudes definidas un medio de subsistir, en aquellas familias numerosas de modesta condición social, hace que entre el porcentaje de los médicos, la mayor parte de ellos hayan salido de las clases medias llamadas burguesas; las esferas trabajadoras, dan cifra muy pequeña, por razones que es fácil de comprender. por otro lado, las capas superiores de los ricos, sólo excepcionalmente producen médicos, pues nuestra carrera no es decorativa como la de abogado; requiere por el contrario, voluntad decidida para la lucha y tenacidad enorme para vencer, todo ello, sobre una base de laboriosidad que se hallan muy lejos de encontrarse en quienes disfrutaban de fáciles medios de vida.

»Comerciantes, industriales, agricultores modestos, que penosamente ahorraron algún capital y aun alguna fortuna, no quieren que sus hijos les sucedan en tan ingratos menesteres. Recuerdan—y exageran—las dificultades que tuvieron que vencer para abrirse paso en la lucha por la vida y no quieren que sus hijos experimenten iguales o parecidas contrariedades. Desean elevarles en categoría social, verles en una posición más distinguida. Para esto, el consejo familiar opta sin titubeos por la carrera universitaria, pues es el mejor camino para llegar al presupuesto seguro del Estado, para asegurarse la garantía—relativa—de un sueldo progresivo en la escala tranquila y ascendente de un escalafón. Hay que poseer un título universitario... Y sigue la rutina a pesar de las dolorosas lecciones que nos proporciona la experiencia. Con lo cual se ha llegado a convertir la Universidad en una gran incubadora de señoritos. «Los estudiantes, los señoritos estudiantes... porque es esencial para un señorito, adornarse con un título académico, el pobre título que no sirve para nada, sino para obtener el destino de favor, que pone fin a las andanzas del señorito.» (Francisco de Cossío).

Es natural, humano, que debido a la intemperie que amenaza a la industria, así como a la inseguridad de los negocios y a la veleidad del comercio, los padres traten de impulsar a sus hijos, hacia profesiones con cuya aptitud—oficialmente reconocida—tengan un valor permanente. Pero desgraciadamente se engañan, pues las condiciones sociales en que todos nos desenvolvemos actualmente son tan terminantes y rigurosas, que incluso anulan la eficacia de valores inmanentes, como suelen ser los de una profesión liberal.

Hay que ser médico, abogado, licenciado en ciencias, en letras, etc., para oponer a cátedras o ingresar en un ventajoso escalafón, lo más prontamente posible. Pero cuántos son los que después de muchos años de estudio se tienen que contentar con un modesto destino fuera de plantilla, en algún centro dependiente de algún ministerio, sin otra aspiración, que durar y vegetar, a lo más, tanto como vegete y dure el ministro que los nombró.

El amor paternal ciega y hace creer que sus hijos son genios capaces de aprenderlo todo y distinguirse en cualquiera y aun en todas las actividades del humano saber. El título universitario, continúa ejerciendo gran atracción, por lo fácil que es conseguirlo; y lo que tienen muchos, no es sabiduría, sino títulos pomposos que no sirven para nada. De este modo, a medida que crece la afición hacia las profesiones liberales, aumenta la desproporción entre los titulados y las clientelas y ya son demasiados los doctores, que aun sabiendo mucho se ven obligados a arrastrar una vida llena de privaciones y estrecheces.

En la mayoría de las familias españolas, se considera todavía como emblema de gran distinción, el contar en su seno con el mayor número posible de licenciados y doctores. No conciben que pueda ser más honroso, que sean industriales, agricultores, comerciantes como ellos, que no vagos de profesión, que al fin—a veces en el mejor de los casos—vayan a morir de hambre a un hospital que es a lo que a algunos conduce la posesión de un título académico.

Además, tal vez haya un matrimonio ventajoso, con lo cual, ya que no por su ciencia y paciencia, puedan alcanzar las más altas y brillantes situaciones sociales y políticas. «En realidad, no es que esté mal, esta previsión de los flamantes licenciados por medio del matrimonio con rica heredera, si una vez conseguida una mujer con buena dote, dieran de lado el ejercicio profesional, aunque siguieran luciendo el título de modo formulario por pudor y más que nada para cubrir las apariencias. Pero la seguridad económica que logran alcanzar, no la emplean para el ejercicio abnegado

de la profesión, ni mucho menos para el estudio desinteresado o la investigación altruista. El mal está en que la mayoría de estos previsores, enriquecidos *justae nuptiae*, se acogen a la influencia lugareña del suegro, para lograr el mayor número posible de iguales, no consintiendo que en el pueblo pueda ejercer un médico de verdad y perjudicando gravemente con ello, no sólo a la clase a que no debieron pertenecer, sino al vecindario, al que no saben servir y al que frecuentemente ocasionan daños irreparables.» (Fernán Pérez).

En suma, para casi todos los padres españoles, la carrera de médico es la carrera del presente y del porvenir. «Es el oficio en resolución que puede aportar a un hombre el mayor lucimiento social, la mayor influencia política y literaria, el mayor mimo y regalo de las gentes, y por añadidura la mayor suma de dinero. Todo en una palabra. Se puede ganar mucho dinero siendo comerciante, pero la persona que sólo posee dinero, necesita estar siempre poniendo por delante eso, su dinero, para que la gente le respete y le envidie; mientras que un médico, que acierte a montar con fortuna su gabinete, surge en seguida su reputación de sabio y su fama de servir para todo, incluso para hacer filosofía y escribir sonetos; ese ya no tiene que envidiar nada a nadie, porque el público se apresura a abrumarle con su estimación y con sus caudales.» (José María Salaverría).

Por otra parte, dado el período de grandes mutaciones por el que actualmente atravesamos, ningún padre puede estar seguro, de que da a su hijo una profesión para todos los años de su vida, salvo que esa profesión sea la de médico. Enfermos nunca han de faltar; siempre habrá quien quiera vivir y quien no quiera morirse. Por lo tanto, la profesión de médico, es acaso la única que los padres saben no puede desaparecer, cualquiera que sea la civilización y el régimen social del porvenir.

Tales son los conceptos—falsos casi todos—que de la Medicina y de los médicos, tienen la inmensa mayoría de las familias españolas.

* * *

A los factores personales y familiares que acabamos de apuntar, podemos agregar el de la moda de que ahora gozan los estudios médicos.

Cada época ha tenido su oficio. En las rudas y caballerescas de los más heroicos, no existe otra profesión honorable que la de guerrero. En los momentos críticos de la religión y exaltación de la fe, el sacerdocio arrastra los mejores sufragios. En el siglo XVII, con la edad de oro de la filosofía liberal, las inteligencias más cultivadas y los talentos más preclaros se emancipan del yugo teológico, predominando entonces los estudios jurídicos. En el transcurso de casi todo el siglo XIX, las ciencias físicas y químicas aplicadas con sus insospechados progresos, arrastran la mayoría de los estudiosos. En lo que llevamos del siglo XX, los portentosos descubrimientos y conquistas de las ciencias médicas, parecen absorber la mayor parte de los estudiantes.

Es un hecho sociológico observado en diversas ocasiones que al agitarse en el campo científico de la Medicina, nuevas cuestiones de grande y vital importancia, ha aumentado como obligado reflejo, casi como síntoma patognomónico el número de los nuevos iniciados en tales estudios. Así, a raíz de los grandes y geniales descubrimientos de Pasteur, cuando las teorías microbianas y las experiencias de laboratorio, vinieron a rasgar tantos velos tupidos, que cubrían misterios al parecer insondables hasta entonces, se inició un despertar en el afán de seguir la profesión médica. Por aquel entonces se vieron las aulas de las Facultades de Medicina francesas sobre todo y también las de los demás países, congestionadas por gran número de estudiantes atraídos y

aun cegados por la intensa luz que las ideas pasteurianas venían a difundir por todo el mundo. Igualmente, el descubrimiento de los rayos X, los positivos triunfos de la cirugía, los altos vuelos de la patología médica, el nacimiento de tantas y tantas nuevas especialidades, etc., etc., han sido también estimulantes poderosos, para fomentar la inclinación hacia los estudios médicos. Elemento importante para la mayor eficacia de estos factores vocacionales, ha sido la prensa científica, que con el extraordinario progreso de estos últimos años, difunde cada día más los portentosos descubrimientos de nuestra ciencia, decidiendo vocaciones que hasta entonces, sin verdadera orientación vagaban inciertas y desconectadas.

De todo esto resulta, que hoy día, ser médico es serlo todo, porque el médico sabe de todo y está informado de los más trascendentales secretos de mucha gente. Se le atribuyen además grandes conocimientos culturales, se le suponen exquisiteces en el trato social y aun para muchos—mujeres principalmente—esta profesión implica ciertos refinamientos eróticos. En una palabra «el prestigio del médico es tal en el punto crítico de la historia que atravesamos, que ninguna otra autoridad profesional iguala a la suya.» (Télez Plasencia: op. cit.).

O como ha dicho Salaverria con cierta ironía pero con auténtica realidad: «El médico ha vencido a todos sus posibles contrincantes, incluso al abogado, y esto puede observarse en un salón o en cualquier otro sitio donde se reuna mucha gente distinguida; decir abogado, ya no quiere decir nada y decir ingeniero, menos aún; pero todos en cambio, volverán los ojos con admiración hacia el doctor que pasa, el galeno famoso, el doctor estupendo, el médico de moda, que gana sumas fabulosas y que sabe de todo más que nadie.»

RICARDO ROYO-VILLANOVA Y MORALES

Los subsidios abonados por la Previsión Médica a las familias de los previsores fallecidos han ascendido a 390.000 pesetas, más 25.900 que importan los socorros de Beneficencia concedidos. Los ingresos extraordinarios obtenidos durante este período de su actuación han sido de 212.500 pesetas, arrojando un total de activo en los momentos actuales de 1.846.450'58 pesetas.

Farmacia de MARTIN SANTOS

Miguel Iscar, 1.-VALLADOLID

Cajas tocológicas / Sueros medicinales / Medicamentos modernos / Oxígeno / Desinfección de habitaciones / Soluciones para uso hipodérmico en ampollas esterilizadas / Material quirúrgico aséptico y antiséptico / EMBALSAMAMIENTOS



Sanatorio Psiquiátrico de San Juan de Dios para varones

Dirigido por los Hermanos de San Juan de Dios

Situado a dos kilómetros de la capital

PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES MENTALES Y NERVIOSAS

Médico Director: Doctor Luis M. Isturiz

Médicos Especialistas de enfermedades somáticas. — Servicio médico permanente. Tratamientos modernos de la Parálisis general y Demencia precoz. — Piroterapia. Psicoterapia. — Terapia del trabajo. — Granja Agrícola. — Balneoterapia. — Método Klaesi, etc., etc. — Curas de reposo y desintoxicación. — Régimen alimenticio. con arreglo a prescripción facultativa.

Correspondencia: Sr. Director Administrativo del Sanatorio Psiquiátrico de San Juan de Dios

Teléfono 87

PALENCIA

BRONQUITIS

CATARROS

PULMO-HIDRATOL

TUBERCULOSIS

GRIPPE

INYECTABLE INDOLORO

NIÑOS ADULTOS

3 FÓRMULAS: Simple -:- Con lecitina -:- Infantil

Debido a que en esta fórmula balsámica se ha conseguido incorporar la **HIDRASTINA**, podemos asegurar que con su uso no se presenta la resecaación producida por el Gomenol.

Producto del Laboratorio SUR DE ESPAÑA -:- Dr. Dávila, 40 y Joaquín Dicenta, 5.-MÁLAGA

BARDANOL

Elixir de Bardana y estaño eléctrico

INDICACIONES

Estafilococias en todas
sus manifestaciones

**- Muestras y literatura -
A. GAMIR.-Valencia**

Uro-Bardanol

(Extracto de Bardana asociado a la exametilenoamina)

Efectos terapéuticos

**Depurativo diurético, colagogo y anti-
séptico de vías digestivas y urinarias**

INDICACIONES

1.^a En las enfermedades del aparato urinario si hay infección primitiva, o para evitar las secundarias, y como profiláctico de éstas en las intervenciones quirúrgicas que hayan de efectuarse sobre los órganos del mismo aparato.

2.^a En las infecciones del aparato digestivo y muy especialmente en la litiasis biliar, colecistitis, angiocolitis (con preferencia en caso de cólico hepático).

3.^a En las infecciones generales, como bactericida general y para anular la influencia nociva de la eliminación de microbios patógenos por la orina y los tóxicos sobre el hígado, por sulfoconjugación de los productos microbianos.

4.^a En muchas dermatosis, como depurativo general, modificador del medio intestinal y antiséptico hepático-renal.

Pídanse MUESTRAS Y LITERATURA a A. Gámir.--VALENCIA

CRÓNICA REGIONAL

SANTANDER

Brillante actuación de profesores vallisoletanos.—En la Casa de Salud Valdecilla, han tenido lugar los exámenes finales, del primer grupo de enfermeras, de la Escuela libre de la institución fundada por el señor marqués de Valdecilla. El tribunal estaba constituido por los señores don Gregorio Vidal Jordana, vicerrector de la Universidad de Valladolid y catedrático de niños; don Mariano Sánchez, catedrático de Anatomía y Disección; don Isidoro de la Villa, catedrático de Obstetricia, y el doctor Mercado, profesor auxiliar de Anatomía.

Las veintitantas alumnas presentadas han sido aprobadas después de brillantísimos ejercicios. Así lo ha reconocido el competentísimo Tribunal examinador al otorgar como distinción honoraria seis sobresalientes y seis notables.

En honor de los ilustres profesores se celebró en la Sala de Actos de la Casa de Salud una velada científica. El competentísimo director de la Fundación Valdecilla, doctor Díaz Caneja, en una brillante pieza oratoria, hizo resaltar dos puntos interesantísimos; primero, el significado que tiene la Casa de Salud en su relación con la Facultad, y segundo, la importancia de la visita de los ilustres profesores que vienen a conferir los títulos oficiales de enfermeras, incorporando la Escuela libre de la Casa de Salud a la Universidad.

Le contestó el vicerrector en tonos de gran cordialidad, y puso de relieve la importancia trascendental que la Casa de Salud Valdecilla tiene para la formación profesional de los alumnos graduados en la Universidad vallisoletana.

El doctor de la Villa disertó a continuación sobre el interesante tema «El aborto infectado», asunto que trató con extensos conocimientos, absoluto dominio y gran acopio de datos experimentales.

Finalmente, el doctor Vidal Jordana desarrolló el tema «Distrofias óseas congénitas» con absoluto dominio del tema y fácil exposición.

Como final de estos actos se celebró una comida ofrecida por don Emilio Díaz Caneja, en honor de los profesores vallisoletanos. La mesa fué presidida por don Gregorio Vidal Jordana, y con él tomaron asiento las señoras de Díaz Caneja, Mercado, Pullal, Téllez, Jordana y Sánchez; don Gonzalo de los Ríos y don Ramón Quijano, por el Patronato de la Casa de Salud; director de la misma y todos los médicos jefes de sección de la Casa de Salud, auxiliares y algunos doctores cursillistas. Terminadas la comida, el señor Díaz Caneja ofreció delicadamente el banquete, contestándole el doctor Vidal Jordana.

* * *

La Universidad Internacional.—En el Instituto General y Técnico, ha pronunciado una interesantísima conferencia el ministro de Instrucción pública, dando a conocer el proyecto de la Universidad Internacional.

Hace unos años, en 1928—comienza diciendo don Fernando de los Ríos—explicaba yo unas conferencias en la Universidad de Méjico, cuando acertó a llegar a aquella ciudad la primera embajadora femenina: madame Kolontay. Refirió en interviú algunas anécdotas de Rusia y algunas de su viaje, y dijo que lo que más la había impresionado del trayecto de Rusia a Méjico le había sucedido en Santander.

Madame Kolontay no conocía España más que a través de las lecturas románticas,

los diálogos literarios de mediados y fines del siglo XIX, por las cuales sabía la leyenda caballeresca de España.

Cuando el trasatlántico que la conducía a Méjico hizo escala en Santander, solicitó y logró obtener permiso de unas horas para visitar la población.

Al regreso de su paseo en coche, fué a pagar; pero le faltaban algunas pesetas, y entonces dijo al cochero que la permitiera subir a bordo para recoger el dinero restante.

—Eso no importa—la contestó aquél—. Algún día nos encontraremos, y si no, no se preocupe usted, que no vale la pena.

Madame Kolontay, con la convicción del sentido materialista de la Historia, según el cual el factor económico es el predominante en todos los hechos de la Humanidad, recibió una impresión tan honda ante el rasgo del cochero santanderino, que repetía en Méjico, siempre que había ocasión, que el único país de gesto caballeresco que queda en el mundo es España.

Yo pienso que Santander, por una serie de razones psicológicas, tiene una serie de virtudes peculiares a Castilla y una serie de características propias de los pueblos marítimos: sensibilidad y comprensión de pueblo marítimo, y la seriedad, la caballerosidad y la ecuanimidad de vuestra gran Castilla. Avanzada de Castilla en el mar, es la genuina representación de Castilla.

Al someterse al Gobierno el problema de la mayor utilización nacional que pudiera darse al palacio de la Magdalena, pensé en la Universidad internacional de verano.

Imaginé el plan, y ya le tengo articulado, porque consulté con el jefe del Gobierno, a quien le pareció bien la idea; pero me dijo que necesitaba dar conocimiento del plan al Consejo de ministros.

La llevé al Consejo, y obtuvo la aquiescencia de todos.

¿Qué sería esta Universidad Internacional?

Hay dos ejemplos en el mundo pedagógico: el uno, ideado por Suiza, es el de la Universidad internacional en la que principalmente se efectúa el cambio de ideas entre las figuras preeminentes de Europa.

Es un punto de vista de planos horizontales, planos horizontales que sólo coge a las cumbres.

Hay otro concepto de Universidad internacional más difundido, de que existen algunos ejemplos en Francia e Inglaterra y muchos en los Estados Unidos. Aplicando la metáfora geométrica anterior, diríamos que es un plano de Universidad, no por las cumbres, sino por las bases, pues esta Universidad atiende fundamentalmente a fines de divulgación.

A mí no me satisface ni lo uno ni lo otro. Busco aquello que buscaba nuestro Sancho: el parecer el propio don Quijote. Busco lo necesario para la convergencia de los dos planos, de los puntos de vista distintos: el plano que atiende a las cumbres y al plano que atiende a las bases. Lo primero, según mi punto de vista, es que coincidan aquí las grandes mentalidades de España y del resto de Europa —y al decir Europa es un modo de hablar, pues no se excluye América ni el Oriente

ELIXIR "RECA" Clorhidropépsico.
 Producto del Laboratorio Cántabro.—Santander.

mediterráneo y el Oriente remoto—para que las figuras predominantes de la cultura moderna convivan y dialoguen con nuestros profesores españoles: reuniones de profesores que previamente han señalado los temas que van a ser objeto de discusión.

Este es el plano de las cumbres. Pero inmediatamente atenderemos otra serie de finalidades convergentes: estudios intensivos para profesores de Normales, de Institutos y de Universidades, para el personal de selección en el Magisterio de Primera Enseñanza, que siente el acuciamiento del ansia de saber sin encontrar ocasión de satisfacerle.

Se organizarán cursos de potencialidad en todos los ramos del saber por profesores españoles y además por profesores extranjeros.

Además de estos dos planos, además de estos estudios para profesores y alumnos y para quienes se interesen en las ramas específicas del saber humano, es indispensable otro tipo de acción, que es el curso general, que se hará para todos los curiosos de la cultura que no han logrado satisfacer su curiosidad.

Además de los cursos para especialidades y de los cursos generales, habrá otros que, aun no siendo generales, necesitan una cuarta dimensión, y éstos serán los que estén a cargo de profesores franceses, ingleses y alemanes, que expliquen las cuestiones de sus países en su propia lengua.

La lengua es el espíritu de la cultura de un pueblo, es un sentido y una actitud ante los problemas del Universo, que tiene su especial manera de ser expresado; es la vestidura, la modalidad y el matiz del pensamiento.

Decía Pascal que hay dos lógicas: la lógica del corazón y la lógica del pensamiento. Estas dos lógicas se entrecruzan en cada pueblo de un modo distinto.

Hay un proverbio alemán que dice: «Tantas lenguas conoces, tantas vidas has vivido», y es así, porque cuando nos sumergimos en otro idioma, cuando profundizamos en él hasta conocer sus secretos, parece que tenemos una nueva visión de la vida.

Estos cursos serán también cursos de historia de la civilización en la modalidad folk-lórica, para que pueda seguirse el proceso de la civilización en cada uno de esos pueblos.

Esto será la Universidad Internacional de Santander, tal como yo la concibo, nutrida con profesores españoles y extranjeros, con becarios que serán estudiantes seleccionados por todos los Centros superiores de Enseñanza y Universidades, con un número de dos por Facultad, entendiéndose que, dada la posición en que este régimen se coloca en cuanto a la cultura, esos dos seleccionados lo serán por razón de competencia y no por razón de posibilidades económicas.

Vamos a la creación de la aristocracia del espíritu. Vamos a reclutar en los Centros superiores de enseñanza a los muchachos más inteligentes y más aptos, para traerlos a esta Universidad Internacional, que va a representar una flor en la vida cultural del país.

Con estas dimensiones no existe ninguna otra, que yo sepa. Puede que sea jactancia acometer la obra, pero vale la pena, y siendo el empeño de ese tipo cultural, lo creo plausible.

Santander tiene órganos que hacen posible la Universidad Internacional y un largo proceso de sensibilidad cultural. Al hablar de Santander no puedo por menos de traer a mi memoria los nombres de quienes para mí figuran en la constelación de los dioses mayores de la inteligencia. En esa constelación está representada Santander por dos grandes figuras, por dos hombres aparentemente discordes en el pensamiento, aparentemente antagónicas en sus ideas.

El primero es don Augusto González de Linares. Para él tengo la devoción más profunda, más íntima, el amor más acendrado.

Era el hombre más genial que ha producido España para las ciencias naturales. Tan genial era, que parecía un hombre del Renacimiento.

Yo he visto a Linares, al gran naturalista, teniendo delante de sí, cuando comía, un libro abierto, que era la Metafísica de Aristóteles, en el cual leía y en cuya lectura meditaba.

Era Linares hombre que tuvo ideas verdaderamente geniales, la visión ideal de la concepción orgánica de los astros, tan profunda, que puede llamarse concepción sideral de los estudios morfológicos.

El otro hombre, que aparentemente vivió en el otro extremo polar del pensamiento, otro hombre que abarcó las cumbres de los problemas de la cultura, es don Marcelino Menéndez y Pelayo.

Teniendo yo dieciocho años acudí a los famosos cursos de Menéndez y Pelayo, en el Ateneo de Madrid, sobre los grandes polígrafos españoles; a esos cursos, a los cuales desde doña Emilia Pardo Bazán hasta los mozalbetes de la Universidad, todos cuantos se interesaban por la cultura, acudían a tomar notas.

Era grande siempre don Marcelino en aquellas sus inolvidables lecciones; pero cuando se enfrecaba en su discurso, cuando se olvidaba de su auditorio, era un prodigio.

Por eso era muy doloroso para mí escuchar de sus labios palabras injustas al juzgar a otros hombres insignes. Pero tengo para mí que don Marcelino sintió en los últimos años de su vida, el dolor de haber proferido frases que pudieran ser mortificantes para gentes que luego estimó de un modo excepcional, y así, cuando don Manuel Cossío publicó su libro sobre el Greco, como si saldara una deuda, don Marcelino hizo de él un gran elogio, y al ofrendarle a la más genuina representación de la Institución Libre de Enseñanza, de que mi tío don Francisco Giner de los Ríos era el alma, sabía que se le ofrecía a lo que aquél le pudiera ser más agradable. Yo espero que Santander recogerá la idea que le brindamos. Espero que no va a faltar la aportación de la ciudad con la del Ayuntamiento, ni la aportación de la Diputación provincial.

Para dar calor a la nueva institución requerimos el apoyo de Santander, Corporaciones y pueblo.

Queremos que sea la institución un órgano universitario en que se cultive la unidad orgánica del saber con todas las dimensiones a que antes me he referido, y en que sea un símbolo de la nueva España ciframos nuestra mayor ambición.

España tiene en su horizonte una estrella, que es la cultura. La misión de España es ir tras de esa estrella.

Una estruendosa ovación acoge las últimas palabras del orador, el cual tiene que permanecer largo rato saludando al auditorio, que le aplaude con creciente entusiasmo.

Peptoyodal Robert

Y o d o o r g á n i c o

Gotas e inyectable

CRÓNICA NACIONAL

VITORIA

Aplazamiento del Primer Congreso de Ciencias médicas del País Vasco-Navarro.—

Cuando parecían vencidas las muchas dificultades que desde el primer momento surgieron para organizar el Congreso de Ciencias Médicas del País Vasco-Navarro, el actual mes de Septiembre en la ciudad de Vitoria, noticias alarmantes llegadas de Vizcaya y Guipúzcoa donde la pasión política ha dividido al Cuerpo Médico en dos bandos irreconciliables con síntomas que amenazan el que esta lucha pueda llegar a plantearse en Alava, donde hasta ahora todos han estado unidos.

Reunido el Comité Ejecutivo de Alava, todos sus miembros han sido partidarios de un aplazamiento del Congreso hasta que las circunstancias sean otras y el ambiente más favorable.

No obstante, si el Comité general se encuentra con fuerzas para llevar a buen término los primitivos propósitos, el Comité Ejecutivo se pone a su absoluta disposición, pero considerándose desde este momento como dimitido.

Este Comité ejecutivo piensa hacer en tiempo oportuno una exposición documentada de toda la actuación de la Asociación de Médicos del País Vasco-Navarro y de sus Comités general y ejecutivo para que se vea claramente su actuación y caiga la responsabilidad moral a que hubiere lugar, sobre quienes contaminaron una aspiración pura y exclusivamente científica con pasiones políticas y rencillas personales.

GRANADA

II Asamblea de Higiene mental y VI Reunión de la Asociación de Neuropsiquiatras.

—Por los Comités directivos de la Liga Española de Higiene Mental y de la Asociación Española de Neuropsiquiatras, se ha acordado celebrar definitivamente en Granada, en el próximo mes de Octubre, la V Asamblea de Higiene Mental y la VI Reunión de Neuropsiquiatras, que estaban convocadas para el pasado mes de Abril y que por circunstancias especiales hubo que aplazarlas.

La fecha de celebración de estas asambleas, coincidirá probablemente con la del IV Centenario de la gloriosa Universidad granadina.

* * *

Agresión a un médico.—Cuando el médico titular de Montegicar, don Juan Hidalgo, se dedicaba a prestar asistencia facultativa a sus enfermos, al pasar por delante de una casa del pueblo, uno de los vecinos, sin mediar discusión de ninguna clase, se asomó a una ventana y disparó con una escopeta sobre el señor Hidalgo, dándole un tiro de perdigones en un hombro, que por fortuna no tuvo fatales consecuencias.

Parece ser que el vecino estaba resentido con el médico, por haberle dado de alta después de un accidente del trabajo antes de tiempo, según aseguró el agresor. El acto ha causado gran indignación en el pueblo, pues el médico gozaba de grandes simpatías por sus constantes y frecuentes actos de bondad y filantropía y su carácter afable y amistoso para todos.

BILBAO

Los practicantes contra la proyectada escuela de enfermeras.—El presidente del Colegio Oficial de Practicantes de Medicina y Cirugía de Vizcaya, don José Miguel Moñe, ha publicado un escrito replicando al proyecto de creación de una escuela de enfermeras, propuesto por los «gestores» provinciales, señores Merodio y García.

Dice que el propósito constituye una amenaza de atropello a la clase, pues se trata de hollar unos derechos profesionales amparados en la legislación vigente.

Enumera a continuación los estudios que actualmente se exigen para tener opción al título académico de practicante, y añade que de los 300 colegiales de ambos sexos, en los organismos oficiales de practicantes y matronas, más de 200 no tienen ocupación en los momentos actuales.

«No culpamos—agrega—a los señores Merodio y García, completamente desconocedores de esta materia, pero vemos entre bastidores a quien suponemos instigador de esta campaña (aquí el nombre de un conocido médico), quien persevera en su afán de atracción de odios, objetivo único de muchas de sus actividades y máximo en su obstinada pretensión de exterminar nuestra clase en aras de un plan extranjerizante.

Pretender crear un nuevo auxiliar técnico-sanitario intruso, al margen de la ley, cuando existe ya legalmente constituido y del que se halla descolocado las dos terceras partes, es un delito de lesa ciudadanía, un nuevo y bochornoso atropello a unos derechos legítimamente adquiridos y todo ello dentro de un régimen que dicen de justicia, igualdad y fraternidad.

El Colegio Oficial de Practicantes de Vizcaya, que en todo momento ha coadyuvado a remediar la actual situación, prestando sus servicios gratuitos a las familias pobres; que ha engrosado las suscripciones de los obreros parados, que siempre ha dado pruebas irrefutables de ciudadanía, no puede dejar sin respuesta las aludidas manifestaciones y afirmar de manera concluyente que sabría defender sus derechos con valentía, empleando para ello todos los medios que sean precisos y las circunstancias lo requieran contra esta nueva moda del intrusismo sanitario.»

* * *

La mortalidad infantil en la Casa de Expósitos de Vizcaya.—Según las estadísticas presentadas a la Diputación por la Dirección de la Casa de Expósitos de Vizcaya se observa una disminución muy notable de la mortalidad infantil en el último año. El descenso de la mortalidad infantil se inició en el año 1925, en el que fué de 125 por 1.000, y ha continuado de modo tan notable, que en las estadísticas de 1931, a que nos referimos, alcanza la bajísima cifra de 17 por 1.000, cifra verdaderamente excepcional, que no se registra más que en algunos establecimientos sanitarios, modelo en su género y que proclama las excelencias del régimen y funcionamiento de la Casa de Expósitos de Vizcaya.

Phosphorrenal Robert
Reconstituyente

Granular, elixir e inyectable

CRÓNICA INTERNACIONAL

PARIS

Los Congresos que se celebran en París durante el mes de Octubre.—(3-8 de Octubre): XLI Congreso Francés de Cirugía.

(4-8 de Octubre): Congreso de la Asociación Francesa de Urología.

(7 de Octubre): Congreso de la Asociación Francesa de Ortopedia.

(7-12 de Octubre): Congreso internacional de la lucha contra la invasión de las ratas y la peste.

(10-12 de Octubre): XXIII Congreso Francés de Medicina.

VII Congreso Francés de Estomatología.

XXVI Congreso de Higiene.

XIII Congreso de Médicos y Cirujanos de los Hospitales.

MONTREAL

Una operación extraordinaria.—En el hospital de Montreal, el doctor Mathewson ha realizado una operación realmente extraordinaria.

El enfermo se había quedado ciego a consecuencia del exceso de bebida.

El doctor Mathewson le hizo una punción lumbar.

Durante cuatro días sucesivos, el doctor realizó la misma operación, y ya al segundo día comprobó que el paciente veía.

Al cuarto día de tratamiento, el enfermo recobró la vista.

SUIZA

El Comité de organización del VI Congreso Internacional de Accidentes y Enfermedades del Trabajo, celebrado en Ginebra en 1931, ha instituido un premio único de mil francos suizos para adjudicar al autor del mejor trabajo original e inédito sobre el tema «Valor del estado anterior en la apreciación de las consecuencias de un accidente del trabajo».

Pueden aspirar al premio los médicos de todos los países.

El premio será otorgado en ocasión del próximo Congreso Internacional, que tendrá lugar en Bruselas en 1935.

Los originales, escritos a máquina, en dos ejemplares, deberán estar en poder del secretario general del Congreso de Ginebra, doctor Yersin, 3 rue de la Monnaie, Ginebra (Suiza), antes del 31 de Diciembre de 1934. Deberán estar redactados en francés, inglés, alemán o italiano.

El autor conservará la propiedad de su trabajo; pero deberá publicarlo dentro del año siguiente al de la concesión del premio. El Jurado está formado por la Mesa del Comité de organización del Congreso de Ginebra.

Los originales se enviarán sin firmar; llevarán un lema, que será reproducido en un sobre cerrado y sellado, en el que estén contenidos el nombre, las señas y los títulos del concursante.

ORTHOMIL

Solución de salicilato de sosa
2 gramos por cucharada.

Producto del Laboratorio Cántabro.

Santander.

¿Nueva vacuna contra la tuberculosis?—Parece ser que el director del Instituto de Bacterioterapia de Ginebra, profesor Spahlinger, ha realizado una nueva fórmula de vacuna antituberculosa, la más eficaz hasta el día para lograr la inmunización tanto en la especie humana como en los animales.

BERLIN

Muerte por miedo.—Un ferroviario de Anlen (Westfalia) se dirigía en tren a Ham con un niño de dos años, hijo suyo.

Iba asomado a la ventanilla el niño viendo el panorama, cuando de pronto pasó en sentido contrario un expreso; y fué tal la impresión que le produjo, que cayó muerto ante la consiguiente amargura del autor de sus días.

Han fallecido:

El eminente director del Instituto Oswaldo Cruz, profesor Chagas, mundialmente conocido por sus estudios sobre la tripanosomiasis.

—El doctor Georges Guignon, antiguo jefe de Clínica del profesor Charcot, quien le asoció en numerosos trabajos y últimamente colaborador del profesor León Bernard en la obra de defensa social contra la tuberculosis en Francia.

—El famoso fisiólogo belga, profesor en la Universidad de Lieja, Henrijean, conocido por sus trabajos de medicina experimental y farmacodinamia.

—El profesor de clínica dermatológica de la Universidad de Varsovia, doctor Krzystalowicz. Era colaborador de numerosas revistas dermatológicas polonesas y extranjeras. Miembro correspondiente de la Sociedad Dermatológica de París y miembro de honor de la Sociedad Dermatológica búlgara, checa y yugoeslava. En 1924-25 fué rector de la Universidad de Varsovia.

Imprenta Castellana

ofrece su incomparable instalación tipográfica, con toda la maquinaria y material renovados.

Cuenta con máquinas automáticas para grandes tiradas. - Talleres de Encuadernación, Estereotipia y Fotograbado, montados con los últimos perfeccionamientos del Arte de Imprimir.

Pidan una demostración de cualquier trabajo.

Montero Calvo, 17. - Apartado de Correos 27. Teléfonos 2238 y 2239. - Valladolid.