

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

FRANQUEO
CONCERTADO

HISTORIAL

Fundadores: Sres. Delgrás, Escolar, Méndez Alvaro, Nieto-Serrano y Serret.

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

Boletín de Medicina, Gaceta Médica, Genio Médico-Quirúrgico, Fundador: Tejada y España.
Correspondencia Médica, Fundador: Cuesta y Ckerner.— La Sanidad Civil, Fundador: D. J. Albiñana.

PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN

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

La correspondencia administrativa y giros al administrador.

La científica y profesional al Director.

Apartado de Correos, núm. 121.

Rompa el
circulo vicioso



Insuficiencia de los minerales indispensables—Sodio, Potasio, Calcio, Hierro y Manganeso—inevitablemente conduce al agotamiento de la vitalidad.

En los casos de Neurastenia, Debilidad, Anemia, Caquexia, falta de resistencia y otros estados de agotamiento, el Jarabe de Fellows suple esas sales tan indispensables en forma asimilable, además de fósforo, quinina y estricnina que son estimulantes de primera necesidad.

Dosis: Una cucharadita tres veces al día.

Fellows Medical Manufacturing Co., Inc.
26 Christopher Street, Nueva York, N. Y.

Jarabe de FELLOWS

DE HIPOFOSFITOS

SUMINISTRA LOS MINERALES INDISPENSABLES

MUESTRAS
A
PETICION



SANATORIO NEUROPÁTICO

CARABANCHEL BAJO (Madrid). — Teléfono 116 C.

Director: DR. GONZALO R. LAFORA

Plaza de la Independencia, 8. — MADRID

Unico Sanatorio mixto, con edificios y jardines independientes: uno, sólo para enfermos nerviosos ó psiconeuróticos y otros dos para enajenados.
Tratamientos modernos.— Vida familiar.— Dos Médicos internos.

Pídanse reglamentos á la Administración.

INSTITUTO MEDICO-PEDAGOGICO

CARABANCHEL BAJO, Calle de Manuel Cano, núm. 12. — Teléfono 71. C.

Edificio escuela y granja modelo independiente para niños retrasados de inteligencia y con enfermedades nerviosas. Profesorado especializado.

Tratamiento médico dirigido por el Dr. Gonzalo R. Lafora.

PRODUCTOS FARMACÉUTICOS ESPECIALIZADOS

MAURICIO LEPRINCE

Doctor en Medicina :- Farmacéutico de 1.^a clase.

Laureado en la Facultad de Medicina, en la Escuela Superior de Farmacia y en los Hospitales de París.

PARIS, 62, rue de la Tour, PARIS

MEMENTO TERAPÉUTICO

Indicaciones terapéuticas.

Facsimil de los productos.

Dos y modo de empleo

CASCARINE LEPRINCE

(C¹² H¹⁰ O⁵)

Estreñimiento habitual.—
Enfermedades del hígado.—
Estreñimiento durante el embarazo
y la lactancia, etc.

Colagogo y copragogo de primer orden.



CASCARINE LEPRINCE

Píldoras dosificadas, á 0,10. —
Una ó dos por la noche, al acostarse ó durante las comidas, si el estreñimiento es de origen digestivo.

GUIPSINE

Principios activos del muérdago.

Medicación hipotensiva. Hipertension, sobre todo si es debida al cansancio del órgano cardíaco. Específico de las dismenorreas y de las hemoptisis.



GUIPSINE

Píldoras dosificadas, á 0,05.—
De seis á diez por día, entre las comidas.— Ampollas dosificadas á 0,05. De una á dos inyecciones intramusculares por día (en los casos urgentes).

Píldoras

del

Dr. Sejournet

á base de Santonina.
Tratamiento de la diabetes sin régimen especial.



Píldoras

del

Dr. Sejournet

Píldoras dosificadas, á 0,02 de Santonina.
Una en cada comida.

RHOMNOL

(C⁴⁰ H¹⁴ A² P⁴ O¹²)

A base de ácido nucleínico puro y de los principales nucleofosforados extraídos de los cereales. Poderoso reconstituyente del núcleo celular. Verdadera nucleoterapia. Hiperleucocitario de primer orden. Especialmente indicado en las convalecencias, etc.



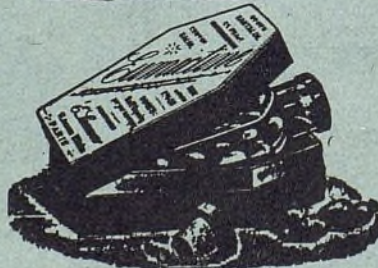
RHOMNOL

Píldoras dosificadas, á 0,05 de 4 á 8 por día durante las comidas. Sacaruro (granulado) á 0,10 por cucharada de café. Una cucharada de las de café durante las comidas. Ampollas de 1 c. c. á 10 c. c. dosificadas á 0,05 de nucleinato de sosa por c. c. para inyecciones hipodérmicas (infecciones agudas).

EUMICTINE

Blenorragia, uretritis, cistitis, etc.
Antigonocócico, diurético, antiséptico, etc.

(Tratamiento completo.)



EUMICTINE

Cápsulas envueltas en gluten. Contiene cada una: 0,20 de santalol, 0,05 de salol y 0,05 de hexametileno tetramina. De ocho á diez por día durante las comidas.

NUEVA PREPARACION

NEO - RHOMNOL

Nucleinato de Estrictina (nuevo cuerpo) y Cacodilato de sosa. Soberano reconstituyente en todas las decadencias, astenias, neurastenias y convalecencias, mediante la asociación de Fósforo, Estrictina y Arsénico.



NEO - RHOMNOL

Ampollas: Nucleinato de Estrictina, un miligramo; Cacodilato de sosa, 0,05 gr. Una inyección diaria.

Comprimidos: Nucleinato de Estrictina, 0,5 miligramos; Metilarsinato de sosa, 0,025 gramos.

Completamente asimilable.

2 comprimidos al día.

Sucursales de los Laboratorios M. LEPRINCE.—BARCELONA.—Apartado 205.

Depósito en las principales Farmacias de España y del Extranjero.

MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO PARTIDO JUDICIAL	Número de plazas.	Categoría que se le asigna.	MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO PARTIDO JUDICIAL	Número de plazas.	Categoría que se le asigna.
Lastras de las Heras, Quincoces, Calzada, Gobanes de Oteo, San Martín y Río Losa.	2	2. ^a	Quintanilla de Valdebrodes, Bedón, Villabascos y Cueva.	2	3. ^a
Sotoscueva (Merindad de), Pereda, Bustrera, Hornillayuse, Hornillalatorre, Villamartín, Hornillalastra, Quintanilla del Rebollar, El Rebollar, Cornejo (residencia del titular), Quisicodo, La Parte, Entrambosríos, Vallejo, Quintanilla de Sotoscueva, Redondo, Herrera, Quisicodo (residencia del médico libre), Barcenillas de Cerezo, Ahedo, Linares, Cogullos, Nela, Sobrepeña,			Valle de Tobalina.	2	2. ^a
			Traslaloma (Junta de).	1	3. ^a
			Trespaderne y Cillaperlata.	1	2. ^a
			Valdeporres (Merindad de).	1	2. ^a
			Valdivielso (Valle de), Quintana, Valdenoseda, El Almiñé, Puente, Arenas, Lora, Santa Olalla, Quecedo, Arroyo (residencia del titular), Población, Valdehermosa, Hoz, Tartalés, Panijares y Condado.	2	4. ^a
			Villarcayo.	1	2. ^a

Habiendo sido desestimadas las reclamaciones formuladas por los Ayuntamientos de Vitoria de Rioja, Villafranca, Montes de Oca, Villagalijo, Briviesca, Busto de Bureba, Bentretea y Terminón, Los Barrios de Bureba, Pino de Bureba, Vallarta de Bureba, Rubacedo de Abajo, Cañizar de los Ajos, Zumel, Mansilla de Burgos, Los Balbases, Villaldemiro, Olmillos de Sasamón, Belbimbre, Olmillos de Muñó, Santa Inés, Tordomar, Torrepadre, Miranda de Ebro, Puebla de Arganzón, Pedrosa de Duero, Tubilla del Agua, Basconcillos del Tozo, Quintanilla, Sobresierra, Espinosa de los Monteros, Medina del Pomar, Trespaderne, Valle de Valdivielso y Quintanas de Valdelucio, y las de los médicos titulares inspectores municipales de Sanidad de Villafranca, Montes de Oca, Quintanapalla, Pampliega, Yudego y Villandiego, Puebla de Arganzón, Pedrosa de Duero, Huerta del Rey, Tubilla del Agua, Basconcillos del Tozo, Quintanilla, Sobresierra y Sotresgudo.

Madrid, 7 de Mayo de 1932.—El jefe del Negociado, U. Irujillano.—V.º B.º: El director general de Sanidad, por delegación, S. Ruesta. (Gaceta del 12 de Mayo de 1932.)

*
* *

En cumplimiento de lo dispuesto en la Orden de este Ministerio, de fecha 29 de Octubre último, los Ayuntamientos de la provincia de Burgos a los cuales se refiere la clasificación definitiva de las plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad, publicada en el presente número de la *Gaceta de Madrid*, consignarán en sus presupuestos respectivos, que habrán de regir durante el próximo ejercicio económico, las dotaciones correspondientes a las categorías asignadas en la citada clasificación, en armonía con lo dispuesto por Decreto del Ministerio de Hacienda de fecha 29 de Diciembre último.

Madrid, 7 de Mayo de 1932.—El director general, P. D., S. Ruesta. (Gaceta del 12 de Mayo de 1932.)

ALICANTE

Clasificación definitiva de las plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad, correspondiente a la provincia de Alicante.

MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO PARTIDO JUDICIAL	Número de plazas.	Categoría que se le asigna.	MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO PARTIDO JUDICIAL	Número de plazas.	Categoría que se le asigna.
Alicante.	8	1. ^a	Alcolecha y Benasán.	1	3. ^a
Campello.	1	3. ^a	Agres y Alfafara.	1	3. ^a
Muchamiel.	1	3. ^a	Beniarrés y Gallanes.	1	4. ^a
San Juan de Alicante.	1	3. ^a	Benillova.	1	4. ^a
San Vicente de Raspeig.	1	3. ^a	Cuatrecandela.	1	5. ^a
Alcoy.	9	1. ^a	Gorga y Millena.	1	4. ^a
Bañeres.	2	3. ^a	Balones, Benollup y Benimasot.	1	4. ^a
Penáguila y Benifallín.	1	3. ^a	Lorcha.	1	4. ^a
Callosa de Ensarriá.	2	3. ^a	Muro de Alcoy.	2	3. ^a
Alfar del Pi.	1	4. ^a	Planes y Almudaina.	1	3. ^a
Altea.	2	3. ^a	Denia.	4	2. ^a
Benimantell, Guadalets, Benifato y Beniarda.	1	3. ^a	Alcalalí y Llíber.	1	4. ^a
Benisa y Senija.	2	2. ^a	Beniarbeig y Benidoleig.	1	4. ^a
Bolulla.	1	5. ^a	Benitachel.	1	4. ^a
Calpe.	1	3. ^a	Ondara y Pamis.	1	3. ^a
Castell de Castells y Famorca.	2	4. ^a	Gata de Gorgos.	2	3. ^a
Confrides.	1	4. ^a	Jalón.	1	3. ^a
Facheca.	1	5. ^a	Jávea.	2	3. ^a
La Nucia.	1	3. ^a	Pedreguer.	2	3. ^a
Polop.	1	3. ^a	Sanet, Negrals, Benimalí, Sagra, Tormos y Rafol de Almunia.	1	3. ^a
Tárbena.	1	4. ^a	Tenlada.	2	3. ^a
Cocentaina.	2	2. ^a	Vergel.	1	3. ^a

MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO — PARTIDO JUDICIAL	Número de plazas.	Categoría que se le asigna.	MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO — PARTIDO JUDICIAL	Número de plazas.	Categoría que se le asigna.
Albatera.....	1	3. ^a	Novelda.....	3	2. ^a
Almoradí y Algorfa.....	2	2. ^a	Agost.....	1	3. ^a
Benejuzar.....	1	3. ^a	Aspe.....	2	2. ^a
Callosa de Segura y Rafal.....	2	2. ^a	Bigastro.....	1	3. ^a
Catral.....	1	2. ^a	Jacarilla.....	1	5. ^a
Cox y Granja de Rocamora.....	1	2. ^a	Hondón de las Nieves.....	1	3. ^a
Dolores.....	1	2. ^a	Hondón de los Frailes.....	1	4. ^a
Guardamar del Segura.....	1	3. ^a	Monforte del Cid.....	2	3. ^a
Rojales.....	1	3. ^a	Redován.....	1	3. ^a
Puebla de Rocamora, Daya Vieja y Daya Nueva.....	1	3. ^a	Orihuela.....	7	1. ^a
San Fulgencio, Benijofar y Formentera del Segura.....	1	3. ^a	Torre Vieja.....	2	3. ^a
Elche.....	5	1. ^a	San Miguel de Salinas.....	1	3. ^a
Crevillente.....	4	2. ^a	Pego.....	1	2. ^a
Santa Pola.....	2	3. ^a	Adsubia.....	1	4. ^a
Jijona.....	2	2. ^a	Orba.....	1	4. ^a
Aguas de Busot.....	1	4. ^a	Parcent, Benichembra y Murla.....	1	3. ^a
Busot.....	1	4. ^a	Vall de Gallinera.....	1	3. ^a
Castalla.....	2	5. ^a	Villajoyosa.....	3	2. ^a
Ibi.....	2	3. ^a	Benidorm.....	1	3. ^a
Chil.....	2	3. ^a	Finestrat.....	1	3. ^a
Tibi.....	1	4. ^a	Orchetá.....	1	4. ^a
Torremanzanas.....	1	4. ^a	Rellén.....	1	3. ^a
Monóvar.....	4	3. ^a	Sella.....	1	4. ^a
Elda.....	3	3. ^a	Villena.....	5	1. ^a
Pinoso.....	3	3. ^a	Biar.....	2	3. ^a
Petrel.....	2	3. ^a	Cañada.....	1	4. ^a
Salinas.....	1	4. ^a	Benejama.....	2	4. ^a
			Sax.....	2	3. ^a

Habiendo sido desestimadas las reclamaciones formuladas por los Ayuntamientos de Alfafara, Jijona y Orihuela.
Madrid, 12 de Mayo de 1932.—El jefe del Negociado, *Ubaldo Trujillano*.—V.º B.º. El director general de Sanidad, por delegación, *S. Ruesta*. (*Gaceta* del 22 de Mayo de 1932.)

* *

En cumplimiento de lo dispuesto en la Orden de este Ministerio de 29 de Octubre último, los Ayuntamientos de la provincia de Alicante a los cuales se refiere la clasificación definitiva de las plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad, publicada en el presente número de la *Gaceta de Madrid*, consignarán en sus presupuestos respectivos, que habrán de regir durante el próximo ejercicio económico, las dotaciones correspondientes a las categorías asignadas en la citada clasificación, en armonía de lo dispuesto por Decreto del Ministerio de Hacienda de 29 de Diciembre último.

Madrid, 12 de Mayo de 1932.—El director general, *P. D., S. Ruesta*. (*Gaceta* del 22 de Mayo de 1932.)

ALMERÍA

Clasificación definitiva de las plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad, correspondiente a la provincia de Almería.

MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO — PARTIDO JUDICIAL	Número de plazas.	Categoría que se le asigna.	MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO — PARTIDO JUDICIAL	Número de plazas.	Categoría que se le asigna.
Abla y Escullar.....	2	1-2. ^a y 1-3. ^a	Bentarique.....	1	3. ^a
Abrucema.....	1	2. ^a	Berja.....	4	1. ^a
Adra.....	3	1. ^a	Canjáyar.....	2	1. ^a
Albánchez.....	2	2. ^a	Cantoria.....	2	2. ^a
Alboloduy y Santa Cruz.....	1	2. ^a	Carboneras.....	2	2. ^a
Albox.....	4	2. ^a	Cobdar.....	1	3. ^a
Alcolea.....	1	3. ^a	Cuevas.....	4	1. ^a
Alcontar.....	1	2. ^a	Chirivel.....	1	2. ^a
Alhabia.....	1	3. ^a	Dalias.....	3	1. ^a
Alhama.....	2	2. ^a	Dofia María y Ocaña.....	1	3. ^a
Alsodux.....	1	5. ^a	Enix.....	1	2. ^a
Arboleas.....	1	2. ^a	Félix y Vicar.....	1	2. ^a
Almería.....	18	1. ^a	Fines y Partaloa.....	1	3. ^a
Bacares.....	1	3. ^a	Fiñana.....	2	2. ^a
Bedar.....	1	3. ^a	Fondón.....	1	2. ^a
Benahadux.....	1	2. ^a	Garrucha.....	2	2. ^a
Beninar y Darrical.....	1	2. ^a	Gádor.....	2	2. ^a

TERTULIA MÉDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

— AMENIDADES —

18-VI-1932

La correspondencia y la publicidad de esta sección deberá dirigirse con advertencia expresa de su destino TERTULIA MÉDICA, a D. José G.^a Siellia, Apartado 121, Madrid.

El ingreso en la carrera de Medicina.

Al tema presente, aunque no sea de resolución inmediata, dadas las dificultades que encierra, merece, sin embargo, que se le preste la atención máxima por parte de todos los interesados en él.

**CATARROS. TOS
JARABE MADARIAGA,
benzocinámico.**

comprendiéndose por tales en estos casos todos los que pertenecen a las diferentes clases sociales.

Tiempos atrás se levantaron voces, si no de alarma, al menos de previsión, anunciando la conveniencia de restringir el ingreso de las matriculas en las Facultades de Medicina. Una tal medida, llevada a cabo en todas las Facultades y escuelas profesionales, evitaría no sólo la plétora de funcionarios y licenciados que hoy inundan las naciones, sino que reportaría, además, grandes beneficios a la sociedad por la selección conveniente que impondría en los que alcanzasen el honroso y anhelado título. Pero, ¿cómo encauzar esta reforma? La intencional establecida actualmente para los maestros de primera enseñanza ofrece con mucha escasez las garantías apetecidas. Limitar el ingreso de entrada en la carrera fijando las plazas necesarias impone la obligación de mantener durante el curso de la misma a individuos que, o no tenían o han perdido la vocación antes de llegar a la meta de su licenciatura. Atender a otra infinidad de causas y miras económicas de los interesados expondría a resultados más o menos parciales en los que poco o nada ganarían las profesiones reformadas.

En Francia, donde también el problema tiene sus raíces viciadas y donde, como en todas las naciones dedicadas a la investigación y al estudio permanente, se deslizan los conocimientos de divisiones en divisiones formando especialidades, el Senado, con verdadero

**Almorranas internas, externas
y afecciones del recto. Medicación hemorroidal
completa Dr. Ribalta. Prospectos gratis.
Rambla Cataluña, 44, Barcelona**

espíritu patrocinador, ha tomado a su cargo la difícil misión de relacionar y armonizar las profesiones que por su índole y textura necesitan unificar y poseer conocimientos de múltiples y diversas materias. Actualmente, allí como aquí, el número de estudiantes médicos es tan sumamente crecido como excesiva-

mente rudimentaria va siendo su cultura general; y lo poco que debe y puede pedirse a cualquier diplomado es que sepa, al menos, escribir en el idioma nacional. La ignorancia del mundo social y clásico con que salen de las Facultades colocan a los alumnos en un plano muy inferior a la superioridad de hombre que les forjan sus ilusiones y a la que bondadosamente les concede también el público en general. Contra pesando, pues, el Senado francés las diversas razones que le han expuesto las distintas Facultades de su país, ha resuelto enjuiciar la reforma, restableciendo nuevamente el bachillerato latinogriego para todos los estudiantes de la carrera de Medicina. Esta medida ha provocado sinceros aplausos en casi todos los factores que constituyen la sociedad francesa, pero los profesores de ciencias, ya porque consideran que la disposición les restrinja el número de matriculados, ya porque hayan supuesto que en resolución tan trascendental debieran haber intervenido ellos como peritos más competentes, lo cierto es que atendiendo la iniciativa de mon-

**Diarreas estivales
ELDOFORMO
Bayer-Meister-Lucius**

sieur Ch. Maurain, miembro del Instituto y decano de la Facultad de Ciencias de París, todos los profesores de este ramo han formulado una protesta enérgica contra la disposición senatorial.

Esta protesta y la más señalada de la Facultad de Rennes, que califica de deplorable una medida que imponga una cultura literaria a los estudiantes de Medicina, son comentadas sagaz y hábilmente por el Dr. Ch. Fiessinger en los siguientes párrafos:

«Se comprenden claramente las susceptibilidades de las Facultades de Ciencias. La medida ministerial reducirá el número de los alumnos, puesto que al tener que hacer en adelante los estudiantes de Medicina el bachillerato latinogriego, tropiezan con un esfuerzo y un trabajo más arduo e inteligente del que realizan ahora. La medida eliminará indudablemente del cuadro de postulantes, espíritus sólidos un poco monótonos u algo opacos; pero menos desprendidos y menos abiertos ante las luces de la delicadeza. Operada de este modo la manera de entrar en la carrera de Medicina, una selección parecida tendrá por efecto la separación de muchos candidatos, quienes desearos más tarde

de tratar al hombre enfermo, desdeñaron al principio abordar una formación de hombre completo, tal como aparece en las lecciones de historia y a través de las diferentes civilizaciones pasadas.

En el curso de la práctica médica los conocimientos científicos, fuera de las nociones técnicas especiales e indispensables sirven para muy poca cosa. El examen preliminar de la Física, la Quí-

JARABE ALMERA

a base de fosfato de cal gelatinoso,
el más asimilable.

mica, y las Ciencias Naturales, el P. C. N., como se le denominaba, hace que se pierda un año de estudios del cual el joven no sacará ningún provecho. Por esta razón, no comprendemos claramente la protesta formulada por M. Maurain y todos sus colegas. Sin duda se olvidan de que llamando indirectamente la atención acerca de este desgracia do P. C. N., los destinos del cual son presididos por ellos, peligran de ser atacados mucho más de lo que son ya por el restablecimiento del bachillerato latinogriego.

En la Academia de Medicina hace algunos años que este P. C. N. pasó por horas muy críticas. Ni uno solo de sus miembros se mostró partidario de él y su reemplazamiento por el estudio de un año de especialidades médicas al finalizar la carrera, era bien visto por todos. Las prácticas de análisis o de laboratorio sobre las diferentes cuestiones pondrán al candidato en condiciones de ser interrogado en los exámenes y le harán adquirir claridades rápidas y precisas. La enseñanza del P. C. N. afirma también su inutilidad para la adquisición de las nociones más elementales.

Habiendo, pues, emprendido el Senado la expurgación de los estudios científicos, debe acabar su obra de saneamiento en toda su extensión. El restablecimiento del bachillerato latinogriego puede considerarse como un perfeccionamiento para la intelectualidad de los alumnos; pero la supresión del P. C. N. llevará consigo, a su vez, mejoras también muy considerables. Conseguido

**Para las Estafilococlas de todas clases
forúnculos, ántrax, erupciones de primavera y verano BARDANOL.**

esto, el Cuerpo médico entero agradecerá, aunque de modo indirecto, la llamada de M. Maurain. Levantando este sujeto su escudo contra una reforma benéfica, nos ha despertado una segunda más conveniente aún. Se nos objetará también que las dos reformas conducen a una deserción considerable sobre las gradas de los anfiteatros; pero ninguno

que obre en conciencia se permitirá defender ante las Facultades de Medicina disposiciones que favorezcan señaladamente el reclutamiento de los catedráticos de Ciencias.

El médico, en efecto, debe poseer a la vez una instrucción técnica que el P. C. N. no le enseña y una superioridad intelectual que el bachillerato latino-griego no asegura en todos los casos,

Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.

Alcalá, 88. — Madrid.

pero, sin embargo, desenvuelve singularmente en los sujetos actos para elevar su espíritu. Las ciencias puras forman las concepciones del médico, en el sentido más expreso y más peligroso; le colocan en frente de comprobaciones fragmentarias e inducen su razón a equivocaciones que por deducciones lógicas podrían evitarse. Los profesores de Clermont parecen pensar que la cultura científica desenvuelve el espíritu de observación. Sin embargo, nos parecerán el que no estemos completamente de acuerdo con ambos. Las ciencias maduran el sentimiento de lo real, y fijan la precisión de las ideas; en cuanto a la observación, es cosa muy distinta. El observador establece relaciones entre una comprobación exterior y las que anteriormente había registrado en su memoria. Cuantos más conocimientos se han adquirido por un orden técnico, iluminado por las luces que conceden las ideas generales, mayor campo abrirán a las enseñanzas fecundas de las nuevas semillas que reciban del exterior. La imaginación está constituida de tal forma, que, operando sobre fusiones fructuosas, es a su vez estimulada por la vía educativa, y desde un principio debe imponerse la obligación de coger el sentido de los textos antiguos. Además de las excelentes razones, cien veces evocadas, ¿no existe también la de pensar en cómo un médico que no está iniciado en la naturaleza intelectual y moral del hombre, tal como se le ofrece por las experiencias de las civilizaciones griega y latina, podrá llegar a asi-



milarse las particularidades espirituales y las sonoridades de las diferentes sensibilidades que manifiestan los enfermos? A fuerza de atención intensa y de sondeos intuitivos, acabará, sin duda alguna, por llegar a ver el problema con toda claridad. El espíritu de fineza le enseñará también cosas que no había sospechado en los bancos del Liceo. Pero este espíritu de delicadeza no estará muchas veces desprovisto completamente, ya que su elección preliminar por las ciencias estaba falta de la demostración necesaria, a la vez que favorecida por las aptitudes del genio matemático. Las humanidades significan conocimiento de los hombres. La

anatomía les enseñará la estructura física de los cuerpos; pero ¿qué es esto comparado con la claridad que da el estudio de las lenguas antiguas sobre las profundidades del alma! Antiguamente existían multitudes de sociedades de humanidades que eran sumamente frecuentes y a las que asistían obligatoriamente los estudiantes; a todos los movimientos de inestabilidad en que viven, a sus desfallecimientos, a la caída de sus esperanzas, veían la medida de las ingratitudes, y el joven médico era menos sorprendido después, al encontrarse con las relaciones que le exigen los clientes, porque la representación de los sentimientos no eran muy distintos con los que aprendió en el curso de sus estudios secundarios.

No es ésta sola la ventaja que se tiene por este procedimiento. Si o que viendo las cosas desde más alto, no se dejará subyugar por la significación de las visiones científicas, las cuales, reducidas a su aportación propia, corren el riesgo de levantar en la inteligencia vaguedades de orgullo ilimitado. Ya que cuanto más se persista en el error, más se aparta del origen de la luz, y el sabio manifiesta una tendencia natural a generalizar la imagen de su triunfo para aplicarla al género humano. Por otra parte, nada hay más falso que una ilusión semejante. Los médicos saben muy bien que si la ciencia y las industrias progresan, el hombre, que es quien organiza las fuerzas de la Naturaleza, no ha

EL CHOCOLATE ZORRAQUINO

por su pureza y poder nutritivo constituye una eficaz ayuda en los enfermos y convalecientes, y por su exquisita elaboración, es una deliciosa golosina para los sanos.

De venta en Madrid: Mantecuerías Leonesas y principales establecimientos, provincias, y Zaragoza: Despacho. Coso, 58.

variado nunca nada en cuanto con él se relaciona. Irremediablemente permanecerá siempre el mismo. Ni las reacciones de su espíritu han sido modificadas ni las tendencias de la sensibilidad han perdido su salvajería secreta.

El restablecimiento del bachillerato latino-griego, poniendo a cada momento de manifiesto esta constancia de la bestia humana en las reivindicaciones de sus deseos y de las excitaciones de sus apetitos, ¿dará como resultado la conducción de la retina hacia un conocimiento más exacto de las realidades humanas? Con mucha frecuencia se nos ha figurado que el ojo de un sabio se encontraba acosado por ilusiones magníficas en las cuales se refugiaba la claridad de la mirada del médico.

M. P.

La cartera de «Decio Carlan»

El microscopio nos ha permitido bajar en lo físico hasta la célula y sus componentes; y lo dinámico, hasta los movimientos brownianos; pero en lo ético no se puede bajar tanto como no se tome por microscopio lo infinitamente pequeño al través del alma de ciertos hombres.

Ich.

En Eurípides tropecé por primera vez con los acertados apelativos de cobarde, traidor y despreciable con que designa a las armas arrojadas representadas por el arco y las saetas de Hércules. El pasaje en que Cervantes por boca de su hidalgo juzga análogos medios de combate en su discurso de las «Armas y las letras», es quizá el más hermoso del Quijote. También en él se aplica el ca-

“MALTOPOL”

Extracto de malta en polvo; contiene diastasa y vitaminas en forma concentrada. M. F. Berlowitz. — Alameda, 14, Madrid.

lificativo de cobarde al que mata a distancia y con buscada impunidad; ¿pero qué dirían Eurípides y Cervantes si hubiesen alcanzado los «civilizados» tiempos de la artillería moderna, y sobre todo de la Berta que mataba a tres leguas de distancia? Aún más: ¿qué pensaría de esos llamados médicos que se encierran en su laboratorio sabiamente defendidos para idear y descubrir gases asfixiantes y explosivos cargados de microbios destructores que pueden terminar con la vida de una población de millones de habitantes?... ¿Puede darse vileza semejante? Y esos señores de gruesas gafas, melenas lacias y hambre atrasada hacen todo esto ante la imposibilidad de ganar un puñado de oro o de adornar sus ridículas personalidades enclenques y desmedradas con algún cintajo que llaman órdenes nobiliarias.

Cuentan que el inventor de la pólvora, el monje Schwart, pagó con la vida su horrible descubrimiento; diremos con García Gutiérrez que

aún fué humana
para su crimen la pena,

y a mi juicio lo seguirá siendo aunque desde su descubrimiento la sufriera cada vez que un hombre ha muerto por la explosión de un grano de pólvora.

¿Cuánto tenemos que aprender de los animales inferiores en materia de nobleza los que nos suponemos más próximos al Supremo Hacedor!

Ich.

STROPHANTUM

PALLARÉS

XV gotas contienen 1/2 miligramo de Estrofantina.

Academia de Medicina de París.

En la última sesión del año 1931, M. Lucien Camy presentó una comunicación acerca de «cómo puede sorprender la viruela» a los médicos. Leyó para comentarla una relación que anualmente se da de las vacunaciones y revacunaciones practicadas en Francia, sus colonias y su protectorado, y que aseguraba que en todo el año 1930 no había existido viruela en Francia. Pero una inspección llevada a cabo en el departamento Indre-et-Loire y Hérault,

SÍGUE A LA PÁGINA XVIII

Tratamiento de la TOS en general

Tos seca - Bronco-neumonía

Bronquitis - Gripe

Tuberculosis

Asma

GERMOSE
Gotas del Dr.
BAYRAC
(NO TÓXICO)

**Específico
contra la Coqueluche.**

(Tos Ferina.)

A base de Fluoroformo estabilizado en extractos vegetales.

LABORATOIRES LEBEAULT.—3 y 5, Rue Bourg-l'Abbé.—París.

Agentes generales: Giménez-Salinas y C.^a, Sagués, 2 y 4, Barcelona (S. G.)

CALDAS DE OVIEDO

Aguas oligometálicas, muy radioactivas.—Temperatura, 43 grados.

Enfermedades del aparato respiratorio.—Reumatismos eréticos dolorosos.

Notables resultados de las estufas en la hipertensión arterial.

Agua en bebida.—Baños.—Duchas.—Inhalaciones.—Pulverizaciones.—Hay médico en el Establecimiento.

GRAN HOTEL DEL BALNEARIO

Todo confort.—Cocina selecta.—Varias fondas.—Casas de huéspedes.

15 de Junio a 30 de Septiembre.

VACANTES

La de Torrejoncillo (Cáceres), partido judicial de Coria, por oposición, Tribunal ordinario, tercera categoría, vacante por quedar oposición anterior desierta; dotación de 2.200 pesetas anuales y 500 familias de Beneficencia, censo 4.778 habitantes

Tribunal: Presidente, D. Francisco Ruiz Morote, inspector provincial de Sanidad.

Vocales: D. Manuel Corrales Vicente, médico bacteriólogo del Instituto provincial de Higiene; D. Emérito Pania gua, subdelegado de Medicina de Hervás; D. Amador Díaz Mateos y D. Sergio Vicente Guerrero, médicos titulares inspectores municipales de Sanidad de Montánchez y Cáceres, respectivamente.

Secretario: D. Jacinto Martín Moreno, secretario del Ayuntamiento de Torrejoncillo.

Los aspirantes deberán dirigir sus instancias, en papel de 8.^a clase, al señor alcalde presidente del Ayuntamiento de Torrejoncillo, hasta el 9 de Julio.

—La de Trabada (Lugo), partido judicial de Ribadeo,

por oposición, Tribunal especial, segunda categoría, vacante por defunción, dotación de 2.750 pesetas y 110 familias de Beneficencia, censo de 3.679 habitantes.

Tribunal: Presidente, D. Emilio Domínguez y Fernández, inspector provincial de Sanidad.

Vocales: Estos serán nombrados por el Ayuntamiento, dentro del plazo de la presente convocatoria.

Secretario: D. Manuel Aenlle Rego, secretario del Ayuntamiento de Trabada.

(Las igualas ascienden de 4.500 a 5.000 pesetas anuales.) Instancias hasta el 9 de Julio.

Médico de veinticuatro años, inspector municipal de Sanidad, ex alumno interno por oposición de la Facultad de Medicina de Valladolid, con excelente hoja de estudios, se ofrece para substituir durante uno o más meses de verano. Dirigirse a D. José María del Hoyo, Recoletos, 2, Valladolid.

Médico se ofrece para substituir compañero de Ayuntamiento o Sociedad. Dirigirse a D. Manuel Martínez, Santo Domingo de la Calzada (Logroño).

Ayuntamiento de Madrid (Continúa en la pág. 4.^a de Tertulia)

COLITIQUE

VACUNA CURATIVA ANTICOLIBACILAR

Doble superioridad:

Acción directa sobre el microbio

No produce reacción febril alguna

Forma bucal, la más activa

*El COLITIQUE está adoptado
por los Hospitales de París*

Muestras y literatura



Laboratorios del Dr. P. ASTIER, 45-47, Rue du Docteur-Blanche. - PARÍS (16^e) (Francia)

SUCURSALES

BARCELONA : calle del Bruch, 129
MILÁN — LONDRES

BUENOS AIRES : Potosí, 4058 a 4060
NEW-YORK — VARSOVIA

ZINOSAL

JUSTE

COLIRIO A BASE DE SULFATO DE ZINC QUIMICAMENTE PURO

Instilación indolora. — Aplicación cómoda. — Conservación aséptica.

El **ZINOSAL**, en su nuevo envase,
aumenta la eficacia terapéutica del sul-
fato de zinc y facilita su instilación.

Indicado en la CONJUNTIVITIS SUBAGUDA DIPLOBACILAR o de
MORAX AXENFELD y en las CONJUNTIVITIS CATARRALES,
CRÓNICAS, PRIMAVERALES, etc.

Las indicaciones del Sulfato de Zinc, el **ZINOSAL** las mejora.



Muestras y literatura al DEPARTAMENTO MEDICO del
LABORATORIO JUSTE. - Apartado 9.030. - MADRID

Francisco Navacerrada, 3, hotel. — Teléfono 55.386.



EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

Director-Propietario: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

PROGRAMA CIENTIFICO:

Lema: *Progressi sumus, progredimur, progrediemur.*

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

SUMARIO: Sección científica: Estado actual del tratamiento de la pulmonía, por el Dr. Federico G. Deleito. — Policlínica de enfermos nerviosos del Hospital Civil del Buen Suceso: Consideraciones sobre un caso de lesión del plexo braquial, por José María de Villaverde. — Información científica extranjera: El síndrome doloroso sifilítico del epigastrio, por el Dr. Juan Turries. Adaptación castellana por el doctor T. B. — Vitamina C, adrenalina y cápsulas suprarrenales, por el Prof. A. V. Szent Gyorgyi. Adaptación española de F. G. D. — Bibliografía. — Periódicos médicos.

Estado actual del tratamiento de la pulmonía

POR EL

DR. FEDERICO G. DELEITO

Teniente coronel médico.

A pesar de ser la pulmonía una de las primeras enfermedades en las que los maestros de la clínica pusieron de relieve el considerable valor del factor individuo, y es muy antigua la frase de que no vemos pulmonías sino pulmoníacos, es lo cierto que en su tratamiento domina de un modo considerable la tendencia a la uniformidad y que los pulmoníacos se tratan por rachas y de un modo bastante rutinario. Y si tratamiento rutinario sistemático y obligado para todos fué la sangría, el tártaro estibiado y los revulsivos no lo han sido menos; después, el tratamiento por la digital, por el alcohol, por la hidrote-rapia, por el aceite alcanforado, por el suero antidif-térico, por los metales coloides, por la hiperoxigena-ción, y hoy día por los derivados de quinina. Todos los esfuerzos terapéuticos se han dirigido y se diri-gen a buscar el tratamiento de la enfermedad, y los médicos generales se ven muchas veces arrastrados por el torbellino de la moda, por el reclamo de los nuevos tratamientos, por las estadísticas en las que se agrupan viejos y jóvenes, enfermos fuertes con corazón y arterias sanas y resistentes, y pacientes fatigados con el corazón maltrecho y los vasos ave-riados, y aplican a sus pulmoníacos el último patrón, descuidando muchas veces detalles esenciales o no dando la debida importancia al enfermo en conjunto con sus antecedentes, su historia patológica anterior, sus reacciones cardiovasculares, con todo, en fin, lo que desde hace tanto tiempo se creyó digno de estu-dio y atención por los que recomendaban que se pen-sara mucho más en el pulmoníaco que en la pul-monía.

Hoy día se ha visto también que si gran impor-tancia tiene la calidad del organismo, tampoco debe echarse en olvido la del germen productor. Aun de-jando aparte las pulmonías postgripales que desde

hace largo tiempo se estiman como distintas en etio-logía, pronóstico y tratamiento, y circunscribién-donos sólo a las provocadas por el neumococo de Frankel, existen cuatro variedades de gérmenes que los americanos numeran I, II, III y IV o X, gérmenes que provocan pulmonías distintas en pronóstico y que responden de desigual manera, incluso al trata-miento específico por la sueroterapia, pues mientras las del grupo I se modifican, según los americanos, pronto y bien por dicho tratamiento, las del grupo III o IV son completamente refractarias al mismo. El determinar cuál es el germen productor de la pulmo-nía que se tiene a la vista es cosa sólo asequible en las clínicas de los grandes hospitales con servicios anejos de laboratorio. Para ello se requiere poseer dos ratas blancas a las que se inocula intraperito-nealmente 0,2 a 0,3 c. c. de una mezcla de esputos, bien lavados con la disolución fisiológica de cloruro de sodio. A las doce horas se mata el animalito, si es que no se ha muerto antes, y se introducen en su cavidad abdominal algunas gotas de la misma diso-lución fisiológica, dejándolas algunos minutos, al cabo de los que se extraen con una pipeta algunas gotas del líquido intraperitoneal, líquido que lleva de ordinario una gran cantidad de neumococos en suspensión. Se ensayan entonces las pruebas de aglutinación con test ya preparados de los tipos I, II y III. Las aglutinaciones específicas aparecen muy pronto y se hacen en grandes copos.

Pero si el diagnóstico sólo puede hacerse en gran-des centros y hospitales bien montados, el tratamien-to específico es todavía más difícil de hacer. Su prin-cipal defecto es el costo. Claro que no hablo del tratamiento por sueros de neumococos en general, pues tales tratamientos caen más dentro de la terapia excitante no específica y no deben estimarse sino como una proteinoterapia algo específica; me refiero exclusivamente al tratamiento por el suero adecuado a la variedad del germen productor.

Las cantidades de suero que precisa inyectar son bastantes considerables; los americanos recomiendan dosis de 250 a 1.000 c. c., y la inyección ha de ser

precisamente intravenosa. Solamente con estas dosis y con esta forma obtuvo Krehl sus buenos resultados. Naturalmente, una inyección intravenosa tan abundante no está exenta de riesgos y no todos los corazones de los pulmoníacos pueden soportarla. Además, la excesiva cantidad de albúminas de caballo que se introducen provocan reacciones no específicas bastante intensas y difíciles de graduar. Por todo ello se considera un gran progreso el suero de Falton concentrado al décimo, muy utilizado y recomendado en el tratamiento de la pulmonía debida al germen tipo I.

Pero el costo es enorme. En Alemania los 250 c. c. de suero no concentrado cuestan unos 74 marcos oro, que al cambio actual representan más de 225 pesetas. Un tratamiento hecho con 1.000 c. c. saldría por cerca de 1.000 pesetas. Aun con los sueros Falton el precio sigue siendo elevadísimo, y serían pocos los enfermos y familias que se decidieran a adquirirlo y menos aún los que se resignaran a pagarlo. Ya he dicho, y vuelvo a insistir en ello, que sólo a este tratamiento cabe aplicarle el nombre de específico. Por otra parte, siendo tan costoso el adquirirlo se comprende la ineludible necesidad de hacer antes un diagnóstico exacto de la variedad del neumococo, para no caer en el error de inyectar suero Falton a pulmoníacos cuya enfermedad sea debida al germen III o IV, en cuyo caso habríamos hecho un tratamiento muy poco eficaz. En la página 284 del tomo 87 de EL SIGLO MEDICO di cuenta de los resultados obtenidos con este suero en los hospitales norteamericanos. Pero siempre hay que tener en cuenta que si bien el neumococo I es el que más neumonías típicas produce, sin embargo, según Kolle, no pasa de ser el causante del 33 al 35 por 100 de las mismas.

Con todas estas limitaciones se comprende el escaso valor práctico que aún tiene el verdadero tratamiento específico de esta enfermedad, insistiendo una vez más en que este nombre sólo puede aplicarse con rigor a los casos en que se utiliza el suero correspondiente al germen productor, pues en los restantes casos el tratamiento no pasa de ser una proteinoterapia no específica con pretensiones.

En cuanto a los ensayos de una inmunización activa de los pulmoníacos, tratamiento por vacunas específicas, todavía no ha salido de los laboratorios y no se aplica en las clínicas y menos aún en la práctica corriente.

Ya que la sueroterapia específica es difícil y cara, se ha utilizado y preconizado mucho la quemoterapia específica por la quinina y sus compuestos y derivados. En 1886 se vió que la quinina impedía o dificultaba en extremo el desarrollo de los neumococos, pero fué Aufrecht el que la recomendó como tratamiento específico. La forma de administrarla es, en los casos corrientes, tres dosis diarias de 1 gramo de tanato de quinina con óxido de hierro en compota de manzana o en una papilla cualquiera, y en los graves hacer inyecciones parenterales de 5 c. c. de una disolución que contenga, en 20 c. c., 2 gramos de clor-

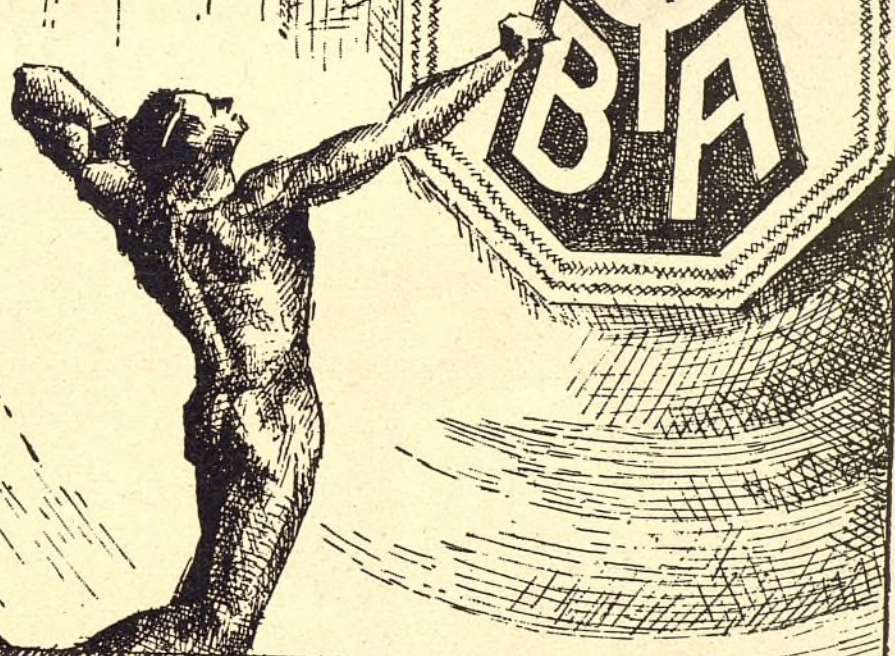
hidrato de quinina y uno de uratano. Recientemente se recomienda la soluquina (2 c. c. equivalen a 0,5 de clorhidrato de quinina) o la traspulmina, que no es más que quinina unida al terpinol y al alcanfor. Los partidarios de esta medicación dicen que, si se utiliza en el primer día, da resultados brillantes, tanto por la escasa mortalidad, que puede compararse sin desventaja con la conseguida con los sueros específicos, como por lo que acorta la duración de la enfermedad (de uno a cuatro días). Si el tratamiento se inicia más tarde los resultados son mucho menos satisfactorios y apenas difieren de los que se consiguen con un tratamiento sintomático bien dirigido.

Morgenroth y Halberstädter, estudiando los efectos de la quinina y sus derivados sobre los neumococos y en las infecciones por tripanosomas, vieron que eran muy inciertos y los de la hidroquinina demasiado enérgicos para utilizados en la práctica, por lo que se decidieron a ensayar sus homólogos deteniéndose en la optoquina o etilhidrocupreína, compuesto que les pareció verdaderamente activo contra el neumococo y eficaz en la pulmonía. El primer compuesto ensayado, el clorhidrato de optoquina, se mostró activo pero peligroso, pues atacaba a los nervios óptico y acústico, en especial al primero, ocasionando algunas amaurosis, por lo que fué preciso abandonarlo. Hoy día se utiliza la optoquina básica, que carece de dichos efectos. Es muy importante dosificarla, bien dando cada cuatro horas 0,1 gramo de medicamento. El tratamiento debe sostenerse durante tres días, y si al cabo de este tiempo no han remitido los síntomas se suspenderá, pues no debe rebasarse esa dosis total. Curschmann recomienda la misma dosis, pero administrando el remedio en píldoras queratinizadas para que llegue sin modificarse hasta el intestino. También es más audaz en las dosis totales, pues dice pueden darse hasta 5,4 gramos como dosis total. Conviene, sin embargo, no rebasar y tal vez no llegar a la de 4 gramos para evitar accidentes desagradables. Como todo medio curativo, su eficacia está en razón directa de la prontitud con que se administra.

Los resultados son, al parecer, bastante satisfactorios y deben estimarse además como específicos. Por ser cierta esta especificidad contra el neumococo se utiliza también la optoquina en las meningitis por neumococos. Para ello, tras una punción lumbar, se dejan salir de 20 a 30 c. c. de líquido cefalorraquídeo y se reinyectan 20 c. c. de una disolución de clorhidrato de optoquina al 1 por 500.

Como el tratamiento de la pulmonía por este medicamento es sencillo, no caro, y si se utiliza exclusivamente la optoquina básica en la forma y dosis antes dicha carece de peligros, debe ensayarse por los clínicos en la práctica corriente, cuidando siempre de darla desde el primer momento y no reservarla como remedio heroico para casos avanzados y graves, pues entonces no lograremos nada útil y desacreditaremos neciamente un remedio que hasta la fecha da buenos resultados.

FITINA



RECONSTITUYENTE TÓNICO DEL SISTEMA NERVIOSO REMINERALIZANTE

El preparado más rico en fósforo orgánico
y sustancias remineralizantes asimilables
Comprimidos Granulado Cápsulas Sellos

Muestras y literatura :

CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA DE PRODUCTOS QUÍMICOS
Aragón, 285 BARCELONA Apartado 744

**LABORATORIO
MIRABENT
BARCELONA**



MORRHUÉTINE

EL TÓNICO DE LA INFANCIA
Y DE LA PUBERTAD.

JUNGKEN

MEDICACIÓN YODADA
POR EXCELENCIA

SE USA TODO EL AÑO = SABOR GRATÍSIMO = TOLERANCIA PERFECTA

NURRISOL

RECONSTITUYENTE GENERAL PARA LAS MUJERES QUE CRIAN
FACILITA LA LACTANCIA MATERNA

PAHIRVOL

TÓNICO ESTOMACAL
INSUFICIENCIAS Y ATONÍAS GÁSTRICAS

Como específicos de la pulmonía se han preconizado además el aceite alcanforado, la digital y la pilocarpina. De esta última podemos y debemos prescindir en el tratamiento de los pulmoníacos, y respecto a los dos primeros, no hay por qué darlos de un modo sistemático, pues carecen de especificidad. Valen mucho, sin duda alguna, como cardiotónicos y como tales deben estimarse, y de sus indicaciones hablaremos al mencionar la medicación sintomática, pero nada más.

Si la medicación específica todavía no se encuentra consagrada ni mucho menos, habrá que recurrir a las corrientes, y en primer término tenemos la llamada terapéutica excitante no específica. Si bien con otros nombres ha venido usándose hace mucho tiempo. Tratamiento no específico es el absceso de fijación que se preconizaba ya a fines del siglo pasado, sirviéndose para ello de la inyección de tremen-tina en la región glútea. Fué abandonado, y con razón, aunque alguna vez hayan existido intentos de resucitarlo. También deben incluirse en este grupo los tratamientos por los metales coloidales. Se comenzó por el colargol, y después se utilizaron mucho las inyecciones de plata y oro coloidal, sobre todo las de plata.

Su crítica es la misma que la de todas estas medicaciones: la dificultad de graduar las reacciones, dificultad aumentada en la pulmonía por las extremas diferencias que existen entre los enfermos tratados. Volveremos sobre

este asunto en breve. Proteinoterapia no específica era al fin y al cabo el suero antidiftérico, que tanto se usó y del que tanto se abusó en la primera década de este siglo, y que hoy ha caído en el olvido. Hoy día se encuentran con facilidad citas bibliográficas de empleo y éxitos obtenidos por todas las proteínas lanzadas al comercio.

Y también puede comprobarse fácilmente que todas ellas son abandonadas al cabo de más o menos tiempo, sin que se insista en su uso ni siquiera por los que las apadrinaron.

Las razones son sencillas: la pulmonía es una infección en la que los síntomas de reacción general del organismo son lo bastante aparatosos para que puedan pasar inadvertidos. Estimular más estas reacciones no está exento de peligro. Recordemos, por ejemplo, lo que ocurría con las inyecciones coloidales: O se hacían intravenosas, en cuyo caso la hipertermia llegaba y aun rebasaba los 41°, y a este compás el resto de los síntomas, o se hacían intramusculares, y entonces no producían reacción, pero tampoco

efecto útil, y el clínico no hacía más que simular un tratamiento. Incluso con el tratamiento específico, con los sueros Felton o con los corrientes, existe el riesgo de la reacción violenta. En ninguna enfermedad son tan frecuentes los accidentes séricos como en la pulmonía, y muchas veces se han registrado escalofríos y aumento de la fiebre tras las inyecciones de sueros específicos.

Ahora bien: en los sujetos jóvenes estas reacciones pueden soportarse con menos riesgo; pero en los pulmoníacos de alguna edad sometemos a dura prueba su aparato cardiovascular, precisamente el que más nos interesa conservar en mejor estado. Y como, por otra parte, los resultados no son convincentes ni mucho menos, haremos bien en prescindir de esta terapia o utilizar sólo los medios más suaves en los casos de formas adinámicas con tal de que nos merezcan confianza el corazón y los vasos del enfermo.

Disponemos, no obstante, de recursos poderosos para tratar a los pulmoníacos con tal de utilizarlos debidamente. En primer término debemos atender

a los cuidados generales de asistencia, alimentación, etcétera, y después, conociendo como conocemos los puntos débiles del pulmoníaco, es decir, el sitio y la forma por donde puede venir la muerte, debemos y podemos vigilarlos para acudir en su auxilio tan pronto como sea menester. Y al mismo tiempo no olvidar nunca que lo primero es no hacer daño y no tratar de combatir sin tomas aparatosos si con

ello puede salir perjudicado el paciente.

Regla general de toda terapéutica es la del reposo del órgano enfermo. Esta regla se ha olvidado no pocas veces con los pulmoníacos. Hace ya tiempo se ha insistido por algunos clínicos en la necesidad de un reposo en cama tan severo, que incluso los reconocimientos médicos debían limitarse y reducirse al mínimo con tanto rigor como en un hemoptoico. Desde luego los zarandeos repetidos para percutir y auscultar son más perjudiciales que útiles. El pulmoníaco estará en cama, en posición horizontal o a lo sumo con el tronco ligeramente elevado y sostenido por almohadas, vestido con un amplia camisa o camisón y desprovisto de camisetitas y otras vestiduras ceñidas que obligan a moverle cuando lo queremos reconocer o intentamos un tratamiento local contra un síntoma que lo necesite, por ejemplo, contra el dolor. Habitación amplia y aireada, pero nada de aire frío, aire tibio que no pase de los 20° ó 22°, pero que tampoco baje de los 14°, a condición, claro está, de que para calentarlo no se recurra a métodos y procedimientos

SUMARIO CIENTÍFICO DEL NUMERO PRÓXIMO

DR. RAFAEL GARCÍA CASAL. — La sedimentación de la sangre en el cáncer uterino.

DR. RENELO. — Sífilis ocular.

PRIV. DOC. V. KOLLERT. — La oliguria y la poliuria desde el punto de vista terapéutico.

Bibliografías.

Prensa extractada.

que lo impurifiquen. El aire muy frío puede provocar reacciones violentas y desagradables en el foco enfermo.

También cuidaremos minuciosamente de su alimentación. La pulmonía es una enfermedad que dura poco y, por lo tanto, el enfermo puede soportar bien una dieta algo severa. Conviene evitar la repleción exagerada del estómago, restringir todo lo que signifique formación de gases, evitar un estreñimiento que nos obligue a utilizar purgantes o irrigaciones, cosas ambas de las que debemos huir; combatir la tendencia a la acidosis de la fiebre, sostener las fuerzas y, por último, no olvidar la tendencia del pulmón enfermo a retener el cloruro de sodio, que luego se elimina en verdaderas descargas en el momento de la crisis. Por lo tanto, huir de la dieta láctea exclusiva que abulta mucho, no olvidar los zumos de frutas, que la dieta sea rica en hidrocarbonados aprovechando los alimentos naturales o los preparados artificiales que los tengan condensados (purés, mermeladas, compotas, preparados de leche y cacao, bebidas azucaradas) y caldos naturales o artificiales no grasientos, pero ricos en peptonas y otros derivados de las albúminas. No abusar de la sal; por el contrario, restringirla en lo posible, y dar bebidas ligeramente alcalinas. En la mayoría de los enfermos convendrá algo de alcohol, sobre todo si tienen costumbre de tomarlo. De preferencia un poco de Jerez, Málaga o coñac.

Pocas cosas tan esenciales en la pulmonía como mantener el buen estado del aparato cardiovascular. No nos equivocáramos mucho al afirmar que del estado previo de corazón, vasos y riñón depende, en lo esencial, el pronóstico de esta enfermedad. Por ello no debe extrañarnos que entre los pretendidos específicos contra la neumonía se encuentren el alcanfor y la digital. Esta fué recomendada especialmente por los clínicos ingleses. Aun reconociendo sus buenos efectos y lo eficaz que fué llamar la atención sobre ella en una época en la que se descuidaba bastante este punto, se abusaba de los vejigatorios y aún no había desaparecido el antimonio de los fármacos con que se combatía, hemos de afirmar que no es el tónico cardíaco de elección. Tiene el inconveniente de su acción acumulativa, lo que nos cohibe para seguirla usando cuando en los últimos días de la enfermedad, poco antes de la crisis, vemos surgir los fallecimientos cardiovasculares más graves y, por otra parte, su previo empleo dificulta o restringe ulteriormente el de la estrofantina, verdadera tabla de salvación en muchos casos desesperados.

Más confianza puede tenerse en el alcanfor. Son los alemanes y los norteamericanos los que más han preconizado este medicamento. Tiene la ventaja de que no se acumula, carece de efectos secundarios, es un roborante general, su dosis terapéutica es muy amplia y su acción no se agota al repetir su empleo. Se ha recomendado darle en dosis grandes, inyecciones de 5 c. c. de la disolución fuerte repetidas va-

rias veces al día. Si la inyección hipodérmica es muy molesta, puede recurrirse a los preparados artificiales, entre los que merece especial mención el cardiazol, que es activo aunque se dé por vía oral. Posee todas las ventajas del alcanfor, excepto la del precio (es algo más caro); se elimina con rapidez y las dosis pueden repetirse a las tres o cuatro horas. Sus efectos se perciben al poco tiempo de administrarse. También se da en inyecciones disuelto en agua o en una disolución de dextrosa. Se asocia frecuentemente a la estrofantina y al calcium Sandoz. Junto al cardiazol puede recomendarse el hexetón y algunos otros derivados.

Menos valiosos, pero muy estimables en esta enfermedad, son la cafeína, la coramina y la adrenalina o sus sucedáneos.

Desde hace poco tiempo han llamado la atención los norteamericanos sobre los indudables beneficios de la administración del calcio desde el comienzo de la enfermedad. Recomiendan que la dieta sea rica en sales de este mineral y proponen añadir a ciertas tomas de alimentos una dosis de lactato o cloruro de calcio. Sus principales efectos son los de evitar y combatir la tendencia al edema del pulmón. Como forma más cómoda de administrarlo se prefiere el calcium Sandoz, inyectando junto con una ampolla de 10 c. c. de las corrientes en el comercio, otros 10 de una disolución de dextrosa adicionada de cardiazol. Su empleo está en plena luna de miel y conviene tenerlo siempre presente.

Como tónico cardíaco, tónico vascular y estimulante de las contracciones de las fibras musculares lisas de los bronquios se recomendó mucho la estricnina. Hoy se encuentra algo olvidada, y sobre todo se suple, con ventaja al parecer, con la adrenalina o sus sucedáneos, tónicos cardiovasculares de más eficacia y efectos más rápidos que aquélla. Es medicamento que no puede repetirse mucho.

Pero el tónico cardíaco más eficaz en la pulmonía es la estrofantina. Se recurre a la cristalizada, por tener una composición más fija y constante, y si queremos obtener de ella todo el provecho posible hay que administrarla por vía endovenosa. Lo demás es no saber cuánta estrofantina damos y exponernos a que su empleo sea completamente ineficaz, y como en esta enfermedad no se puede perder tiempo con tanteos no se recomienda otra forma de administración. Hay que comenzar por inyectar 1/4 de miligramo y no pasar de 1/2 miligramo. Se encuentra en el comercio en forma de estrofantosa disuelta en disoluciones de dextrosa. Entre cada dos inyecciones hay que dejar un mínimo de diez horas. Sus efectos son verdaderamente notables y puede salvar situaciones desesperadas de las que a no disponer de este remedio podían darse por perdidas. Claro que no es seguro su efecto, pero sí puede decirse que si la estrofantina fracasa cualquier otro cardiotónico hubiera fracasado igualmente.

De todos estos remedios indicados el clínico esco-



TODAS NEURÁLGIAS REBELDES



SEDACIÓN
RAPIDA Y
ATÓXICA

AMPOLLAS ESTERILIZADAS

NAIODINE

NaI ESTABILIZADO HIPERACTIVO

Inyecciones indoloras
20^{cc} a 30^{cc} por día
en ampollas de 5^{cc} & 10^{cc}

LABORATOIRES J. LOGEAI — Boulogne s/seine près PARIS

Muestras y literatura: D. Juan Martín. — MADRID-BARCELONA

Tratamiento curativo del

ESTREÑIMIENTO HABITUAL

CON

PETROSINA

García Suárez

NO ES PURGANTE

Es un hidrocarburo líquido, insípido, no asimilable, que lubrica las mucosas de los intestinos, facilitando la defecación.



CON SU EMPLEO PROLONGADO
SE CURA SIEMPRE EL ESTREÑIMIENTO

ANTICATARRAL
García Suárez

¡Gracias a él!

Curaré a mis enfermos
Bronconeumónicos,
Catarrosos crónicos
presuntos tuberculo-
sos, inmunizándolos
contra la

Gripe y Pulmonía

A black and white illustration of a man wearing a wide-brimmed hat and a striped scarf. He is looking towards the right. The illustration is part of the 'ANTICATARRAL' advertisement.

Antiséptico enérgico de las
vías respiratorias y recons-
tituyente eficaz.

Solución Creosotada
de Glicero - Clorhidrofosfato
de Cal con Thiocol y Gomenol

No contiene calmantes.

LABORATORIO J. GARCIA SUAREZ. - MADRID

— Calle Recoletos, 2, triplicado. — Teléfono 52.221. —

Ayuntamiento de Madrid

gerá en cada enfermo el más adecuado, teniendo en cuenta el estado del miocardio y de los vasos. En un cardíaco con lesión valvular, cuyo miocardio parece tener fuerzas de reserva, convendrá hacer una digitalización desde el comienzo, en otros será preferible recurrir de preferencia al alcanfor, en los vasculares (hipertensos y arterioescleróticos) seremos prudentes antes de inyectar estricnina.

No puede prescindirse de hablar de un cardiotónico indirecto, eficaz sobre todo cuando amenaza el edema pulmonar. Aludo a la sangría, cuya utilidad no puede negarse, y que es capaz de salvar situaciones apuradas.

Aparte de esto, el tratamiento será el mínimo posible. Tal vez en el primer momento, si el dolor de costado es muy intenso, sea útil y no haga daño un poco de morfina o de pantopón, pero más adelante prescindiremos en absoluto de su empleo, no obstante las alabanzas recientes de algunos clínicos alemanes. De todos modos es preferible recurrir antes a un poco de revulsión local.

La hidroterapia tiene muy poco que hacer, especialmente en los adultos todos los métodos recomendados atacan el principio fundamental del reposo absoluto que necesitan estos pacientes, desde las envolturas torácicas frescas hasta el baño. Sólo en los niños puede estar indicada. Por otra parte, los resultados que se obtienen no compensan las molestias y riesgos que trae consigo.

La lobelina, en la que tantas esperanzas se pusieron, no las ha satisfecho y está muy olvidada, y con razón. Más éxitos se consigue con las inhalaciones de oxígeno. Ni la temperatura ni el insomnio requieren indicaciones especiales, y sólo en raros casos habrá que recurrir a sedantes, que procuraremos siempre no molesten al corazón (paraldehído alional).

De los modernísimos tratamientos recomendados, tales como la roentgenterapia de pulmón enfermo, la diatermia, las inhalaciones de anhídrido carbónico, no hacemos más que mencionarlos. Unos son simples ensayos, otros carecen de aplicación para el médico práctico.

Podemos resumir el trabajo diciendo que los modernos esfuerzos y tendencias en el tratamiento de la pulmonía se dirigen, de una parte, a puntualizar la calidad del germen productor y buscar su remedio específico, ya por la sueroterapia, ya por la quemoterapia, y por otra, a mejorar y perfeccionar nuestro arsenal de tónicos cardiovasculares, para combatir el peligro más serio que corren estos enfermos, el de la insuficiencia circulatoria. Aparte de eso debe hacerse notar la tendencia a dar cada vez más valor al reposo absoluto del enfermo y a evitarle reacciones innecesarias y peligrosas.

POLICLINICA DE ENFERMEDADES NERVIOSAS DEL HOSPITAL CIVIL DEL BUEN SUCESO

Consideraciones

sobre un caso de lesión del plexo braquial ⁽¹⁾

POR

JOSÉ MARÍA DE VILLAVERDE

El síndrome de la quinta raíz cervical, si ésta se secciona totalmente, consiste en una parálisis del romboides y del angular del omoplato, siempre que la lesión radique distalmente al sitio donde con la quinta raíz se ha unido el ramo anastomótico que le envía la cuarta, y si su inervación suplementaria, procedente de otros ramos cervicales superiores, se halla poco desarrollada. (Véanse las figuras 4.^a y 5.^a) También se observa la parálisis de los músculos rotadores externos del brazo (supraespinoso, infraespinoso y redondo menor animados por el nervio supraescapular procedentes de la quinta raíz), que suele ser total, ya que la inervación que reciben por el intermedio de la sexta raíz cervical es pequeña. Hay parálisis marcada de los fascículos anteriores del deltoides, acompañada de atrofia; ella es poco perceptible en los medios y ausente en los posteriores. La porción clavicular del pectoral mayor se presentaba parálisis, precozmente atrófica y con reacción de degeneración. El bíceps, el braquial anterior, el coracobraquial, los supinadores largo y corto, el serrato mayor o lateral y el subescapular, por lo que se puede apreciar con los actuales procedimientos de exploración clínica, no mostraban déficit motor, así como tampoco atrofia ni alteraciones en sus reacciones eléctricas. Cree Foerster que *en este caso*, estudiado con todo detenimiento, sólo los fascículos anteriores del deltoides y los claviculares del pectoral mayor recibían una inervación monorradicular—que corría a cargo de la quinta cervical—, mientras que los demás músculos citados no se hallarían en tal caso.

En nuestra enferma vemos que los fascículos anteriores del deltoides fueron los más afectados al principio—hoy extraordinariamente mejorados de su paresia y que el pectoral mayor, sobre todo sus fascículos claviculares, se hallaban en el mismo caso, aunque éstos hoy día se muestren algo atróficos y no hayan seguido, ni con mucho, la mejoría iniciada en otros músculos. El haberse desde el principio afectado estos músculos, es típico del síndrome de la quinta raíz cervical, aunque por no tratarse de su sección, como en la descripción de O. Foerster, no fueron afectados tan intensamente, y la marcha haya sido más favorable. Conviene, empero, hacer constar que el que los fascículos claviculares del pectoral mayor se afecten con esta preferencia y de esta suerte es interesante, y para su explicación es necesario aducir

(1) Véase el número anterior.

razones sacadas de otros terrenos: de la anatomía comparada y de lo visto en otros capítulos de la neuropatología.

Los fascículos claviculares del pectoral mayor apa-

mamíferos. Aquí es suplido en parte por los manojos anteriores del deltoides que avanzan más adelante en sus inserciones claviculares. Este detalle es de gran importancia, porque al igual de lo que ocurre

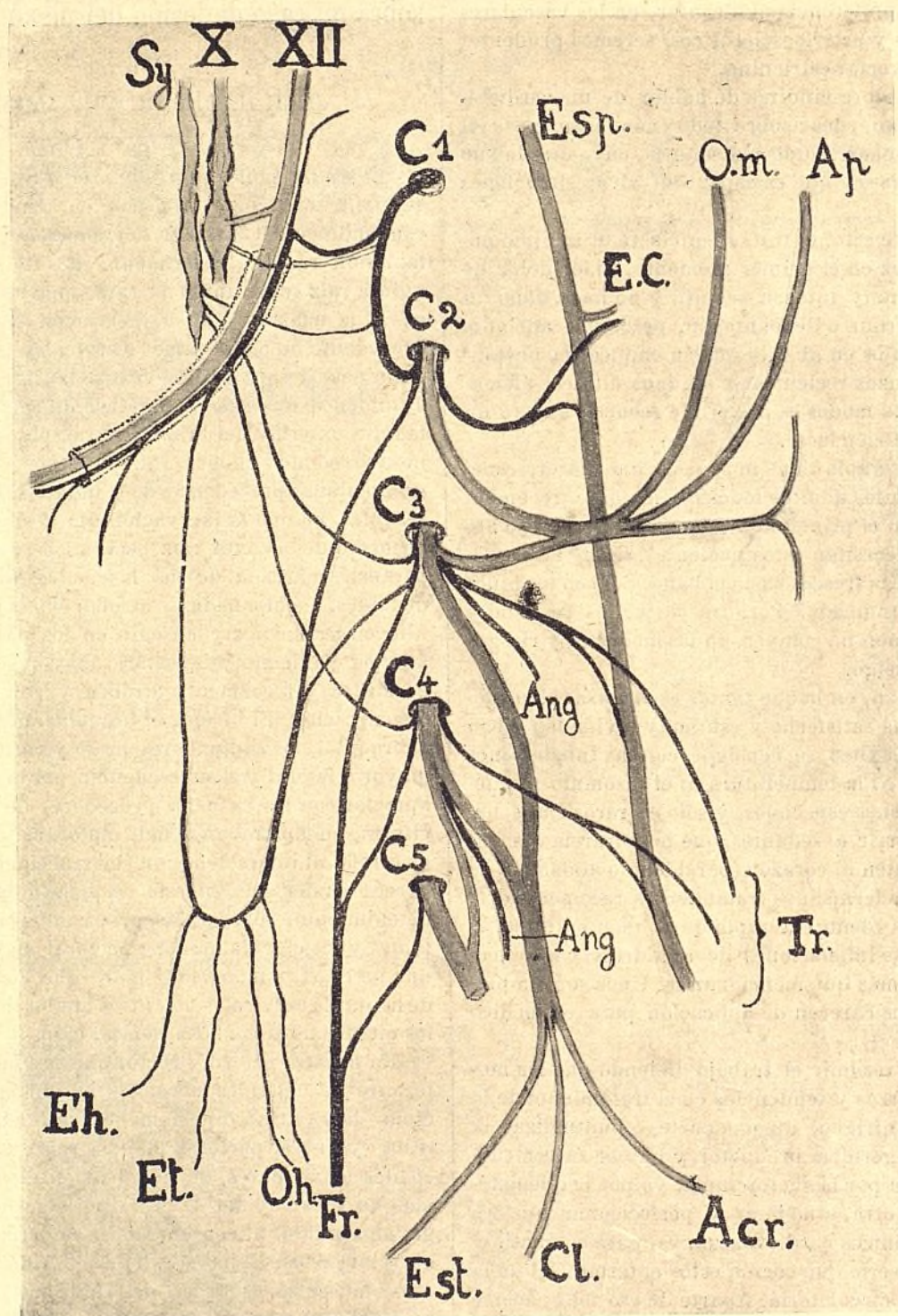


Fig. 4.*—El plexo cervical (según Melville Patterson).

Ang., ramos para el angular y el romboides procedentes de las C₃ y C₄ (inervación suplementaria; la principal se dirige por el ramo anastomótico de la C₄ a la C₅). Esp., espinal. Tr., nervios para el trapecio. Ap., auricular. Om., occipital menor. E.C., ramos para el esternocleidomastoideo. Acr., ramos acromiales. Cl., ramos claviculares. Est., ramos esternales. Fr., frénico. Oh., nervio para el omohioideo. Et., ramo para el esternotiroideo. Eh., nervio del esternohioideo. X, vago. XII, hipogoso. Sy., gran simpático.

recen en la serie animal muy tarde. Bien diferenciado, este fascículo—tal como Stookey ha demostrado—, sólo existe en el hombre y en los monos antropoides, faltando en los monos inferiores y en el resto de los

con otros muchos órganos y vías de los centros nerviosos, lo que filogenéticamente es reciente, tiende a padecer más. El capítulo de las miopatías primitivas nos proporciona datos que nos interesan y debemos

recordar. El pectoral mayor y, sobre todo, su porción claviclar constituyen un terreno predilecto para las atrofas primitivas y ciertas agenesias. Nada de par-

subrayado Foerster, y deben ser conocidos por el cirujano y el neuropatólogo para enjuiciar la posible marcha que pudieran adoptar los síntomas. Ambas

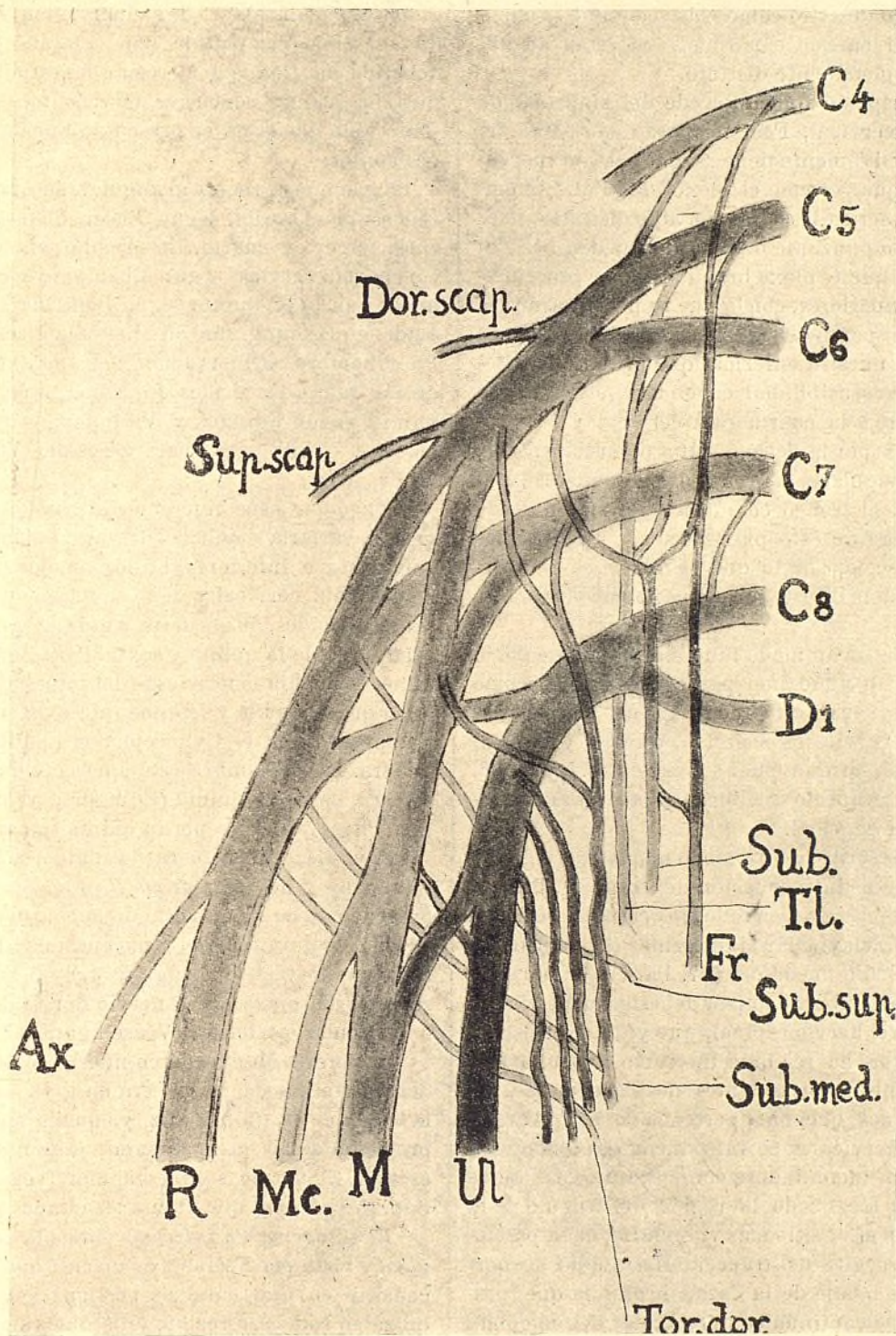


Fig. 5.ª—El plexo braquial (según las ideas de Foerster).

Se ve el ramo comunicante que de la C₄ va a la C₅ con las fibras motoras del romboides y del angular que salen por el dorsal de la escápula. (Dor. Scap.) Sup. Scap., nervio supraescapular. Ax., nervio axilar o circunflejo. M., nervio mediano. R., nervio radial. Me., nervio musculocutáneo. Ul., nervio ulnar o cubital. Tor. dor., nervio torácico dorsal. Sub. med., nervio subescapular medio. Sub. sup., nervio subescapular superior. Fr. frénico. Tl. nervio torácico largo. Sub. nervio subescapular.

ticular tiene que si su inervación está afectada, la atrofia secundaria sea más precoz e intensa.

Otros detalles que no debemos olvidar a propósito de la manera de padecer los fascículos anteriores del deltoides y los claviculares del pectoral mayor los ha

masas musculares pueden hallarse fundidas, faltando la vena cefálica que establece la divisoria entre ellas. Cuando esto ocurre, nada de particular tiene que los fascículos de ambos músculos se hallen inervados por ramos procedentes del torácico largo. Por otro lado

—como Foerster hace notar—, pueden hallarse inervados por ramos procedentes del nervio axilar o circunflejo. Salta a la vista que con estas anomalías de inervación, lo que en estos músculos ocurrirá no será precisamente lo descrito como clásico, y que el curso que seguirá su paresia o parálisis—si están afectados—será completamente distinto.

En la descripción que antecede del síndrome de la quinta raíz cervical, Foerster para nada habla del trapecio, y efectivamente tiene razón, pues su inervación no tiene que ver con el plexo braquial. Sin embargo, en la práctica las cosas son algo distintas, pues un instrumento punzante o una bala pueden herir al mismo tiempo que el plexo braquial ramos procedentes de raíces superiores, con lo que se presentarán los síntomas correspondientes. Buena prueba de ello es lo ocurrido en nuestra enferma, que presentaba alteraciones de la sensibilidad en el territorio cutáneo correspondiente a la cuarta raíz cervical y que fueron producidos por la lesión—total o parcial (?)—de los ramos claviculares esternales y acromiales (véase figura 4.^a) o el tronco común a ellos que procede de aquélla. Algo de esto puede ocurrir con algunos ramos del trapecio, por lo que se hizo una exploración detalladísima de este músculo, no encontrándose nada en él.

El trapecio está animado fundamentalmente por el nervio espinal o undécimo par craneal, pero como inervación suplementaria recibe ramos procedentes de las raíces cervicales segunda, tercera y cuarta, como con toda claridad puede verse en la figura 4.^a. Para Bolk, el trapecio recibiría ramos procedentes del primer par cervical.

Eisler ha descrito, de un modo magistral, algunas características de la inervación del trapecio, las que deben tenerse presentes en todos los casos de lesiones de la fosa supraclavicular si queremos explicarnos lo que en el músculo pueda ocurrir. Para el citado anatómico, detrás del borde dorsal del esternocleidomastoideo camina el nervio espinal, que ya, por el nervio occipital menor, ha recibido un ramo anastomótico conteniendo fibras procedentes de la segunda raíz cervical. Ramos que han pertenecido al tercero y cuarto pares cervicales se introducen igualmente en el trapecio anastomosándose con los anteriores antes de que hayan alcanzado la región del ángulo de la escápula. Este es el sitio más vulnerable de la patología neuroquirúrgica del trapecio. Hasta aquí los nervios caminan debajo de la fascia profunda que, posteriormente, se continúa con el angular del omoplato y con el romboides. Por la disección no ha sido posible determinar qué regiones del trapecio se hallan inervadas por las fibras procedentes del accesorio y cuáles por las de las raíces cervicales. Para Merkel, Henle, Poirier y otros, la porción clavicular está inervada por las ramas cervicales. Para otros, esta misma región se hallaría animada por el accesorio. De todos modos, hay en el problema de las parálisis parcelarias del trapecio una serie de puntos interesantísimos que apenas se han empezado a estudiar.

Una parálisis del todo característica, al lesionarse la quinta raíz cervical, es la de los músculos angular y romboides. Sobre ésta se ha escrito mucho en estos últimos tiempos por haberse empezado a conocer algunas particularidades de su inervación. Los estudios de anatomía comparada han aclarado mucho esta debatida cuestión, que merced a los estudios de la clínica ha podido conocerse en sus líneas generales. Claro está que si no se presentan anomalías que son frecuentes.

Por lo que se refiere al angular, su inervación procedería en el gorila, según Eisler, de los pares cervicales tercero y cuarto. En el chimpancé, sólo de la cuarta raíz cervical según Champneys y Hopburn, o de la cuarta y quinta según Bolk. Para este mismo autor, en el orangután su inervación sería análoga. En el hombre, la inervación del angular procedería de las raíces cervicales segunda, tercera, cuarta y quinta, según Edinger y Villinger, y de la tercera, cuarta y quinta para Pitres y Testut. (Véase la figura 4.^a, Ang.)

Por lo que hace referencia al romboides, su inervación variaría según se tratara de los mamíferos superiores o inferiores. En los conejos procede de la cuarta raíz cervical y de la sexta en el caballo. En los antropoides, de la cuarta y quinta, y en los monos inferiores, de la quinta y sexta. Para Bolk, en el *Propithecus* las fibras nerviosas del romboides proceden de la quinta, sexta y séptima raíces cervicales, y para Champneys, en el *Cynocephalus anubis*, sólo de la tercera. En el hombre está inervado por las raíces tercera, cuarta y quinta (Edinger y Villinger), y según Pitres y Testut, por la quinta solamente.

Hoy día parece fuera de duda que las fibras del romboides y del angular en el promedio de los casos, procedentes en su mayoría de la cuarta raíz cervical, pasan a la quinta por el ramo anastomótico que aquélla le envía (véanse las figuras 4.^a y 5.^a) y después se separan del plexo por el nervio dorsal de la escápula o escapular posterior. (Véase figura 5.^a, Dor. Scap.)

La paresia observada en nuestro caso en los rotadores externos del brazo, era en gran parte debida a la lesión de la quinta raíz, ya que la siguiente en el promedio de los casos se suministra una inervación escasa. El nervio supraescapular (véase figura 5.^a, Sup. Scap.) es el que anima los citados músculos.

El síndrome de interrupción de la sexta raíz cervical—visto por Foerster en un caso que la seccionó—consiste en una parálisis pertinaz del serrato—que quizá en este caso recibía una inervación escasa de las raíces vecinas—. El romboides angular y rotadores externos estaban indemnes—inervación principal de la C₄ y C₅—. Los fascículos posteriores del deltoides estaban parésicos y atróficos, mientras que los medios y anteriores presentaban estos caracteres poco acentuados. El bíceps y el braquial interno mostraban ligera atrofia y paresia evidente. Cosa parecida ocurría con los supinadores. La porción clavicular media del pectoral mayor estaba atrófica con reacción de degeneración y contracciones fibrilares. El primer

radial externo se hallaba atrofico, pero no los otros extensores, por lo que al mover la mano en esta dirección oponiéndole resistencia se dirigía de preferencia hacia el borde cubital (acción del cubital posterior). Los flexores subescapular, redondo mayor, latísimo dorsal y pronadores mostraban déficit motor. Para Foerster, lo característico en este caso de sección de la C_6 era lo que ocurría con el primer radial externo, a lo que contribuía que las fibras que recibía de la C_7 eran escasas.

Si se seccionan las raíces quinta y sexta lo que correspondería a la llamada antaño parálisis de Duchene-Erb—, varía el cuadro si la primera es lesionada antes o después de recibir el ramo anastomótico de la cuarta. Conforme a esto no hay o se observa parálisis del romboides y del angular. Hay parálisis del deltoides, bíceps y supinador largo y corto *caiga donde caiga la lesión*. El serrato se halla totalmente paralizado, pero esto puede ser menos evidente y hasta hallarse muy poco afectado debido quizás a que la lesión se halla por fuera de donde emergen las raíces que originan el nervio torácico largo. La parálisis del pectoral es total. El dorsal, subescapular, redondo mayor y pronador están indemnes. A veces hay parálisis del primer radial externo por recibir casi toda su inervación de la C_6 .

Es curioso cómo en nuestro caso se hallaba indemne del todo el supinador coincidiendo con que los otros músculos citados se hallaban afectados. El fenómeno fué evidentísimo desde el primer momento, y aun hoy día se ve con toda claridad. La explicación de esto debemos buscarla en que por no haberse seccionado la raíz, su lesión incompleta respetó las fibras destinadas al citado músculo, o en ello también influyó una inervación periférica que se separe de lo corriente. De todos modos es curioso el hecho de que un músculo que en todo momento se cita como el más seguramente afectado en estas condiciones fuera respetado totalmente de un modo tan inexplicable.

También es curioso que el serrato, que fué afectado en nuestra enferma de un modo tan intenso, no escapara a ello por una de las citadas anomalías de su inervación, que, según Foerster, no ocurrían raramente. Creemos que quizás en nuestro caso, además de las raíces, fueron lesionadas las ramas originarias del nervio torácico largo que de aquéllas arrancan.

La interrupción de la séptima raíz cervical daría origen, según Foerster, a la paresia de los extensores de los dedos, extensor de muñequa y muy poco de los radiales. En los dos casos vistos por el citado autor, el serrato, subescapular, pectoral mayor y redondo mayor, así como los pronadores, estaban indemnes.

La sección de las raíces cervicales quinta, sexta y séptima da origen a la parálisis del romboides, supra e infraespinoso, redondo menor, deltoides, bíceps, braquial interno, supinadores, serrato, pronador redondo y primer radial externo. El segundo radial

externo, el extensor común de los dedos y el extensor propio del muñequa mostraban, en un caso de Foerster, paresia completa, y en otro sólo parcial. Había, al mismo tiempo, integridad del cubital posterior, extensor largo del pulgar, abductor largo del pulgar y extensor corto del mismo dedo. Este cuadro daría, para Foerster, una parálisis disociada del radial, que, aunque no frecuente, tiene caracteres muy definidos. El subescapular dorsal mayor y tríceps muestran paresia y atrofia. El redondo mayor presentaba, además, reacción de degeneración. El pectoral mayor en su porción clavicular estaba atrofico con reacción de degeneración, mientras que en sus porciones costales sólo se hallaba en estado de paresia. El subclavio, aislado su nervio, no se contraía excitando éste.

Es de suponer por todo esto que el pectoral mayor también recibe fibras de la C_8 . En el palmar mayor casi todas reconocen tal procedencia, así como el cubital anterior.

No se conoce, según Foerster, un síndrome puro de interrupción de la octava raíz cervical; pero sí, en cambio, el de la primera dorsal. En ella el abductor corto del pulgar sucumbe de un modo definitivo porque, indudablemente, de la C_8 apenas recibe fibras. Los demás músculos padecen, pero pronto recuperan a la larga sus funciones, tardando esto más en el interóseo adductor del muñequa.

La sección de la octava raíz cervical y la primera dorsal da lugar a la parálisis de los pequeños músculos de la mano. Hay asimismo déficit motor en el flexor largo del pulgar, flexor profundo de los dedos y palmar menor. En el flexor sublime se observan restos de función. El cubital anterior apenas está afectado. El tríceps está paresiado. Las regiones inferiores del pectoral mayor están atroficas con reacción de degeneración.

El síndrome de interrupción de las C_7 , C_8 y D_1 , según Foerster, se caracterizaría de la manera siguiente: no están afectados en lo más mínimo el romboides, supra e infraespinoso, redondo menor, deltoides, bíceps, braquial anterior, supinadores y serrato lateral. El primer radial externo presentaba síntomas. La porción clavicular del pectoral mayor estaba normal; pero la costoesternal ofrecía parálisis con reacción de degeneración. El subescapular y latísimo de la espalda presentaban una paresia de importancia. El palmar mayor y el extensor de los dedos se hallaban paralizados del todo, así como el tríceps, segundo radial externo, cubital anterior y posterior, extensor del muñequa, extensor corto y largo del pulgar, abductor largo del pulgar, flexor sublime, flexor profundo de los dedos, flexor propio del pulgar, palmar menor, pronador cuadrado y todos los pequeños músculos de la mano.

En el caso de sección de las raíces cervicales quinta, sexta, séptima y octava, Foerster ha visto lo siguiente: hay parálisis del deltoides, bíceps, braquial interno, coracobraquial, supinadores, subclavio, subescapular, dorsal mayor, redondo mayor, pectoral

menor, pronador redondo, radiales externos, palmar mayor, extensor común de los dedos, cubital anterior, extensor del meñique, cubital posterior, extensor largo del pulgar, abductor largo del pulgar, flexor sublime, flexor profundo, flexor largo del pulgar, palmar menor y pronador cuadrado. En el tríceps y en las regiones inferiores del pectoral había aún restos de función. Los músculos pequeños de la mano se hallaban indemnes. En este caso no había parálisis del romboides y del angular ni de los rotadores externos, debido, sin duda, a haberse lesionado la quinta raíz cervical después de haber dado los nervios destinados a dichos músculos (dorsal escapular y supraescapular). (Véase la figura 5.^a)

Con lo dicho no se agotan todas las posibilidades de parálisis por lesión del plexo braquial. O. Foerster, que ha estudiado con todo detenimiento esta cuestión, ha descrito además: un síndrome del cordón primario superior (véase la figura 5.^a) y que se aproxima bastante al de las raíces C₅ y C₆, aunque sin afectarse el serrato; un síndrome del ramo que del cordón primario superior va al fascículo posterior (véase la figura 5.^a); un síndrome del cordón primario medio, parecido a lo que se ve si se secciona la raíz cervical séptima; un síndrome del fascículo que va del cordón primario medio al posterior.

Foerster ha descrito otros síndromes, tales como el de los cordones primarios superior y medio; el del inferior; el del fascículo que va del cordón posterior al primario inferior; el de la raíz media del mediano y el de la lateral de este mismo nervio, etc.

Todo esto tiene gran valor, pero no debe tomarse en sentido absoluto. Las variedades en la extensión de las parálisis son poco menos que infinitas y sería pueril pretender que todo lo que viéramos había de encajar en uno de los esquemas citados, aunque en muchos casos ocurran así las cosas. Por eso, como en todo lo de la Medicina, debemos explorar al enfermo con todo detenimiento, anotar sin prejuicio de ningún género todo lo que veamos, y por fin, ver si ello encuadra dentro de los síndromes descritos. Pero ante todo, debemos tener presente que en las parálisis periféricas lo de un caso a otro, tenido por análogo, varía dentro de unos límites muchísimo más amplios de lo que hasta aquí nos habíamos podido imaginar.

Bibliografía.

Belloni, G.: Contributo alla conoscenza del processo neuritico. *Riv. de patol. nerv. é mentale*, 1926.

Bielschowsky y Valentin: Die histologische Veränderungen in durchfrozene Nervenstrecken. *Journal f. Psych. und Neurol.*, 1923.

Boeke, J.: De und Regeneration des peripheren Nervensystems. XX Versammlung der Gesellschaft deutscher Nervenärzte, 1930. Vogel. Leipzig.

Bolk, L.: Beziehungen zwischen Skelet, Muskulatur und Nerven der Extremitäten. *Morph Jahrb* XL, 1894.

Bolk, L.: Die Segmentaldifferenzierung des menschlichen Rumpfes und seiner Extremitäten. *Morph Jahrb*, XXV, XXVI, XXVII y XXVIII.

Edinger: Nervöse Centralorgane. Vogel. Leipzig, 1911.

Eisler, P.: Das Gefäß und peripher Nervensystems der Gorila. Halle, 1890.

Eisler, P.: Die Muskeln des Stammes. Handbuch der Anatomie des Menschen de Bardeleben. Fischer. Jena.

Foerster, O.: Handbuch der Neurologie de Lewandowsky. Tomo complementario. Berlin. Springer.

Foerster, O.: Congreso alemán de Neurología, Dresde, 1930.

Champneys, F.: On the muscles and nerves of a Chimpanzee (*Troglodytes niger*) and a *Cynocephalus anubis*. *Journ. Anat and Phys.* VI, 1872.

Henle: Handbuch der systematischen Anatomie des Menschen. Brunswick, 1872.

Melville Paterson, A.: Anatomy of the peripheral nerves. Oxford medical publications.

Merkel: Ueber die Halsfaszie. *Anatom. Anz*, 1891.

Merkel: Bemerkungen über die Schultermuskeln, ihre Innervation und Funktion. *Ergebn der Anatom und Entwicklung*, 1904.

Nageotte: *Comptes rendues a la Soc. de Biol.* Tomo LXXXIII.

Nageotte: *Revue neurologique*. Julio de 1915.

Pitres y Testut: Les neofs en schema. Paris, 1925.

Poirier, P.: *Traité d'Anatomie humaine*. Paris.

Ramón y Cajal, S.: Degeneración y regeneración del sistema nervioso. Tomo I.

Spielmeyer, W.: Histopatologie des Nervensystems. Springer. Berlin, 1922.

Spielmeyer, W.: Degeneration und Regeneration an periphene Nervensystems. Handbuch de Fisiología de Bethe.

Stookey: *Arch. of Neurol and Psych*, CII.

Stookey: Surgical and mechanical treatment of peripheral nerves. Philadelphia and London, 1932.

Villaverde, J. M. de: XX Versammlung der Gesellschaft deutscher Nervenärzte. Vogel. Leipzig, 1931

Villinger, E.: Die periphäre Innervation. 4.^a edición. Engelmann. Leipzig.

Información científica extranjera

El síndrome doloroso sifilítico del epigastrio

POR EL

DR. JUAN TURRIES (Marsella)

Jefe de Clínica Médica. Médico de los Hospitales.

Adaptación castellana, especial para EL SIGLO MEDICO, por el Dr. T. B.

Considero que puede designarse con el nombre de síndrome doloroso sifilítico del epigastrio, un conjunto de manifestaciones algicas localizadas particularmente en este lugar, fuera de toda lesión de las vísceras de esta región o de las regiones vecinas, y cuyo etiología específica parece cierta o muy verosímil, ya sea por signos clínicos, humorales o terapéuticos.

Puede objetarse a esta entidad clínica con justicia, por una parte, su denominación, y por otra, la falta de unidad de los elementos clínicos fundamentales que la constituyen. Al final de esta exposición discutiremos estas objeciones. Vamos a efectuar inmediatamente el estudio clínico y nosológico de este síndrome, que para abreviar designaremos con las iniciales S. S. D. E.

I ESTUDIO CLÍNICO

La entidad morbosa que se engloba con la denominación de S. S. D. E. no es una enfermedad claramente definida. Únense bajo este nombre tres órdenes de manifestaciones clínicas, dos de las cuales, perfectamente definidas y autónomas, son los dolores gástricos de la tabes (crisis) y las gastrorradiculitis de forma continua de Bouchut y Lamy, y la tercera, mal conocida y, sin embargo, bastante frecuente, constituida, según mis observaciones, por una verdadera celialgia sífilítica. Cada uno de estos tres síndromes deben ser estudiados independientemente.

CRISIS GÁSTRICAS DE LA TABES

Resultaría inútil repetir en este lugar con detalle la sintomatología de las crisis gástricas de la tabes, perfectamente conocida por todos. Véanse, sin embargo, sus más esenciales características.

Aparecen por lo general de un modo brusco, instalándose un dolor intenso en el epigastrio o en el hipocondrio izquierdo, con irradiaciones muy variables. Este dolor es, como decimos, extraordinariamente vivo, brusco y casi sincopal. Es como un zarpazo o una puñalada con sensación o no de quemadura, que se atienda con la palpación y la presión profundas. Se acompaña de vómitos repetidos con náuseas y esfuerzos penosos, llevando a la expulsión del contenido gástrico y de moco algunas veces estriado de sangre. En otros casos los esfuerzos se hacen en seco, haciéndose entonces todavía mucho más penosos. La intolerancia gástrica es absoluta. Los dolores y los vómitos deprimen el estado general, mostrándose el enfermo agotado en extremo, bañado en sudor y con la cara pálida y angustiosa. En ocasiones puede producirse un verdadero estado algico, con pulso pequeño y rápido, enfriamiento de las extremidades, síncope, etc.

El abdomen está retraído y duro; la piel, hiperestesiada, no existiendo, sin embargo, puntos dolorosos profundos, sino al contrario, una verdadera anestesia epigástrica. La motricidad gástrica está aumentada en el momento de la crisis, según ha demostrado Danielopolu, siendo variable la secreción gástrica.

El final de la crisis se presenta de modo tan brusco como el comienzo, después de haber durado por lo general de uno a ocho días. Lo más frecuente es que el estado general se recupere inmediatamente, si bien en algunas ocasiones un verdadero estado de «mal tabético» puede dar lugar a un colapso fatal.

Estas crisis se repiten con intervalos irregulares, durante los cuales la región epigástrica está completamente indolora.

Esta sintomatología pseudogástrica se acompaña de numerosos signos de otro género, entre los que recordaremos, por una parte, manifestaciones humorales, lesiones aórticas, etc., que han de considerarse como indudables de la existencia de sífilis, y por otra, signos clínicos y de líquido que demuestran la existencia de una tabes. Estas manifestaciones asociadas son las únicas que pueden aclarar la naturaleza de estas crisis de la tabes, no debiendo, por lo tanto, olvidarse nunca, ante un síndrome semejante, un examen clínico minucioso.

Expuesto de un modo esquemático el cuadro clínico de las crisis gástricas de la tabes, diremos que aunque de un modo inconstante, el único remedio de esta penosa manifestación es el tratamiento específico.

LAS GASTRORRADICULITIS DE FORMA CONTINUA

Bouchut y M. Lamy en el año 1920 aislaron, en nuestro criterio con justicia, de las crisis tabéticas un tipo especial de dolor gástrico que denominaron «gastrorradiculitis continua» y cuya descripción clínica se encuentra perfectamente efectuada en la tesis de Lamy.

La sífilis es con frecuencia causa de alteraciones de las raíces posteriores de la medula, las cuales se traducen generalmente por dolores fulgurantes y crisis viscerales, de las cuales el prototipo es la crisis tabética. Estas lesiones, sin embargo, pueden manifestarse clínicamente de un modo menos violento, pero más continuo. Este carácter especial de continuidad es el rasgo especial de estas formas. Se trata de enfermos que presentan durante semanas o meses dolores epigástricos de tipo hipotónico o más frecuentemente todavía de tipo hipertónico, recordando entonces el dolor de la úlcera. Más o menos retardadas, están algunas veces en relación con las comidas. Los vómitos son muy raros y los tratamientos gástricos fracasan por completo. Del epigastrio parten irradiaciones dorsales, intercostales, inguinales, crurales, etc., cuyo tipo algico es muy variable, aunque por lo general poco intenso, siendo habitualmente el interrogatorio el que pone de manifiesto estos dolores.

El examen gástrico es enteramente negativo, no existiendo dolor epigástrico, «chapoteo», ni defensa muscular. Igualmente los exámenes químicos y radiológicos son completamente negativos.

El estudio general del enfermo pone de manifiesto, por el contrario, una serie de datos que permiten establecer el origen sífilítico, como son los trastornos de los reflejos, pupilas, aorta, etc. Por último, la resistencia de este síndrome a todos los tratamientos contrasta con la rapidez de su curación, con el tratamiento específico.

En resumen, hemos de decir que no existe nada característico, ni en el elemento dolor, ni en el elemento gástrico propiamente dicho. Los caracteres principales de estos síndromes radiculares son precisamente el polimorfismo sintomático, la continuidad desesperante, la ausencia de todo signo gástrico objetivo, tanto desde el punto de vista somático, como desde los químicos y radiológicos, la comprobación de otros datos evidentes o larvados de radiculitis y la acción curativa rápida del tratamiento específico. Todos estos datos impiden confundir estos accidentes con las crisis gástricas de la tabes. Otro dato en favor de este diagnóstico es la presencia de linfocitos en el líquido cefalorraquídeo.

LA CELIALGIA SIFILÍTICA

He considerado oportuno dar esta denominación, a la vez etiológica y patogénica, a un cierto número de epigastrias que me han parecido relativamente frecuentes y mal conocidas.

El elemento esencial del cuadro clínico es igualmente en este caso el dolor localizado en el epigastrio. Es frecuentemente un zarpazo, una torsión, y otras veces una simple pesadez de repercusión, un poco angustiosa. Presenta pocas irradiaciones, salvo hacia la región vertebral. Este dolor tiene una evolución ondulante y caprichosa. Sobre un fondo casi permanente de malestar epigástrico, se producen exacerbaciones y atenuaciones, cuya causa se nos escapa por el momento. El alimento tiene una acción variable sobre estos casos, pues mientras en unos no produce efecto alguno, en otros les atenúa o exagera. No existen, como en el caso anterior, vómitos ni gastrorragias, conservándose bastante bien el estado general.

La exploración de abdomen pone de manifiesto un dolor vivo, despertado por la presión, en el punto solar, existiendo algunos datos de dilatación gástrica.

Radiológicamente se observa la misma variabilidad. En la mayoría de los casos, las enseñanzas deducidas de la exploración son nulas, pudiendo, sin embargo, en otros casos poner de relieve hipertonia o hiperquinesia o, por el contrario, un cierto grado de atonía con o sin dislocación vertical del estómago. El punto solar es constantemente doloroso y la investigación del quimismo gástrico muestra frecuentemente hiperclorhidria. A estas manifestaciones locales se unen otros elementos para constituir este síndrome clínico. Trátase, ante todo, de signos de distonía vegetativa, tales como trastornos vasomotores, sobre todo postprandiales, acrocianosis, sudoración abundante en las axilas, corazón irritable, respiración suspirosa, facilidad para la «carne de gallina», etc. Por mi parte, he podido comprobar igualmente en algunos casos trastornos cenestésicos difusos con emotividad general. Todos estos síntomas son peligrosamente exagerados con la adrenalina. Los reflejos óculo-cardíaco y solar son muy variables.

Las características que, según mi criterio, permiten clasificar estos casos fuera de la banalidad corriente de las gastroneurosis, residen únicamente en los datos de sífilis, añadidos al complejo morbo descrito. Estos signos de sífilis sólo rara vez se presentan de un modo evidente, siendo preciso para llegar a ellos efectuar un completísimo y minucioso examen del enfermo. Con frecuencia los datos que en este sentido arroja el examen son anisocoria, cefalalgias inexplicables y rebeldes, modificaciones de los reflejos, existencia de ganglios epitrocleares, aortitis juvenil, etc. Para mí tiene una especial importancia la comprobación de una esplenomegalia sin causa justificada, de una febrícula tenaz sin justificación visceral o también las manifestaciones temporales de astenia miálgica como las que he descrito en un trabajo reciente. La reacción de Bordet Wassermann es variable y los resultados del examen del líquido cefalorraquídeo completamente negativos.

La prueba terapéutica es en esta ocasión particularmente demostrativa. Los trastornos epigastrálgicos, digestivos y vegetativos que no se modifican por ninguna terapéutica sedante o gástrica habitual, mejoran claramente, aunque en mayor o menos intensidad, con el tratamiento específico.

II

ESTUDIO NOSOLÓGICO

Es, pues, evidente que la sífilis es el origen de ciertos síndromes dolorosos localizados en el epigastrio y asociados, ya sea a manifestaciones neurológicas más o menos acentuadas, pero indiscutibles, ya a manifestaciones abdominales y generales de distonía vegetativa.

La evolución misma de estos síndromes dolorosos, el buen estado general, los datos radiológicos, la ineficacia de las terapéuticas habituales, contrastando con los resultados muy claros del tratamiento específico, constituyen elementos suficientes para eliminar la posibilidad de epigastralgias debidas a úlcus gástrico o duodenal, colecistitis crónica, apendicitis crónica o diversas perivisceritis o anomalías de la estática abdominal.

No se encuentra tampoco sintomatología clínica ni radiológica que pueda hacer pensar en una ulceración sífilítica del estómago o en una aortitis abdominal. Insisto en que para llegar a estos diagnósticos diferenciales es necesario efectuar un examen completo del enfermo y enfocar debidamente la evolución de la enfermedad.

Me extenderé más ampliamente sobre el lugar que se

puede conceder a los tres síndromes descritos más arriba, en una posible clasificación de las epigastralgias y sobre el interés que puede encontrarse en agruparlas en un síndrome global.

La interpretación de las crisis gástricas de la tabes, así como los hechos estudiados por Bouchut, parecen poco discutibles. Como ha descrito excelentemente Lamy: «Antiguamente eran consideradas las crisis gástricas como manifestaciones características de la tabes. Las observaciones más recientes han desposeído a la esclerosis de los cordones posteriores de un cierto número de ellas. De este modo se ha visto que este síndrome aislado, o asociado a zonas o a neuralgias intercostales, puede aparecer en enfermos afectados de neoplasia vertebral y actinomicosis costovertebral. Por lo tanto, los dolores fulgurantes, las crisis gástricas e intestinales y otras algias aparecidas en el curso de la tabes, no deben ser achacadas a la esclerosis de los cordones posteriores, sino a... irritación de las raíces posteriores por un proceso meníngeo (meningorradiculitis).»

Sin embargo, no es necesaria una larga reflexión para comprender que si esta radiculitis puede ser generalizada y producir más o menos lejos la esclerosis de los cordones posteriores, puede estar también localizada a las raíces posteriores y traducirse clínicamente por crisis gástricas, ya sean de tipo paroxístico, ya de tipo continuo.

En lo que se refiere a los hechos que yo he descrito con el nombre de celialgia sífilítica, me parece que puede hacerse la interpretación de este modo: la imposibilidad o gran dificultad por lo menos de clasificar estos casos en el cuadro de una alteración orgánica definida; por otra parte, la existencia indudable de una solaralgia y de la distonía vegetativa, conducen a pensar que la infección sífilítica evidente en estos enfermos, debe lesionar el todo o parte del sistema nervioso abdominal, entendiéndose por tal el plexo solar y sus ramas. Podría igualmente sostenerse la teoría de una toxiinfección del sistema vegetativo de origen treponémico, localizando sus efectos aparentes en el abdomen, bajo la influencia de una espina irritativa cualquiera. En estos dos casos el término de celialgia sífilítica aparece como satisfactorio porque indica al propio tiempo el elemento clínico esencial y la cualidad etiológica.

Veamos, sin embargo, si es posible, y esto tiene un interés práctico evidente, agrupar estos diferentes hechos clínicos y patogénicos en un síndrome más amplio que les englobe.

Ante todo hay que preguntar cuáles han de ser las bases en que se funda esta agrupación. Estas son de diverso orden. En primer lugar, analogías de expresión clínica: la epigastralgia es en todos los casos el sindrosíntoma primordial, alrededor del cual gravitan todos los demás. Lo mismo se trata de una crisis de la tabes, de un dolor continuo de gastrorradiculitis o de la celialgia; el enfermo vendrá a vuestra consulta quejándose de que le duele el estómago, y únicamente el interrogatorio será capaz de descubrir los síntomas asociados. Un examen atento, más que el interrogatorio, permitirá poner en evidencia alteraciones viscerales capaces de explicar tales algias y, sobre todo, la ineficacia del tratamiento empleado. A los fundamentos clínicos se unen bases patogénicas y etiológicas. En todos los casos la lesión determinante de la epigastralgia es puramente nerviosa, no alcanzando ninguna víscera de la región o de las regiones vecinas y alterando únicamente, ya sean las fibras vegetativas contenidas en ciertas raíces posteriores, ya las extendidas en arborizaciones plexiformes alrededor de la aorta abdominal y de sus ramas. Patológicamente, pues, hemos de referirnos a «un síndrome

Doctor...
Prescriba la Urotropina
siempre en forma de tabletas
y en el envase original:

R/.

Urotropina - Schering
tubo de 20 tabl. de 0,5 gr.

- Sólo así tendrá usted la garantía absoluta de que
sus enfermos reciban el producto original, de acción
terapéutica segura y libre de efectos secundarios.

PRODUCTOS QUIMICOS SCHERING S. A.

Apartado 479, Madrid.

Apartado 1030, Barcelona.

TUBERCULOSIS · NEURASTENIA · ANEMIA

TRICALCINE

RECONSTITUYENTE

EL MÁS PODEROSO · EL MÁS CIENTIFICO · EL MÁS RACIONAL



MEDICACIÓN

LA MASEFICAZ PARA EL TRATAMIENTO DE

BRONQUITIS BAJO VARIAS FORMAS **ANEMIA**

RAQUITISMO - ESCROFULA

LACTANCIA y CRECENCIA DE LOS NIÑOS

TUBERCULOSIS

TRICALCINE

A BASE DE SALES CALCICAS CONVERTIDAS EN ASIMILABLES

DU DOCTEUR E. PERRAUDIN

Ex-Chimiste, Expert de la Ville de Paris
Ex-Elève de l'Institut Pasteur

DE VENTA EN TODAS LAS DROGUERIAS Y FARMACIAS DEL PAIS

Laboratoire des Produits Scientia · 21, rue Chaptal · PARIS

ESCROFULA · RAQUITISMO

PRIMER PREMIO - DIPLOMA DE MEDALLA DE ORO EN EL SEGUNDO CONGRESO ODONTOLÓGICO
LATINO AMERICANO, EXPOSICIÓN UNIVERSAL DE ODONTOLÓGIA BUENOS AIRES 1925

EL NUEVO PREPARADO del
Dr. Georg Henning de BERLIN

SOLICITE MUESTRAS Y BIBLIOGRAFIA:
WALTER ROSENSTEIN Suc
BARCELONA
APARTADO, 712



Indicado en la
DEBILIDAD SECUNDARIA
de las **CONTRACCIONES**
UTERINAS

Pituigan

LABORATORIO FARMACÉUTICO

PONS, MORENO Y C.^A

DIRECTOR: D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA
ESPAÑA

<p>Jarabe Bebé</p> <p>Tetradínamo</p> <p>Septicemiol</p> <p>Eusistolina</p> <p>Mutasán</p>	<p>Tos ferina de los niños. Tos crónica y rebelde de los adultos. Infalible e inofensivo.</p> <p>Agentes exclusivos, J. URIACH Y C.^A, S. A. — Barcelona.</p> <p>(ELIXIR E INYECTABLE) Medicación dinámico y regeneradora de los estados consuntivos. A base de fósforo, arrhenal, nucleinato de sosa y estricnina.</p> <p>(INYECTABLE) Insustituible en la terapéutica de las enfermedades infecciosas. Estimulante general de las defensas orgánicas a base de coles-terina, gomenol, alcanfor y estricnina.</p> <p>(SOLUCION E INYECTABLE) Preparado cardio-tónico y diurético a base de tinturas alcohólicas decoloradas y valoradas de digital, estrofantus y escila.</p> <p>(INYECTABLE) Tratamiento bismútico de las espiroquetosis en todas sus formas y manifestaciones. Perfectamente tolerable.</p>
---	--

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación de ferrocarril.

neuro
sifiliti
asocia
cíficos
habitu

Po
cas co
compi
Ex
chos.
lítico
nomb
veces
dico
París.

Vita

Direc

La
años l
cesos
anima
la cer
males
En es
recien
que g
nico y

El
descu
ha en
hojas
sulas
que re
y que
nocen
es dec
según
parte
talles
voy a
fisioló

Na
último
tivas
a un
El áe
arrollo
den su
ción; e
precis
todas
juegar
la col.

Ha
dos á
la del

neuropático pseudogástrico», y este síndrome es de «origen sífilítico», como claramente lo demuestran los síntomas asociados y, sobre todo, la acción de los tratamientos específicos, contrastando con la ineficacia de las terapéuticas habituales.

Por lo tanto, bases patogénicas, etiológicas y terapéuticas concurren para aproximar, ya que no reunir de un modo completo, los hechos clínicos estudiados.

Existe un gran interés diagnóstico al reunir estos hechos. No pretendo con el nombre de síndrome doloroso sífilítico del epigastrio una nueva entidad morbosa. Pero un nombre preciso basta en el lenguaje de la Medicina muchas veces para aclarar un problema complicado. (*Actualités Médico Chirurgicales*, Marselleille, 1930. Masson et Cie. ed. París.)

Vitamina C, adrenalina y cápsulas suprarrenales

POR EL

PROFESOR A. V. SZENT GYORGYI

Director del Instituto de Química de la Real Universidad húngara de Francisco José, en Szeged

Adaptación española de F. G. D.

Las investigaciones llevadas a cabo en los últimos años habían llegado a convencer al autor de que los procesos íntimos de la respiración celular son idénticos en animales y vegetales, y, por otra parte, había adquirido la certeza de que las cápsulas suprarrenales de los animales participaban de un modo activo en dicho proceso. En este trabajo el autor da cuenta de los resultados más recientes que ha obtenido en su laboratorio, resultados que giran en torno de dos sustancias: del ácido hexurónico y de la adrenalina.

El ácido hexurónico es una sustancia muy curiosa descubierta hace unos cinco años en Cambridge y que se ha encontrado aislado como cuerpo cristalizado en las hojas de la berza, en la naranja y en la corteza de las cápsulas suprarrenales. Se trata de una sustancia acíclica que reacciona relativamente como un hidrato de carbono y que es uno de los reductores más enérgicos que se conocen. Mas después de la reducción vuelve a la oxidación, es decir, se trata de una sustancia de acción reversible, según cede o toma dos átomos de hidrógeno que forman parte integrante de su molécula. Dejamos aparte los detalles acerca de la estructura química de este cuerpo y voy a extraer sólo lo que interesa conocer de su función fisiológica estudiada primeramente en las hojas de la col.

Nadie ignora que la respiración celular se reduce, en último término, a la oxidación de las sustancias nutritivas que cadén átomos de su hidrógeno, átomos que van a unirse al oxígeno que se adquiere por la respiración. El ácido hexurónico tiene por misión favorecer el desarrollo de este proceso. Las sustancias nutritivas no ceden su hidrógeno directamente al oxígeno de la respiración; existen diversos procesos intermedios para los que precisa la colaboración de los fermentos, y tampoco en todas las células son siempre los mismos fermentos los que juegan este papel. Veamos lo que ocurre en las hojas de la col.

Hay un fermento, la hexoxidasa, que se apodera de los dos átomos lábiles de hidrógeno que existen en la molécula del ácido hexurónico y los combina con el oxígeno. Con

esta reacción termina la intervención del oxígeno. Inmediatamente después, este ácido, puesto en contacto con las sustancias nutritivas, se apodera del hidrógeno que cedió a fin de neutralizar las valencias suyas que quedaron incompletas, y al perder este hidrógeno las sustancias nutritivas quedan oxidadas de hecho. Por lo tanto, este ácido no es más que un transportador de hidrógeno de las sustancias alimenticias.

Prosiguiendo sus estudios sobre la respiración celular y las funciones reductoras intraorgánicas, bien pronto comprobó que en la corteza de las cápsulas suprarrenales existía un intenso reductor en gran cantidad, sustancia reductora que no se encontraba en ningún otro órgano de los animales. Esta sustancia fué aislada en forma cristalina y se demostró de un modo indudable su identidad química y funcional con el ácido hexurónico extraído de las hojas de las berzas.

Pensó el autor que indudablemente este cuerpo existía para algo y partiendo del principio de la unidad de los procesos fisiológicos elementales en todos los seres desempeñaría un papel de oxidación.

Mas los estudios llevados a cabo últimamente por el autor en colaboración con J. L. Svirbely le llevaron a sospechar y comprobar la identidad de este ácido con la vitamina C. En efecto, las propiedades químicas de esta sustancia coinciden con las asignadas a esta vitamina y su distribución en las plantas es idéntica a la distribución de la vitamina C y, finalmente, Tillmans y sus colaboradores han llegado a demostrar esta identidad. Se objetó que las sustancias reductoras como este ácido que se encuentran mezcladas con las vitaminas pueden oxidarse sin que la vitamina desaparezca, pero Tillmans comprobó, que tanto la vitamina como el ácido hexurónico eran reversibles en sus procesos de oxidación, es decir, que tan pronto como se oxidaban volvían a reducirse y así se afirmó más su identidad química.

Por otra parte, se comprobó en una serie de experimentos llevados a cabo con todo rigor la acción antiescorbútica de este ácido, que resultó ser tan intensa como la del zumo de limón. La identidad de función quedó bien manifiesta.

Se comprende el interés de estos descubrimientos y la serie de problemas nuevos que con ellos se plantean. Llama la atención que el ácido hexurónico se encuentre en tan gran cantidad en la corteza de las suprarrenales. Hay, poco más o menos, tanto ácido en la corteza como adrenalina en la medula. ¿Para qué sirve allí y cuál es su función?

Desde luego, se ha visto que los animales a los que se extrae estas cápsulas no viven aunque se les administre ácido hexurónico; en cambio, este ácido en concentraciones mínimas—1 por 25 millonésimas—impide por completo la formación de pigmento, y sabido es que la pigmentación exagerada es un síntoma clásico de insuficiencia suprarrenal, síntoma cuya génesis quedaba inexplicada hasta la fecha. Posiblemente este ácido es un eslabón de la cadena de oxidaciones de la que también debe formar parte la *cortina*. Sobre este asunto se prosiguen los estudios.

Mas todo problema que se plantea, resuélvase o no, trae consigo otros varios. Sabido es que en el mundo vegetal se conocen hasta la fecha tres sistemas de oxidación. En los procesos intermedios de cada uno de ellos intervienen:

Para el 1.º, fermento respiratorio y citocromo; para el 2.º, hexoxidasa y ácido hexurónico, y para el 3.º, fenol oxidasa y fenol.

El primero de ellos es el más frecuente y común en los animales; se le tiene casi por exclusivo.

Ya hemos dicho algo de la existencia del segundo proceso, tal vez predominante las pigmentaciones.

En cambio, nada sabemos de cierto del tercer proceso. No se han encontrado vestigios suyos en los animales. Y, sin embargo, en los suprarrenales hay un fenol, casi idéntico al fenol del sistema de las plantas y que se encuentra en gran concentración en la sustancia medular. Esta sustancia es la adrenalina. El autor no duda que la adrenalina, como el ácido hexurónico, representa un papel muy importante en la respiración celular y, desde luego, ese papel sería más importante y expresivo en el tejido nervioso simpático, ya que existe cierta unidad de procedencia entre este tejido y la sustancia medular de las suprarrenales. Por otra parte, las investigaciones de Huszák han demostrado que el sistema de oxidación de este tejido es distinto del de los restantes de la economía.

En efecto, en todos los tejidos, excepto en el brazo, se comprobaba el sistema de respiración celular por el citocromo mediante las reacciones apropiadas (parafenil-diamina o reactivo de Nadi), pero en la sustancia medular de las suprarrenales y en las células ganglionares del simpático fallaba esta reacción o era extraordinariamente débil.

Basado en estos estudios emprendió el autor una serie de trabajos experimentales que le han llegado a convencer de que en la corteza de las suprarrenales existe una sustancia activísima, análoga a la adrenalina, probablemente un ester suyo, que ha bautizado con el nombre de novadrenina y cuya actividad fisiológica es muy superior a la de la adrenalina. Coincide esto con resultados obtenidos y aun no publicados por completo por Dale, quien ha conseguido con ciertos preparados de la medula suprarrenal aumentos de tensión vascular mucho más persistentes que los conseguidos con adrenalina comercial en cantidades equivalentes.

Aunque hasta la fecha parece demostrado que la actividad de la novadrenina es quince veces mayor que la de la adrenalina, sin embargo, sospecha que ese dato no sea correcto y que las diferencias sean más ostensibles y marcadas. Tal vez la novadrenina sea la verdadera hormona de la medula suprarrenal, y sea fácilmente transformada en adrenalina tanto *in vivo* como *in vitro*.

Estos descubrimientos permiten hacer nuevos estudios en todo lo referente a fisiología de estos órganos, a fisiología del simpático y al conocimiento de ciertos estados patológicos como la hipertensión y el asma. (Aparecido en el *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, año 1931, número 22, pág. 854.)

BIBLIOGRAFIA (1)

TRATAMIENTO DEL REUMATISMO, por el Dr. Federico Peco y M. Sellés. Edición SIGLO MÉDICO. Precio, 1,75.

Copiamos la crítica de esta monografía aparecida en *La Libertad* del día 24 de Abril de 1932:

«Tratamiento del reumatismo, por el Dr. Federico Peco. Edición SIGLO MÉDICO.

El Dr. Federico Peco, profesor del Servicio de Nutrición, Sangre y Endocrinología del Instituto Médico-Quirúrgico de la Encarnación, se ha consagrado desde muy joven al estu-

dio de problemas de tanta importancia como diabetes, alergia, reumatismo, etc., etc. Esto explica que hoy el Dr. Peco, en plena juventud dirija un servicio clínico importante en Madrid de esta especialidad.

El Dr. Peco ha publicado en la prensa médica interesantes trabajos sobre estos asuntos, en los que ha puesto bien de manifiesto su competencia y especialización. Uno de estos trabajos mereció recientemente el premio Pablo Erlich.

«Tratamiento del reumatismo» es una obra en la que se hermanan los conceptos prácticos y la concisión expositiva. Su valor clínico radica en la rápida visión del problema terapéutico del reumatismo.

En suma: es una monografía escrita en forma clara, en la que se enumeran las diferentes terapéuticas que gozan de prestigio para el tratamiento del reumatismo y en la que se detallan las diversas técnicas a seguir.

El autor de «Tratamiento del reumatismo» destaca hábilmente las dificultades y problemas que abarca el asunto que estudia y lo hace con la capacidad selectiva que le permite su experiencia personal.»

LEITFADEN DER PATHOLOGIE UND THERAPIE DER KAMPFGASERKRANKUNGEN (Guía de la patología y tratamiento de las enfermedades producidas por los gases de guerra), por el Dr. Otto Muntsch. Un tomo de 100 páginas, con 29 grabados intercalados en el texto, de ellos 14 en tricomía. Editorial George Thieme. Leipzig, 1932.

La guerra química ha originado universales protestas que cristalizan en las discusiones mantenidas actualmente en la Sociedad de las Naciones, tendiéndose a la abolición de tan brutal medio de combate. Mientras la diplomacia define el sentir de los pueblos, los médicos y biólogos trabajan incesantemente por paliar los estragos que la crueldad humana produce en el organismo de los hombres. Precisamente ha guiado al autor el pensamiento de escribir un libro que difunda en el pueblo no guerrero los efectos de los gases de la guerra, las medidas de protección que deben tomarse y el tratamiento de las lesiones orgánicas que producen.

Cierto es que abundan las obras sobre gases de guerra, pero todavía falta un libro donde se condensen en forma accesible al médico general las causas, síntomas y tratamiento de las enfermedades producidas por ellos. Tan importante laguna la ha cubierto de feliz manera el doctor Muntsch.

Orientada la obra en el sentido de ofrecer líneas prácticas de conducta terapéutica, necesariamente había de apartarse el autor de todo doctrinarismo científico, y en la exposición preliminar del desarrollo de los medios de guerra química, de sus efectos y de su porvenir, limitase al estudio de estos puntos en sus hechos más fundamentales, en forma atractiva que incitan el interés por una materia que hasta ahora parecía circunscrita a los médicos castrenses. La población civil está tan amenazada por los gases de guerra como los combatientes, y el médico general debe conocer igualmente que el militar los fundamentos de la profilaxis y tratamiento de las enfermedades causadas por la guerra química.

En un interesante y breve capítulo encontramos expuesta la toxicología general de los gases de guerra, las propiedades químicas de las sustancias empleadas, los objetos perseguidos en el combate con cada una de ellas, capítulo que completa un interesante cuadro en que se reúnen la totalidad de los gases tóxicos empleados en la guerra mundial.

(1) Sólo haremos el estudio crítico de las obras de que nos sean remitidos dos ejemplares.



ESTREÑIMIENTO

Lactolaxine Fydau

COMPRIMIDOS DE
FERMENTOS LÁCTICOS
LAXANTES

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

*1 a 3 Comprimidos
por día.*

MEDICAMENTO LAXANTE
IDEAL PARA NIÑOS,
ADULTOS Y ANCIANOS.

LABORATORIOS ANDRÉ PÂRIS
PARIS • FRANCE

Muestras: Alejandro Riera, Agente General
Napoles 166 BARCELONA

DREVILLÉ

Choz

1932



TUBERCULOSIS

Sanocal Granulado

CALCIO, VITAMINAS,
ESTÓMAGO DE CERDO,
EXTRACTO DE HUESOS, ETC.

Laboratorios Abello Vinaroz 5 MADRID



Alimento fisiológico completo
Vino de Vial.
Quina, carne,
lacto-fosfato de cal.

Rigurosamente dosificado
y asimilable, reúne todos los
principios activos
del fosfato de cal, de la quina
y de la carne.

Es el reconstituyente más
enérgico en los casos de
desnutrición y de disminución
de los fosfatos cálcicos.

De venta en todas las farmacias.

Depositario general para España:

D. ANTONIO SERRA
Apartado 26, Reus (Tarragona).

Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

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

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

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

FORMAS FARMACÉUTICAS :

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

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

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

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

Concesionarios Generales
para la Exportación :
LECZINSKI & C^a
67, Rue de la Victoire
Paris

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



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

Divide en tres grupos principales los gases de guerra por corresponder cada grupo de sustancias a un determinado efecto patógeno. En cada grupo estúdiase la manera de obrar, el cuadro clínico de la intoxicación de cada gas, el pronóstico, los primeros socorros que han de prestarse a los atacados y el tratamiento. Preocupado el autor con la finalidad práctica del libro, todavía reúne en un cuadro esquemático los signos para el rápido diagnóstico de la naturaleza del gas patógeno, según sus efectos cáusticos sobre la piel; y en otro esquema sinóptico, los socorros que los profanos y el médico pueden prestar al lesionado. El último cuadro deberá vulgarizarse, igualmente a como se hace con los antidotos de medicamentos, en todos los hospitales y casas de socorro.

La frecuencia de las intoxicaciones por el óxido de carbono y por los gases nitrosos, aunque no son elementos de guerra, merece que se les dedique unos párrafos como lo hace el autor.

El libro termina con un interesante capítulo dedicado a los medios de protección de la población civil contra los gases de guerra y papel del médico en las catástrofes producidas por gases. De la enorme bibliografía sobre la materia ha escogido el autor aquellas obras que pueden interesar al médico general.

A. VALLEJO NÁGERA

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

J. R. A. Madgwick y F. Partner. SUEROAGLUTINACIÓN CON EL GRUPO TÍFICO EN CASOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR.—Los autores han investigado en una serie de 73 tuberculosos pulmonares indudables el comportamiento de su suero para con los gérmenes del grupo tífico (tífico, paratífus A y paratífus B). Estos enfermos no habían sido vacunados; tampoco han podido descubrir en ellos que hubieran padecido ninguna de las enfermedades relacionadas con aquellos gérmenes. Para practicar la reacción siguieron los autores la técnica de Dreyer, utilizando cultivos standard de Oxford.

De los 73 casos investigados, 25 (un 34,2 por 100) dieron un resultado positivo, más o menos intenso, para con uno, dos o los tres gérmenes. He aquí la distribución: con el tífico, paratífus A y paratífus B, 7 casos; con el tífico y paratífus A, 2; con el tífico y paratífus B, 6; con el paratífus A y paratífus B, 1; con el tífico solo, 5; con el paratífus A solo, 0; con el paratífus B solo, 4.

El poder de las reacciones, referido en unidades de aglutininas por centímetro cúbico de suero, fué por término medio: con el tífico, 17,7 unidades; con el paratífus A, 17,1; con el paratífus B, 26,2.

En nueve casos fué repetida la investigación tres meses después, persistiendo la reacción con muy poca diferencia en el título.

Con objeto de valorar el error posible, estudiado especialmente por Gilfillan y Mann y por Mc. Cowan y Mann, de que son muy frecuentes los portadores de gérmenes del grupo tífico entre la gente de los hospitales (en uno de los cuales de enfermos mentales está hecho este trabajo), los autores investigaron la reacción en 100 sujetos que llevaban algunos años de residencia en el hospital y que, al parecer, no eran tuberculosos. De los 100 casos 95 fueron negativos frente a los gérmenes aquellos, siendo ligeramente positivos los cinco casos restantes.

A la vista de sus observaciones, los autores creen que en los casos en que se demuestren reacciones positivas persistentes con tal grupo de gérmenes, con título bajo por término medio, o en los casos de enfermedad tífica la falta de correspondencia adecuada entre el aumento del título y la intensidad de la enfermedad tífica, no se debe olvidar la posibilidad de una tuberculosis. (*The Lancet*, 21 de Mayo de 1932).—A. M. J.

Hans Schulten. LA ANEMIA ESENCIAL HIPOCROMA (CLO ROANEMIA AQUÍLICA) Y SUS RELACIONES CON LA ANEMIA PERNICIOSA.—En las mujeres de treinta a cuarenta años es frecuente la aparición de anemias caracterizadas por hipocromía de la sangre, sin alteración de los leucocitos, con palidez de piel y mucosas, soplos cardíacos accidentales, escasez o falta de ácido clorhídrico, tendencia a las trombosis y, en ocasiones, temperaturas subfebriles, que obedecen bastante bien a los marciales, pero que presentan cierta tendencia a las recidivas.

Hay que evitar las confusiones con las anemias consecutivas a hemorragias, en las que no existe tendencia a las recidivas y es fácil encontrar la causa ocasional; pero alguna vez puede haber anemias con hemorragias consecutivas y entonces sólo puede hacerse el diagnóstico atendiendo al curso y evolución de la enfermedad. También hay que evitar las confusiones con la anemia perniciosa, que tiene un pronóstico y un tratamiento muy distinto. El autor da el siguiente cuadro comparativo para hacer el diagnóstico diferencial:

	Anemia perniciosa.	Anemia esencial hipocroma.
Sexo.....	Más frecuente en el hombre.....	Casi exclusiva de la mujer.
Edad.....	De 50 a 60 años....	De 30 a 40 años.
Curso sin tratamiento.....	Mortal con remisiones.....	Crónico, pero no mortal.
Hepatoterapia ...	Siempre eficaz.....	Nada eficaz.
Ferruginosos.....	No sirven.....	Siempre eficaces.
Aspecto y color...	Pálido amarillento.	Pálido blanquecino.
Lengua.....	Frecuentes atrofas y glositis.....	Es rara la atrofia y la glositis.
Jugo gástrico....	Aquilia permanente.	Aquilia o subacidez.
Sistema nervioso.	Frecuentes neuritis y mielitis graves.	A veces parestesias.
Índice colorimétrico	Superior a 1.....	Inferior a 1.
Tamaño de los hematíes.....	Mayor del normal..	Inferior al normal.
Curva Price Jones.	Desviada a la derecha.....	Desviada a la izquierda.
Anisocitosis.....	Aumentada.....	Aumentada.
Número de leucocitos	Disminuído.....	Normal.
Neutrófilos.....	Hipersegmentados.	No hipersegmentados.
Eosinófilos.....	Disminuídos.....	Normal.
Monocitos	Disminuídos.....	Normal.
Bilirrubina en suero.....	Aumentada.....	Normal.
Hematina en el suero.....	Frecuente.....	No se observa nunca
Urobilina y urobilinógeno en la orina.....	Muy aumentado...	Normal o ligeramente aumentado.

Como se ve, es fácil relativamente hacer el diagnóstico diferencial de ambas anemias, y, además, es muy importante el hacerlo, dado que cada una de ellas tiene su medicación específica; pero no obstante, existen lazos de unión entre ambas dolencias. Las dos tienen un tinte familiar,

siendo frecuente que coincidan en la misma familia, y aun se han visto coincidencias de ambas en el mismo individuo (aparición de anemias perniciosas en sujetos curados de la anemia esencial hipocroma). El lazo de unión entre ambas bien pudiera ser el trastorno en la secreción gástrica común a los dos padecimientos. (*Münchener med. Wochenschrift*, 1932, núm. 17).—F. G. D.

J. Troisier. EL INJERTO DE CÁNCER HUMANO AL CHIMPANCÉ.—Se admite comúnmente que los cánceres inoculables lo son únicamente a los animales pertenecientes a la misma especie de la clasificación de Linneo. El parentesco zoológico del hombre con los antropoides, la similitud de sangres demostrada por Troisier entre determinados hombres y los chimpancés, así como el estudio de los grupos sanguíneos, le ha incitado a ensayar los injertos de cáncer humano a los antropoides de este género.

Tras numerosos fracasos, en una sola ocasión ha podido efectuar el trasplante de un melanoma de ojo extirpado dos horas y media antes a una mujer de cincuenta años. Un centímetro cúbico de la materia negra, glutinosa y filante, extraído asépticamente del ojo humano afecto de sarcoma melánico, pudo inocularse en el tejido celular de la órbita de un chimpancé. En los días siguientes observóse un ligero edema, pero cinco después se había efectuado por completo la cicatrización. Setenta días más tarde murió el animal de una tuberculosis generalizada. A nivel de la órbita encontróse un tumor perfectamente limitado, de 16 milímetros de diámetro por cuatro o cinco de espesor, formando cuerpo con el tejido conectivo subyacente.

El examen histológico de este tumor injertado ha mostrado que los elementos celulares estaban en plena actividad, con sus núcleos intactos y sin modificar sus inclusiones melánicas. Los vasos del tumor estaban normales y no existía ninguna reacción linfocelular de vecindad. En los cortes veíase una cierta diseminación local del melanoma, pero nada de metástasis.

Aunque es difícil admitir sin restricciones la inoculación de una enfermedad cancerosa del hombre a los antropoides, los hechos observados en este caso muestran, sin género ninguno de dudas, que el injerto heteroplástico de las células neoplásicas humanas se ha conseguido en el chimpancé.

Esta experiencia marca una etapa interesante en el estudio experimental de los cánceres humanos. (*Ann. del Ins. Pasteur*, XLV, núm. 5).—DR. J.

J. Challer. TRATAMIENTO DE LA ERISIPELA POR LAS INYECCIONES SUBCUTÁNEAS DE LECHE.—El autor muestra partidario en este trabajo de las inyecciones subcutáneas de leche como el mejor tratamiento de la erisipela. Esta impresión favorable se basa en una práctica de siete años en los que ha tratado por este medio más de 1.000 enfermos.

En la mayoría de los casos de erisipela de la cara ha observado una mejoría notable de los signos generales, pero muy especialmente de los fenómenos nerviosos y delirantes, cuya aparición es casi por lo general muy rápida. La completa desaparición de la fiebre ha ocurrido entre uno y cinco días en la mayoría de los casos. En otros, por el contrario, no se ha modificado la curva térmica.

La acción sobre el estado general es más notable todavía. En numerosos casos, desde la primera inyección la placa erisipelatosa se aplanaba, su color se hacía menos vivo y disminuía considerablemente el dolor a la palpación al propio tiempo que se limita la lesión.

Las primeras inyecciones son las más activas. Estas no

han proporcionado el resultado apetecido; las siguientes tampoco lo harán, siendo, por lo tanto, inútil repetir las inyecciones pasado el tercer día, salvo algunas excepciones. Cuando ha podido iniciarse el tratamiento al primer día, rara vez la enfermedad dura más de cuatro. Si se ha puesto la primera inyección en el segundo o tercer día, es excepcional que la enfermedad se prolongue después del fin de la primera semana. Si comienza a actuarse del cuarto al sexto día, resulta poco eficaz el método. Por otra parte, los fracasos son escasísimos cuando se actúa precozmente.

Estas inyecciones de leche son igualmente eficaces en el tratamiento de las complicaciones. Después de la aplicación de esta terapéutica se observan las recaídas en un 2 al 3 por 100. Se reducen, cuando no se suprimen por completo, las supuraciones. Las complicaciones cardíacas, renales y hepáticas no parecen ser influenciadas por la leche, mostrándose ésta, por el contrario, útil en extremo en las neumopatías.

Los resultados son menos favorables en las erisipelas de los miembros.

Aunque en la erisipela de los recién nacidos son más frecuentes los fracasos que las curaciones, el autor ha logrado la supervivencia de tres casos de una enfermedad de pronóstico casi por completo fatal.

El autor preconiza el empleo de tres inyecciones consecutivas de 10 c. c. de leche filtrada y hervida durante veinte minutos al baño de maría, administradas por vía subcutánea en el abdomen o en las nalgas. Se produce casi constantemente una reacción local, con enrojecimiento y tensión dolorosa y una reacción general que se manifiesta por una elevación de la temperatura, cefalalgia, vómitos, etc., sin que nunca se hayan producido accidentes de consideración.

La tuberculosis, las enfermedades del corazón, la nefritis, los estados caquéticos, etc., son otras tantas contraindicaciones. (*Jour. de Med. de Lyon*, LX, núm. 262).—DR. J.

W. Mikulowski. EL PAPEL DE LA SÍFILIS EN LA ETIOLOGÍA DE LAS BRONQUIECTASIAS DEL NIÑO.—Presenta el autor dos observaciones de dilatación de los bronquios, aparecida después de la coqueluche, en niños que presentaban antecedentes claros de sífilis congénita.

En el primer caso se trataba de un niño de un año que después de una recaída de coqueluche, bajo la forma de neumonía, se produjo dilatación de los bronquios. Los trastornos de la sífilis congénita se manifestaban por vientre dilatado y venas igualmente aumentadas de diámetro y en las glándulas endocrinas, hipotiroidismo e hipotrofia general.

En la segunda observación se refiere la historia de una niña de once años que después de una coqueluche complicada con pleuresía purulenta se produjo la dilatación de los bronquios. El padre había padecido un aneurisma de la aorta. Presentaba un Wassermann positivo y una lengua escrotal. Microcefalia y delgadez patológica. Dilataciones venosas en el vientre y en los miembros inferiores. Hiperexcitabilidad nerviosa y numerosos trastornos endocrinos. Como en el caso anterior, la bronquiectasia se ha desarrollado después de una coqueluche, pero ha sido evidentemente favorecida por la sífilis congénita, que produce una afectación importante a su tejido elástico. El adelgazamiento patológico hace igualmente suponer que las lesiones de su sífilis alcanzan las glándulas endocrinas, y particularmente la hipófisis. Esta suposición es apoyada igualmente por la existencia de varices. (*Pol. Gaz. Lek.*, números 41 y 42, 1931).—T. B.

GRAN BALNEARIO DE MEDINA DEL CAMPO

Verdadero Sanatorio para la escrófula, según informe del Real Consejo de Sanidad.

Aguas cloruradosódicas, sulfurosas, bromoyoduradas de fuerte mineralización. Unicas en España que elaboran **AGUAS MADRES**, análogas y muy superiores a las de Salies de Bearn y Biscous, en Francia; de Kreuznach y Nauheim, en Alemania; de Lavey y Tarasp-Schulz en Suiza.

Eficacísimas para el **LINFATISMO ESCROFULOSO** en todas sus manifestaciones, tuberculosis locales, mal de Pott, artrocaques, coxalgias, oftalmías, corizas, ocnas, raquitismo, herpetismo, reumatismo, anemias, metritis, histerismo, corea, neurastenia y parálisis reflejas.

Manantial alcalino «ANITA»

Aguas cloruradosódicas bicarbonatadas. Variedad litúnicas y bromuradas superiores a las tan famosas de Carlsbad en Austria Hungría. Indicadas en las afecciones crónicas del estómago e intestinos, infartos del hígado y bazo, cólicos hepáticos y nefríticos; catarros de la vejiga, diabetes, gota y obesidad. Esmerado servicio de fonda y gran hotel. Espaciosas habitaciones con luz eléctrica, capilla para el culto. Automóviles a la llegada de los trenes.

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

Médico director: D. Clodoaldo García Muñoz, catedrático de la Facultad de Medicina de Valladolid
Para más detalles y correspondencia, al administrador del Balneario.

SANATORIO PEÑA-CASTILLO SANTANDER

Destinado a enfermos del aparato digestivo, nutrición y sistema nervioso. Clima delicioso, once hectáreas de parque, completa instalación de mecanoterapia, electricidad, calor y terapéutica física. Hotel de dietética. Dos hoteles para psiconeurosis. Pabellón especial de radioterapia profunda. Sección de toxicómanos.

Director: EXCMO. SR. D. M. MORALES
HOZNAYO. — La mejor agua de mesa.

Acción derivativa, descongestiva y antiflogística se obtiene en todos los casos con el

Vejigatorio líquido del Dr. Masó Arumi

INDICACIONES: Pleuresias. — Neumonía. — Neuritis. — Clatca, etc.
Muestras y literatura: Farmacia del DR. NADAL. — Rambla de Canalotas, 1. — BARCELONA

JARABE Cloofosfato ALMERA

es el preparado de fosfato de cal de más fácil **ABSORCION** y el más **ASIMILABLE**

Superior a todos sus similares, siendo el más activo de todos los reconstituyentes. † **Más de 37 años de éxito creciente.**

De venta en: Xucá, 21, Barcelona, en la Farmacia Almera y Laboratorio, Plaza de Gülmér, 14, Vilasar de Mar y en las principales Farmacias y Droguerías.

BALNEARIO VILLA ENGRACIA

ESPLUGA DE FRANCOLI (Provincia Tarragona)

Agua ferromanganesa bicarbonatada; muy radioactiva.

Prospectos: BRUCH, 114, TELÉFONO 70.611. — BARCELONA

— BARACHOL —

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

LABORATORIOS HISPANIA.—VILAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)

Balneario de Carlos III TRILLO

Temporada de 1.º de Julio
— Á 15 de Septiembre. —

Médico-director en propiedad: Excmo. Sr. D. Víctor M.º Cortezo.

Nervios. - Reuma. - Escrófula. - Piel.

Deliciosa estación de verano. — Gran parque y monte.
Olima de montaña, 780 metros.

Servicio directo desde Madrid en tres horas

Informes y folletos:

HOTEL LEONES DE ORO, Carmen, 30, Madrid.

OBESIDAD

Se combate y sin peligro para el organismo con la

DELGADOSE PESQU

Compositon nueva, sin yodo ni derivados del yodo, ni tiroidina
Muestras y folletos á los Sres. Médicos.

LABORATORIO PESQUI
Alameda, 17. — SAN SEBASTIAN (Guipúzcoa.)

LABORATORIOS CAMPOS FILLOL VALENCIA

LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal.

Simbiosis de fermentos lácticos y búlgaros en medio vegetal y al máximo de vitalidad.

Frasco de 250 gramos, 3,65 ptas. en toda España.

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día.

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

LACTOBULGARINA

Vias respiratorias

JARABE FAMEL
à base de Lactococcus soluble

**ACCIÓN
RÁPIDA
Y
SEGURA**

calma la tos
facilita la expectoración
reanima el estado general

Depósito general para España
Catal y Morán-Aragón 226 - Barcelona

Jarabe "DEYEN" de Manzana Laxant

Útilísimo en los adultos e insustituible en los niños.

DOSIS: Adultos, de una a dos cucharadas de las de sopa diluido en agua o solo; niños y menores de un año, una cucharada de las de café; de dos a seis años, una cucharada de las de postre; de seis en adelante, una cucharada de las de sopa, diluido en agua o solo, después de la cena. Todas estas dosis se pueden aumentar o disminuir, según el efecto que produzcan. De venta en todas las Farmacias.

Depositorio: E. DURAN. — Tetuán, 9 y 11. — Madrid.

Frasco de muestra a los señores médicos, pidiéndolo al director del Laboratorio, Ponzano, 18, entresuelo izqda.

¡Cuidado! Pedid el DEYEN pues hay imitaciones.

✦ TRATAMIENTO EFICAZ ✦

REUMATISMO	ESQUIZOFRENIA
YODOVISAL	MANGAN-ARSENILO
Salicilato sosa.	Cacodilato de manganeso.
YODURO potasa.	Cacodilato de sosa.

Muestras y literatura:

D. FENOLLOSA
PAZ, 26 VALENCIA

por el centro vacinógeno de Montpellier se encontró en el hospital con un convaliente de viruela, cuya infección fué producida en condiciones curiosas en Marruecos.

El inspector de Higiene de l'Hérault, dice textualmente:

«Una señora, B..., fué a visitar a su hija que se encontraba en un hospital de Tours con escarlatina. Diez o doce días después de volver al Hérault tuvo una erupción fugaz, acompañada de malestares, y en seguida se declaró completa. Pero lo más curioso fué que a los ocho días la madre de esta señora presentó una erupción que se la nombró de viruela. El hospital de Montpellier donde entró ratificó el diagnóstico.»

Después de esta sorpresa, la comisión

Jarabe Bebé. - Tetradínamo. - Septicemilol. - Purgantil (Jarabe de Frutas)
Véase anuncio, página X.

del centro vacinógeno se fué a Tours y obtuvo del médico inspector de Higiene la siguiente relación, por muchos conceptos interesante: «Han sido producidos en Tours, desde últimos del mes de Agosto, tres casos. El primero, concerniente a una niña marroquí de seis meses, hija de un sargento de artillería colonial. Se embarcaron en Casablanca el 18 de Agosto a bordo del *Marakech*. El 21 del mismo mes el médico de a bordo, autorizado para ello vacunó a la madre y a la niña antes del desembarco, que tuvo lugar en Burdeos aquel mismo día. También salieron de Burdeos con destino a Tours, alojándose en casa de su suegra que habitaba en una calle larga y estrecha de un populoso barrio obrero. El día 30, encontrando indisputada a la niña, llamaron al Dr. F..., quien la diagnosticó de varicela. El 2 de Septiembre comprobó que era viruela, quiso llevar a la niña al hospital, lo rehusa la familia y muere el 5 del mismo mes.» Cuenta otros dos casos también muy curiosos y comprobados, y termina diciendo que hasta ahora no se tiene conocimiento de ninguna difusión de la enfermedad, y que gracias a una vigilancia activa y a las medidas rigurosas de los médicos inspectores de Higiene, ha sido evitada la extensión de la epi-

Más de once mil médicos recetan y toman ellos o sus familias el

ELIXIR CALLOL

demia de viruela en Francia, que hubiera podido tener graves repercusiones sobre el éxito de la exposición colonial que estaba entonces en su apogeo. Pidió las medidas necesarias para evitar que en adelante pueda tener nuevos transportes, ya que en otras ocasiones semejantes una reglamentación de la vacunación antes del embarco recomendada por la Academia, tuvo un éxito brillante y constituyó una barrera eficaz que impidió la introducción de la viruela de Algeria.

El presidente pidió a la Academia que se enviase la comunicación al estudio de la comisión permanente de vacunación.

M. P. B.

El médico y el traje.

En las últimas ceremonias de la Facultad de Medicina de París acaba de introducirse una innovación en la vestimenta del médico. A la lección inau-

Contra las neuralgias aconseja ad CEREBRINO MANDRI

gural del profesor Gregoire, efectuada algunos meses antes que la del profesor Noël Fiessinger, que tuvo lugar el 17 de Noviembre último, asistieron todos los profesores con toga encarnada revestida con rebazos de armiño. El uso de estas aparatoidades estaba ya completamente olvidado. El profesor Balthazard, decano actualmente, ha pedido que se restablezca nuevamente la olvidada costumbre aristocrática. Este paso dado nuevamente hacia la distinción de clases no será nunca lo suficientemente aplaudido.

Al contrario de lo que sucede en esta época, preocupada principalmente y cada vez en mayor grado por suprimir todas las jerarquías, tenemos el ejemplo de este grupo de profesionales que las restituye con signo visible, y esta reforma ofrece prolongaciones que señalan a lo largo el alcance de sus sig.

ANTIPHLOGISTINE

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

nificaciones. El Cuerpo médico, digámoslo con orgullo, no tiene necesidad de esta pompa para revestir a sus maestros del grado de mérito relevante que cada uno posee. En otro tiempo dijo ya Pascal: «Si los médicos poseyesen el verdadero arte de curar, no tendrían necesidad de usar birretes cuadrados. La majestad de su ciencia sería lo suficientemente venerable por ella misma.» Pero atendiendo a otras muchas razones, podía haber comenzado por declarar que «se ha hecho bien distinguiendo a los hombres por el exterior tanto como por las cualidades interiores que los diferencian».

En primer lugar, la ciencia después de Pascal ha progresado considerablemente. Todavía no ha llegado a todo lo que puede ser; pero es indudable que ha remontado a muchas causas. Alcanzando en su origen el curso de ciertas enfermedades, la Medicina pone dique a la maledicencia por medio de terapéuticas eficaces o de tal manera rápidas en su acción que apenas es posible soñar con un remedio más soberano en el porvenir. Las curaciones en estos cambios se operan siguiendo las leyes

SARNA

Cárase con SULFURETO CABALLERO

de un determinismo que no se aparta apenas de las previsiones iniciales. Los profesores de la Facultad de Medicina no revestirán otra vez la toga roja más

que pensando en imponerse el solo prestigio de su saber.

¿Qué ha pretendido, pues, el decano reifloreando esta costumbre ancestral?

En primer lugar, ha pasado por alto los murmullos de sorna zumbona que sobrecogen fácilmente a ciertas almas cuando asisten al rejuvenecimiento de tradiciones que les parecen caducas. Un hombre contento de sí se insurrecciona contra los legados hereditarios de las costumbres y de los usos. Haciendo comenzar la moda por su persona, se imagina que se engrandece a sí mismo, lo que no es exacto, puesto que se priva de este modo del dote de discreción que podía haber tomado en la experiencia de sus padres. La infatuación no es talento; y la pretensión de

CARABAÑA: el mejor purgante.

los espíritus que no quieren deber nada a otra cosa que a las sujeciones de su amor propio puede ser considerado como perfectamente desdeñable. Por otra parte, la ironía que afectan ante la reaparición de la toga tradicional, ¿no se acompaña a su vez de un sentimiento obscuro de respeto? Pueden reír cuando quieran; las voces graves de la veneración han penetrado en sus profundidades, y llegará día en que obren bajo la forma de pensamientos, de aspectos y de actos tan en desacuerdo con las palabras proferidas hasta entonces y en simpatía con este espectáculo de togas encarnadas en el primer día de reaparición que ofuscó la mirada de los testigos.

Las multitudes se excitan con menos facilidad sobre los caprichos de las vestimentas. Se sobrecogen un poco, pero su sorpresa les conduce a una admiración sin reservas. Sin duda, la prensa política que leen estos señores no está siempre de acuerdo con ellos. El principio de igualdad exige uniformidad en las vestimentas, y con esto podéis pensar que se trata de un gran principio. Sustrayéndose a él, el profesor Balthazard ha querido demostrar que el profesorado ocupaba un puesto de preferencia y que no le preocupaba nada el exterior.

Que existen valores en todas las es-

Borolumyl (sin bromuro), medicamento racional y muy activo contra la epilepsia, vómitos del embarazo. Tolerancia absoluta. Sedante del sistema nervioso.

calas profesionales es indudable, pero la cuestión no es ésa; solamente es justo el que los valores que se han impuesto después de largas etapas de concursos y oposiciones, tengan derecho en las ceremonias a presentarse a ellas con un vestido personal y distinguido. Tampoco es menos cierto que estos valores representan una verdadera superioridad de espíritu. Llegados a la cima de la carrera, si se encuentran separados por diferencias intelectuales, al menos estarán unidos por un rasgo común. Todos ellos han trabajado mucho. La diferencia del vestido anuncia la gloria del esfuerzo. Y es ésta una marca distintiva que tiene su importancia en el mundo social. Sobre

todo en nuestros días, en los cuales existe una multitud de ascensionistas que pretenden alcanzar las cimas sin haber compartido las fatigas de la subida!

Cuanto más nos enfangamos en la democracia más nos importa que sobre esta base se desprendan las superioridades. La medida tomada por el decano de la Facultad de Medicina es una protesta manifiesta contra el allanamiento progresivo en el cual se pierde la distinción de jerarquías. Nosotros añadiremos aún más. A cualquier nivel intelectual que se pertenezca, los médicos deben tener interés por no abandonarse a la negligencia y mantener flotante su prurito profesional. Hace próximamente unos cuarenta años se ponían

tranquilamente su levita. Anterior a esta moda algunos de ellos cubrían su cuello con los pliegues de una enorme corbata blanca. Después se introdujo la moda del hongo y el chaquet, y últimamente la americana y el sombrero blando. Aunque hace ya algunos años el Dr. Gilbert fué el último que continuaba vistiendo su levita, otros de los más ancianos persistieron con los chaquets y ahora la moda parece que vuelve a introducirse ya.

Al mismo tono que en el público en general, los médicos no harían cosa mejor que mantener su dignidad en el lugar que ocupaba anteriormente. Tienen sus diplomas limpios y brillantemente alcanzados. Pero su prestigio se verá grandemente reforzado con los

cuidados de que rodeen la sobriedad de sus vestidos. El público es muy sensible por esta nota exterior de su superioridad. Antes de ver comprobada una desafortunada intervención profesional vacila en acusar al médico que mostrándose amable a la vez que se presenta bien ataviado, y se ha cuidado de conservar las distancias sin descender a intimidades siempre poco beneficiosas. Y el médico mismo estará más encantado de su profesión cuando encuentre diariamente el espíritu encajado en la disposición de su vestimenta. Este será un doble beneficio alcanzado con la simple vigilancia de su manera de vestirse.

DR. CH. FIESSINGER

Traducido por M. P. B.

Las siguientes de inspectores municipales de Sanidad pueden solicitarse, por concurso de antigüedad, hasta el 10 de Julio.

—De nueva creación, la de Campanario (Badajoz), p. judicial de Villanueva de la Serena; haber, 2.750 pesetas por 137 familias de la Beneficencia. Población, 9.609; categoría 1.^a

Hay otras dos titulares.

Datos.—V. a 18 km. de la c. de p. y a 112 de la c. Ferr.

—De nueva creación, la de La Puebla (Balears), p. judicial de Inca; haber, 2.750 pesetas por 52 familias de la Beneficencia. Población, 7.938; categoría 2.^a

Hay otra titular.

Datos.—V. a 40 km. de la c. Carr. Ferr.

—De nueva creación, la de Alcudia de Veó y su anejo Ahín (Castellón), p. judicial de Segorbe; haber, 2.750 pesetas por 25 familias de la Beneficencia. Población, 1.377; categoría 2.^a

Datos.—L. a 20 km. de la c. de p. La est. más próx., Onda, a 11 km. y 30 de la c.

—Por renuncia, la de Treviana y su anejo San Millán de Yécora (Logroño), p. judicial de Haro; haber, 1.650 pesetas por 55 familias de la Beneficencia. Población, 1.408; categoría 4.^a

Iguales, más de 7.500 pesetas.

Datos.—V. a 56 km. de la c. y a 15 de la c. de p., que es la est. más próx.

—Por excedencia, la de Lorca (Murcia), haber, 3.300 pesetas por 167 familias de la Beneficencia. Población, 74.696; categoría 1.^a

Distrito 16, que comprende las Diputaciones de Morata, Carrasquilla, Puntarrón, Ramoneta y Garrobillo.

Datos de Morata: Donde residirá el titular. C. de 1.280 habitantes, a 25 km. de Lorca.

—De nueva creación, la de Junquera de Españadero (Orense), p. judicial de Allariz; haber, 2.200 pesetas por 84 familias de la Beneficencia. Población, 2.191; categoría 3.^a

Datos.—L. a 26 km. de la c. de p. y a 24 de la c., cuya est. es la más próx.

—Por renuncia, la de Cerralbo (Salamanca), p. judicial de Vitigudino; haber, 2.200 pesetas por 25 familias de la Beneficencia. Población, 694; categoría 3.^a

Datos.—V. a 16 km. de la c. de p. y a 82 de la c. Ferr.

—Por defunción, la de Constantina (Sevilla), p. judicial de Cazalla; haber, 4.400 pesetas por 300 familias de la Beneficencia. Población, 13.543; categoría 1.^a

Datos.—C. a 60 km. de la c. y a 10 de la c. de p. Ferrocaril a 11 kilómetros.

—De nueva creación, la de Montuenga de Soria y su anejo Aguilar de Montuenga (Soria), p. judicial de Medina-celi; haber, 1.650 pesetas por 11 familias de la Beneficencia. Población, 806; categoría 4.^a

Datos.—L. a 21 km. de la c. y a 70 de la c. Est. más próx. Arcos, a 6 km.

—Por excedencia, la de Olías del Rey (Toledo), p. judicial de Toledo; haber, 1.650 pesetas por 50 familias de la Beneficencia. Población, 1.383; categoría 4.^a

Datos.—V. a 11 km. de la c. Est. más próx., Cabañas de la Sagra, a 5 km.

—De nueva creación, la de Ríofrío de Aliste y sus anejos Abejera, Cabañas y Sarracín (Zamora), p. judicial de Alcafices; haber, 2.200 pesetas por 25 familias de la Beneficencia. Población, 1.433; categoría 3.^a

Datos.—L. a 22 km. de la c. de p. y a 55 de la c. La est. más próx., Piedrahita, a 44 km.

—Y por concurso de méritos también hasta el día 10 de Junio.

—Por defunción, la de Azuaga (Badajoz), p. judicial de Llerena; haber, 3.300 pesetas por 244 familias de la Beneficencia. Población, 17.110; categoría 1.^a

Datos.—V. a 28 km. de la c. de p. Ferr.

—Por renuncia, la de Guía de Izora (Santa Cruz de Tenerife), p. judicial de Granadilla; haber, 3.300 pesetas por 150 familias de la Beneficencia. Población, 4.620; categoría 1.^a

Observaciones.—Hay otras cuatro titulares.

Datos.—L. a 90 km. de la c.

—Por renuncia, la de Alborache (Valencia), p. judicial de Chiva; haber, 1.650 pesetas por 10 familias de la Beneficencia. Población, 1.028; categoría 4.^a

Datos.—L. a 15 km. de Chiva y a 48 de la c. Est. más próxima, Buñol, a 5 km.

—Por renuncia, la de Allo (Navarra); haber, 2.200 pesetas. Instancias hasta el 21 de Junio. (*Boletín Oficial* del 1 de Junio de 1932.)

Datos.—V. a 12 km. de la c. de p. (Estella), cuya est. es la más próx., y a 55 de la c.

—Por oposición, la de médico auxiliar de la Sección de Cirugía de la Beneficencia provincial de Burgos. Edad, hasta treinta y cinco años. Sueldo, 2.500 pesetas y el tanto por ciento en las operaciones. Solicitudes hasta el 4 de Junio. Ejercicios: Examen de un enfermo quirúrgico desde el punto de vista de orientación diagnóstica, con interpretación de exámenes complementarios. Resumen escrito del resultado total de la exploración. Operación en vivo.—El presidente accidental de la Comisión gestora, *Moisés Peralta*. (*Boletín Oficial* Burgos, 3 Junio.)

Practicantes.

Concurso para la plaza de practicante de la Beneficencia de Larache. 3.000 pesetas anuales. (*Boletín Oficial* de la Zona Protectorado.)

—Toques (Coruña). 750 pesetas. 1 Julio.



MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO PARTIDO JUDICIAL	Número de plazas.	Categoría que se le asigna.	MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO PARTIDO JUDICIAL	Número de plazas.	Categoría que se le asigna.
Gérgal.....	2	2. ^a	Pulpí.....	1	3. ^a
Huécija y Alicún.....	1	3. ^a	Ragol.....	1	3. ^a
Huércal.....	1	2. ^a	Rioja.....	1	3. ^a
Huércal-Overa.....	3	1. ^a	Roquetas.....	1	3. ^a
Illar.....	1	3. ^a	Santa Fe.....	1	3. ^a
Instinción.....	1	3. ^a	Serón.....	3	2. ^a
Lanjar.....	2	2. ^a	Sierro.....	1	4. ^a
Lijar y Chercos.....	1	2. ^a	Somontín.....	1	3. ^a
Los Gallardos.....	1	3. ^a	Sorbas.....	2	2. ^a
Lubrín.....	2	2. ^a	Sufi.....	1	4. ^a
Lucainena y Turrillas.....	1	2. ^a	Tabernas.....	2	2. ^a
Lucar.....	1	3. ^a	Taberno.....	1	2. ^a
Macaol y Laroya.....	2	2. ^a	Tahal, Alcudia y Benitgala.....	1	2. ^a
María.....	2	2. ^a	Terque.....	1	3. ^a
Mojacar.....	3	2. ^a	Tijola, Armuña y Ballarque.....	2	2. ^a
Nacimiento.....	1	2. ^a	Torre.....	1	2. ^a
Níjar.....	3	2. ^a	Ulcila del Campo, Benizalón y Senés.....	1	2. ^a
Ohanes.....	1	2. ^a	Velefique, Olula de Castro y Castro.....	1	3. ^a
Oria.....	2	2. ^a	Vélez Blanco.....	3	2. ^a
Olula del Río y Urracal.....	1	2. ^a	Vélez Rubio.....	3	1. ^a
Padules, Almócita y Beires.....	1	2. ^a	Vera.....	2	1. ^a
Paterna y Bayarcal.....	1	3. ^a	Viator.....	1	2. ^a
Pechina.....	2	3. ^a	Zurgena.....	1	2. ^a
Purchena.....	1	1. ^a			

Habiendo sido desestimada la reclamación formulada por el Ayuntamiento de Huércal-Overa.

Madrid, 23 de Mayo de 1932.—El jefe del Negociado, U. Trujillano.—V.º B.º, El director general de Sanidad, por delegación, S. Ruesta. (Gaceta del 1 de Junio de 1932.)

..

En cumplimiento de lo dispuesto en la Orden de este Ministerio de fecha 29 de Octubre último, los Ayuntamientos de la provincia de Almería a los cuales se refiere la clasificación definitiva de las plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad, publicada en el presente número de la *Gaceta de Madrid*, consignarán en sus presupuestos respectivos, que habrán de regir durante el próximo ejercicio económico, las dotaciones correspondientes a las categorías asignadas en la citada clasificación, en armonía con lo dispuesto por Decreto del Ministerio de Hacienda de fecha 29 de Diciembre último.

Madrid, 23 de Mayo de 1932.—El director general, P. D., S. Ruesta. (Gaceta del 1 de Junio de 1932.)

SANTANDER

Clasificación definitiva de las plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad, correspondiente a la provincia de Santander.

MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO PARTIDO JUDICIAL	Número de plazas.	Categoría que se le asigna.	MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO PARTIDO JUDICIAL	Número de plazas.	Categoría que se le asigna.
PARTIDO JUDICIAL DE CASTRO-URDIALES			Limpías.....	1	3. ^a
Castro Urdiales.....	2	1. ^a	Voto.....	2	4. ^a
Guriezo.....	1	2. ^a	PARTIDO JUDICIAL DE POTES		
Mioño.....	1	4. ^a	Cabezón de Liébana.....	1	2. ^a
Ontón.....	1	4. ^a	Camaleño.....	1	2. ^a
Otañes.....	1	4. ^a	Cillorigo.....	1	2. ^a
Sámano.....	1	4. ^a	Pesaguero.....	1	2. ^a
Villaverde de Trucios.....	1	4. ^a	Potes.....	1	3. ^a
PARTIDO JUDICIAL DE LAREDO			PARTIDO JUDICIAL DE RAMALES		
Ampuero.....	1	2. ^a	Arredondo.....	1	4. ^a
Colindres.....	1	3. ^a	Ramales.....	1	2. ^a
Laredo.....	2	2. ^a	Rasines.....	1	3. ^a
Liendo.....	1	4. ^a	Ruesga.....	2	3. ^a
			Soba.....	2	2. ^a

MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO PARTIDO JUDICIAL	Número de plazas.	Categoría que se le asigna.	MUNICIPIOS QUE INTEGRAN EL PARTIDO PARTIDO JUDICIAL	Número de plazas.	Categoría que se le asigna.
PARTIDO JUDICIAL DE REINOSA			La Hermida.....	1	3. ^a
Campoó de Yuso.....	1	3. ^a	Herrerías.....	1	3. ^a
Enmedio.....	1	2. ^a	Mazcuerras.....	1	3. ^a
Hermanidad de Campoó de Suso.....	2	3. ^a	Pesues.....	1	2. ^a
Las Rozas.....	1	2. ^a	Polaciones.....	1	2. ^a
Reinosa.....	1	1. ^a	Rionansa.....	1	3. ^a
Santiurde de Reinosa, Pesquera y San Miguel de Aguayo.....	1	2. ^a	Ruente.....	1	3. ^a
Valdeolea.....	1	2. ^a	Los Tojos.....	1	3. ^a
Valdeprado del Río.....	1	3. ^a	San Vicente de la Barquera.....	1	1. ^a
Valderredible.....	4	2. ^a	Udias.....	1	4. ^a
PARTIDO JUDICIAL DE SANTANDER			Valdáliga.....	1	2. ^a
Astillero.....	1	1. ^a	Valle de Cabuérniga.....	1	2. ^a
Camargo.....	1	2. ^a	Ruiloba.....	1	4. ^a
Renedo de Piélagos.....	2	2. ^a	PARTIDO JUDICIAL DE TORRELAVEGA		
Santa Cruz de Bezana.....	1	3. ^a	Alfoz de Lloredo.....	1	3. ^a
Santander.....	4	1. ^a	Anievas.....	1	5. ^a
Peñacastillo.....	1	1. ^a	Arenas de Iguña.....	1	2. ^a
Villaseca.....	1	2. ^a	Bárcena de Pie de Concha.....	1	3. ^a
PARTIDO JUDICIAL DE SANTOÑA			Cartes.....	1	3. ^a
Arnuero.....	2	2. ^a	Cieza.....	1	3. ^a
Bareyo.....	1	2. ^a	Los Corrales de Buelna.....	1	3. ^a
Entrambasaguas.....	1	2. ^a	Mogro.....	1	3. ^a
Hazas en Cesto.....	1	4. ^a	Molledo.....	1	3. ^a
Liérganes.....	1	1. ^a	Polanco.....	1	3. ^a
Marina de Cudeyo.....	1	2. ^a	Reocín.....	1	3. ^a
Medio Cudeyo.....	1	1. ^a	San Felices de Buelna.....	1	3. ^a
Mernelo.....	1	4. ^a	Santillana del Mar.....	1	3. ^a
Miera.....	1	3. ^a	Suances.....	1	3. ^a
Noja.....	1	4. ^a	Torrelavega.....	2	1. ^a
Penagos.....	1	1. ^a	PARTIDO JUDICIAL DE VILLACARRIEDO		
Riotuerto.....	1	2. ^a	Castañeda.....	1	4. ^a
Rivamontán al Mar.....	1	3. ^a	Luna.....	1	2. ^a
Rivamontán al Monte.....	1	2. ^a	Puente Viego.....	1	3. ^a
Santoña.....	1	2. ^a	San Pedro del Romeral.....	1	3. ^a
Solórzano.....	1	4. ^a	San Roque de Riomiera.....	1	4. ^a
SAN VICENTE DE LA BARQUERA			Santa María de Cayón.....	1	1. ^a
Cabezón de la Sal.....	1	2. ^a	Santiurde de Toranzo.....	1	2. ^a
Comillas.....	1	2. ^a	Saro.....	1	5. ^a
			Villacarriedo.....	1	3. ^a
			Villafufre.....	1	3. ^a
			Corvera de Toranzo.....	1	2. ^a
			Selaya.....	1	4. ^a

Habiendo sido desestimadas las reclamaciones formuladas por los Ayuntamientos de Ampuero, Cabezón de Liébana, Ruesga, Soba, Santiurde de Reinosa, Valderredible, Bárcena de Pie de Concha, San Felices de Buelna y Ruente, y la del médico titular inspector municipal de Sanidad de Villafufre.

Madrid, 19 de Mayo de 1932.—El jefe del Negociado, *Ubaldo Trujillano*.—V.º B.º, El director general de Sanidad, por delegación, *S. Ruesta*. (*Gaceta* del 1 de Junio de 1932.)

* *

En cumplimiento de lo dispuesto en la Orden de este Ministerio de fecha 29 de Octubre último, los Ayuntamientos de la provincia de Santander a los cuales se refiere la clasificación definitiva de las plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad, publicada en el presente número de la *Gaceta de Madrid*, consignarán en sus presupuestos respectivos, que habrán de regir durante el próximo ejercicio económico, las dotaciones correspondientes a las categorías asignadas en la citada clasificación, en armonía con lo dispuesto por Decreto del Ministerio de Hacienda de fecha 29 de Diciembre último.

Madrid, 19 de Mayo de 1932.—El director general, P. D., *S. Ruesta*. (*Gaceta* del 1 de Junio de 1932.)

PREPARADOS DE SOLVENCIA CIENTIFICA

FILOBIOL: Elixir dinamógeno en cuya esencial composición entra verdadera Nucleína específica, Fósforo y Arsénico orgánicos, Thioool, Pepsina y extractos estabilizados de Kola y de Nuez Vómica. (Cuando le hayan fracasado todos los reconstituyentes, ensaye el FILOBIOL, que ponemos a su disposición.)

YODASEPTOL: Medicamento de uso tópico para la terapéutica de las mucosas.

Yodo, ácido tímico, Láudano, Yodhidrato potásico, en solución glicérica.

Utilísimo en otorrinolaringología y ginecología (toques, tapones, gargarismos.)

Muestras a disposición de los señores médicos, previa demanda, indicando con toda claridad la dirección y estación del ferrocarril, al

Laboratorio LUNA PEREZ
LUCENA (CÓRDOBA)

ANTIASMATICO PODEROSO

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS BRONQUIALES

Jarabe-Medina de Quebracho.

Médicos distinguidos y los principales periódicos profesionales de Madrid: EL SIGLO MÉDICO, la Revista de Medicina y Cirugía práctica, El Genio Médico, El Diario Médico Farmacéutico, El Jurado Médico Farmacéutico, la Revista de Ciencias Médicas de Barcelona y la Revista Médico-Farmacéutica de Aragón, recomiendan en largos y encomiásticos artículos el Jarabe-Medina de Quebracho como el último remedio de la Medicina moderna para combatir el Asma, Disnea y los Catarros crónicos, haciendo cesar la fatiga y produciendo una suave expectoración.

PRECIO: 6,50 pesetas frasco.

Depósito central: Sr. Medina, Serrano, 36, Madrid, y al por menor en las principales farmacias de España y América.

ANALISIS

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

Laboratorio del Dr. E. Ortega,
sucesor del Dr. Calderón.
Carretas, 14, Madrid.
FUNDADO EN 1866.

Lysiform

PRODUCTOS ANTISÉPTICOS

1. DESINFECTANTE de olor agradable para usos clínicos y terapéuticos. Desinfección del instrumental, ginecología, dermatología, partos cirugía y para el cuidado de enfermos infecciosos. Secante y cicatrizante rápido de heridas. Adoptado por las Facultades de Medicina.

2. ELIXIR DENTRIFICO único verdadero antiséptico de la boca y para el cuidado de la dentadura. Evita infecciones.

3. JABON ANTISEPTICO medicinal, de tocador neutro y perfumado, para cutis sensible.

R. TESCHENDORFF - Serrería, 9, Grao (Valencia)

Establecimiento Balneario de Arnedillo (LOGROÑO)

Aguas termales (52° 5 c.) clorurado-sódicas (5 gramos en litro), sulfatado-bromuradas, con litio y rubidio, notablemente radioactivas (1.142 voltios hora litro).

ESPECIALISIMAS para la curación del artrismo y reumatismo en todas sus formas, principalmente en la ciática, gota, escrofulismo, contracturas, luxaciones, fracturas, heridas, úlceras, gripe mal curada, etc., etc.

Aplicaciones completas de Lodos vegetominerales, únicos en España.

HOTEL DEL BALNEARIO. precios moderados, excelente trato, todo confort.

Estancia tranquila; clima muy saludable; altura sobre el nivel del mar, 651 metros.

Viaje estación de CALAHORRA 15 de Junio a 30 de Septiembre.

Detalles, folletos, etc., etc., Administrador del Balneario.

ALMORRANAS



Producto español a base Hamam-virg. a. Aseculus hipocast; novocaína, anestésica, etc. Cura Hemorroides internas, externas, sangrantes y padecimientos del recto. Tubo con cánula, 3,50 pesetas; correo, 4. De venta en farmacias.

Las enfermedades del

Estómago e Intestinos

dolor de estómago, dispepsia, acedías y vómitos, inapetencia, diarrea, úlcera del estómago, etc., se curan positivamente con el

ELIXIR ESTOMAOAL
SAIZ DE CARLOS
(STOMALIX)

Poderoso tónico digestivo que triunfa siempre.

Venta: Principales farmacias del mundo.

*Bermúdez Municipal
Paseo Villa 3*

LABORATORIO BENET

Enrique Granados, 114
BARCELONA



PAIDOTROFO

TÓNICO INFANTIL
a base de glicerofosfato de cal,
ácido arsenioso, glicerina
y muira puama.

•••••

FIMONAL

MEDICAMENTO
especial para el tratamiento de las
enfermedades del aparato
respiratorio.

Fórmula: Gomenol, arrhenal,
benzoato sód. benjuí y dionina.

DULCIMIDA

Tabletas de 0,03 gramos del derivado sódico del sulfimido benzoico de la F. E.
En las prescripciones, cuando deba prescindir de hidratos de carbono, formule **DUL-
CIMIDA**.

Cinco centigramos equivalen a la dulzor de 30 gramos de jarabe.

Dos tabletas de 0,03 gramos equivalen a la dulzor de 40 gramos de jarabe.

Sabor agradable, tolerada perfectamente, inocua por completo.

Prescribese en: **Diabetes, Obesidad, Diarreas infantiles;** para todos los coluto-
rios, gargarismos y dentífricos, **Artritisismo**, etc.

Frascos de 100 y 250 tabletas. **Dosis: una o dos tabletas** para sabor agradable.

Laboratorio Farmacéutico J. B. MORATO FONT.—Paseo San Juan, 87.—Tel. 70261.—BARCELONA

Recuerde siempre

DULCIMIDA

Es 450 veces más dulce que
el azúcar :: No es hidrato de
:: carbono :: Es inocua ::

SECCION PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

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

SUMARIO. Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carian.—El Colegio de Médicos de Avila pide en su «Boletín Oficial» la destitución del Sr. Pascua.—La fatal herencia.—Agape fraternal.—Academias, Sociedades y Conferencias.—Tribuna libre: El enemigo mayor del médico es el médico, por Sisinio Crespo.—A los tocólogos municipales de España.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Clasificación de partidos médicos.—Tertulia médica.—Anuncios.

Boletín de la semana.

El viento y la marea sanitarios.

La cuestión sanitaria ha tomado espontáneamente un carácter plebiscitario, en esta última temporada, que nos llena de esperanza y despabila nuestra fe, siempre viva y firme, pero cuya llama lucía tristemente rodeada de una atmósfera pobre de oxígeno, infectada por la emanación excesiva de pechos egoístas con alientos torpes y acobardados.

La actitud manifiesta, casi simultáneamente, en cuatro Asambleas médicas rebelándose a seguir bajo la desdichada gestión del director general de Sanidad, después de las alborotadas protestas que originaron la casi totalidad de sus medidas *originales*; después de la derrota del Colegio de Madrid y de la actitud resuelta de la Asociación de Titulares, las asambleas de Segovia, Avila, Burgos y Granada han pedido la destitución del tristemente popular D. Marcelino. Lo asombroso resulta que en las Cortes no sientan la palpitación de esta unanimidad de deseos de la clase médica española ese medio centenar de profesionales que allí tenemos en representación de la clase, aunque ellos no quieran. Lo asombroso es que se considere también, por los jefes de partido, como el Sr. Lerroux, al Sr. Pascua sostén del régimen y que se autorice con su silencio voluntario o impuesto la labor destructiva y amparadora de toda arbitrariedad del director de Sanidad.

Puede decirse que no hay día sin protesta de atropellos municipales contra los médicos y que en todas estas protestas siempre se acompaña la afirmación del amparo de los caciques socialistas por el Sr. Pascua.

Los atropellos contra el derecho de ilustrados funcionarios de la Sanidad se han visto rebotados en la mayor parte de los casos o por el triunfo en los concursos y oposiciones de aquellos que fueron destituidos de sus cargos, o por la evidencia del nepotismo al concederles éstos a paniaguados enchufistas.

Ciertamente que la historia de la Sanidad Nacional no registra ni registrará probablemente nun-

ca una gestión tan torpe, tan sectaria y tan rebatida como la de este señor, que parece atrincherado tras los muebles neoelegantes y de fabricación extranjera, con que ha poblado copiosamente todo reducto en que puede pesar su influencia, y desafiando la opinión indignada de los médicos. No hay periódico profesional en que no se ataque su gestión, como no sea en los comparsas que acompañan siempre el cortejo de los bautizos en olisco del sobrante. Se ha dicho que el Sr. Pascua no es médico, ni ha visto jamás un enfermo, ni ha asistido en su vida una epidemia, ni tiene la más ligera cultura sanitaria ni de investigación científica. Nosotros no llegamos a tanto en la afirmación, pero nos gustaría conocer documentalmente la hoja de méritos y servicios científicos y profesionales de D. Marcelino; la fecha de expedición de su título de licenciado y *el tiempo que duraron* esos estudios, que alguien ha dicho que realizó en los Estados Unidos. Nosotros no sabemos nada de esto, pero cuando a una persona que ejerce un puesto técnico le rechazan sus compañeros de profesión como indocumentado, lo que menos puede hacer es decir claramente en qué razones técnicas apoya su decidido propósito de continuar ocupando el cargo.

La Dirección general y las Inspecciones de Sanidad *nunca han sido política a secas*. Cortezo, Cortejarena, Pulido, Cortezo, Bejarano, Sañudo, Martín Salazar, Murillo, Horcada y Palanca, fueron todos ellos doctores en Medicina acreditados por su labor profesional, por sus obras, sus oposiciones, sus conferencias, sus campañas... ¡Tuvieron enemigos! ¡Sufrieron el combate con ideales que no eran los suyos ante la Sanidad; pero no sufrieron ni un segundo el desdén casi unánime de la clase, herida en todos sus sentimientos al contemplar en la cabeza oficial de la Sanidad Nacional a quien no puede alegar el más insignificante prestigio científico ganado en pública lid.

Lo que ocurre es triste, pero consolador. Triste porque con ello se dan las circunstancias que se prestan a que presida el Sr. Pascua tribunales como el de las oposiciones a la Dirección del Instituto del Cáncer, en que ha de juzgar una lo-

bor científica el mismo que destituyó, ¡ya sabemos cómo!, al ilustre Goyanes; triste porque a su amparo se ataca el logro de los cargos con el estupendo tupé de los que en estas mismas líneas hemos sacado a la pública crítica, por pandillas que aplauden eso y aplaudirían mucho más con tal de figurar en el desdichado cortejo de este señor, a quien ya nada le queda que oír ni que leer pidiendo que se marche.

Pero consolador es esto último porque va de mostrándonos que la clase está advertida y dispuesta a que no continúe mezclándose en la Sanidad la política de esta forma y a separar de toda gestión a quienes no reúnan condiciones para desempeñarla desde la base de cultura y prestigio especiales que la Sanidad requiere.

DECIO CARLAN



Grupo de asistentes al banquete en honor del Dr. Recasens para festejar sus bodas de oro con la profesión.
(Fot. Rico)

El Colegio de Médicos de Avila pide en su «Boletín Oficial» la destitución del Sr. Pascua.

Nos parece justo y conveniente complimentar el deseo del Colegio Oficial de Médicos de Avila, reproduciendo el artículo que aparece en cabeza del número último de su Boletín.

Dice así:

«Pedimos con todo respeto al señor ministro de la Gobernación la destitución del actual director general de Sanidad, D. Marcelino Pascua.

Y la pedimos, entre otras muchísimas razones, por las siguientes:

Porque desde que fué nombrado hasta la fecha, pese a sus autobombos traducidos en notas oficiosas, no ha hecho ninguna labor sanitaria útil y eficaz.

Porque la única labor que tiene en su haber es completamente negativa y de destrucción.

Porque en lugar de hacer política sanitaria como era su deber, ha hecho política sectaria.

Porque las destituciones sin formación de expedientes, a las que con gran fruición se ha entregado el ciudadano Pascua, son medidas del más puro sabor dictatorial, que forzosamente tienen que repugnar, por su arbitrariedad, a toda conciencia democrática.

Porque titulándose socialista—aunque no sabemos si está admitido en el partido—no se ha molestado lo más mínimo en redimir, un poco siquiera, al proletariado médico-rural.

Porque, por el contrario, en vez de beneficiar a la sufrida y abnegada clase médica rural, se ha complacido en arrebatársela sus pobres conquistas. Entregándola después atada de pies y manos a la insaciable voracidad del repugnante caciquismo del agro español.

Porque tampoco se ha ocupado para nada, a pesar de todo su frigio socialismo, de reglamentar el trabajo profesional del médico. Único trabajo que hoy en España no está reglamentado. Siendo por este motivo el médico un verdadero esclavo de la sociedad en que vive.

Porque de un director de Sanidad que vota en pleno Parlamento en contra de que la Sanidad sea función del Estado, no se puede esperar nada.

LA GENTE MODERNA

preferimos la luz eléctrica



a los antiguos quinqués de aceite



y los automóviles



a los coches de caballos



de otra época,



porque obtenemos resultados más rápidos y más

eficaces.

AGAROL es la emulsión original de aceite mineral y agar-agar con fenolftaleína. Reblandece el contenido intestinal y estimula suavemente la peristalsis.

Igual ocurre con el estreñimiento. Un nuevo día nos ha traído un nuevo sistema: AGAROL. Para satisfacer las necesidades modernas el AGAROL combina la eficacia con la facilidad de tomarse. No tiene gusto de aceite ni sabor artificial, al que sea difícil acostumbrarse.

La eficacia debe comprobarse con la experiencia. Con gusto le enviaremos muestras para un ensayo.

AGAROL para el estreñimiento

Laboratorio y Comercio Substancia, S. A. - Apartado 410 - Barcelona

LABORATORIOS CORBIÈRE - PARIS

SUERO ANTI-ASMÁTICO DE HECKEL

MUESTRAS
GRATIS

AMPOLLAS de 5 Cent. cúbicos para
ADULTOS
AMPOLLAS de 2 Cent. cúbicos para
NIÑOS

LA EXCITACIÓN DEL
NEUMOGÁSTRICO ESPASMA LOS
BRONQUIOS Y CAUSA LA CRISIS DE ASMA

SI POR MEDIO DEL SUERO, DE HECKEL, SE EXCITA EL GRAN SIMPÁTICO,
LA ACCIÓN DEL NEUMOGÁSTRICO QUEDA ANIQUILADA Y EL ESPASMO CESA

FERNAND BEJAR, Agente G.^{al} para ESPAÑA, 20, Ruiz Perello, MADRID (9)

SPASMOSÉDINE

ANTIESPASMODICO — SEDANTE NERVIOSO

El primer sedante y antiespasmódico estudiado especialmente para la

TERAPIA CARDIO - VASCULAR

Laboratorios DEGLAUDE
Medicamentos cardiacos especializados.
PARIS

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

AROMAS DE FRUTAS

ESPECIALES PARA PERFUMAR

ACEITE DE RICINO Y DE PARAFINA

CEDRAT - FRAMBUESA - FRESA - LIMÓN - MANDARINA - MANZANA

NARANJA - PERA - PIÑA - PLÁTANO - VAINILLA

DESTILERIAS ADRIAN KLEIN, S. A. — BENICARLO (Castellón).

MONOGRAFÍAS

BIBLIOTECA DE GRAN INTERES PRACTICO

Son por demás interesantes y económicas las obras que publicamos de esta Biblioteca.

Tomos encuadrados a 1,50 pts

Porque a los catorce meses de advenimiento de la República, en la que tantas esperanzas teníamos puestas los sanitarios españoles, no ha sido capaz de confeccionar una nueva y moderna ley de Sanidad, ni ha desarrollado un plan general de reorganización benéfico-sanitaria digno de un nuevo régimen.

Porque se ha limitado como el peor de los directores de Sanidad de la Monarquía, para salir del paso, a crear deslabazadamente algún Dispensario antituberculoso o algo por el estilo.

Porque él tiene la culpa de que no se haya creado aún el Ministerio de Sanidad.

Porque la inmensa mayoría de la clase médica, que es la única capacitada para juzgar su gestión, pide *lo mismo en Madrid que en provincias* su dimisión.

Porque el señor ministro de la Gobernación no debe obstinarse en mantener en contra de la opinión general al compañero Pascua en el puesto que ocupa (después de haber demostrado *a satisfacción* lo ancho que le viene), aunque dicho compañero insista en continuar «tan firme y tan fresco como la Sierra de Gredos».

Y, finalmente, porque ha hecho el actual director de Sanidad—sin proponérselo—más daño a la República que mil Albiñanas juntos.»

LA FATAL HERENCIA

Nuestro director, el respetable y hasta ahora respetado «Decio Carlan», permanece absoluta y completamente alejado de toda organización y representación personal del Colegio de Huérfanos de Médicos, que él alentó y se envaneció en decir sencillamente que era la única fundación benéfica del Cuerpo profesional médico desarrollada con éxito increíble desde 1913 hasta la fecha. Sin embargo, advierte al venerable «Decio Carlan» que algún insignificante y auto-crédulo importante periódico habla de la *funesta* herencia del Colegio de Huérfanos.

Para tranquilidad del reservante colega y, lo que importa más, de los verdaderos médicos interesados en el porvenir de los desvalidos huérfanos de sus compañeros, se nos ruega hagamos público que es absolutamente inexacto que al Colegio le puedan faltar hasta ahora medios para la misma próspera actuación en que ha venido viviendo bajo la generosa, altruísta e incomparable protección del señor Cortezo.

El Colegio cuenta con sus crecientes emolumentos procedentes de las 50.000 pesetas obtenidas hace cuatro años del presupuesto general del Estado; con las contribuciones procedentes del Decreto de creación de los Colegios obligatorios emanados del Decreto del Sr. Burell; de las cuatro casas de su propiedad situadas en Madrid, en Guadalajara, y no vendidas todavía gracias a habilidosas intervenciones que haremos pronto públicas; de 50.000 duros, o sean un millón de reales depositados en el Banco de España en condición inusufructuaria hasta entrar en nuda propiedad por testamentaria de la señora de Morales. Estos medios son más que suficientes para sostener y realizar los proyectos que han venido desarrollándose; pero para ello es necesario: 1.º Tomarse el trabajo de saber en dónde se encuentran situados y cómo funcionan los Colegios que del central de Madrid dependían al dejar el Sr. Cortezo su dirección; 2.º Tomarse la molestia de ir alguna vez (aunque sea una al año) a procurar substituir con, seguramente mejor fortuna, lo que el hasta hoy buen viejo ha venido haciendo por los que le llamaban su «Abuelo», y 3.º Sentirse animado por otros sentimientos que no sean los de la envidia increíble

respecto a quien en nada puede estorbarle el odio póstumo, hacia el que les conoció y despreció, y el amor no extinguido hacia la enseñanza y el bienestar de los huérfanos, únicos elementos que procuran ponerse en relación con él con su copiosa y amorosísima correspondencia. Como la cosa va tocando en castaño obscuro, nos proponemos romper ya con nuestro generoso silencio y contar con el debido detalle lo que ha sido y es el Colegio de Huérfanos y lo que puede esperarse que será en manos de los que durante más de un año ni siquiera han puesto los pies en él y si alguna vez lo han hecho... ellos sabrán para qué ha sido.

El silencio de las gentes honradas y ahítas de razón no es siempre un mérito, puede hasta ser un delito, y nosotros no estamos dispuestos a incurrir en él.

Hablaremos con la claridad que nos sea dable.

AGAPE FRATERNAL ⁽¹⁾

Nuestro querido y ya celeberrimo redactor íntimo don José María Huarte Mendicoa, ha obtenido, en brillantes ejercicios de oposición, el puesto de jefe de los servicios



otorrinolaringológicos de los Sanatorios Antituberculosos de Valdelatas, Húmera y San Rafael, del que había sido desposeído por disposición no justificada.

Esta rectificación por el Sr. Huarte en noble lucha obtenida ha producido una complacencia más en el seno de la familia selecta que constituye nuestra íntima Redacción, y ella, la Redacción, se reunirá en íntimo y exclusivo ágape para festejar el verdadero triunfo del Sr. Huarte, a quien desde luego anticipamos un cordialísimo abrazo a que le hacen acreedor su historia, sus merecimientos, su simpatía personal y la limpieza, no frecuente, de su conducta y antecedentes científicos.

El acto es absolutamente privativo entre los habituales redactores de EL SIGLO MÉDICO, por lo que limitan la invitación a los concurrentes de los miércoles.

Conste que ágape significa, según el Diccionario, «afecto, amor, convite de caridad que tenían entre sí los primeros cristianos en sus asambleas a fin de estrechar más y más la concordia y la unión entre los miembros de un mismo cuerpo.»

Academias, Sociedades y Conferencias

ACADEMIA MÉDICO QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del 13 de Junio de 1932.

PERIVISCERITIS

Discusión.—**Dr. Alberto Catalina Prieto:** En la patogenia de la perivisceritis interesan, sobre todo, los procesos infecciosos, principalmente las infecciones de poca intensidad; cuando se desarrollan con gran intensidad provocan las peritonitis y no las perivisceritis. Tanto en la úlcera de estómago como en la del duodeno es casi la regla la perivisceritis.

Encontramos en la clínica perivisceritis al parecer idiópáticas; por ningún método es posible hallar causa que explique su presencia.

En la patogenia de las perivisceritis tiene gran valor el factor constitucional; explica que los mismos procesos viscerales en unos determinen y en otros no la perivisceritis.

En la profilaxis de la perivisceritis la técnica operatoria tiene primordial valor. Establecidas las adherencias, llegamos a la intervención radical, en forma de tratamiento causal, ya que todas las prácticas médicas parecen haber fracasado.

Dr. Leocadio Serrada Díaz: La práctica quirúrgica diaria enseña la existencia de membranas abdominales de tipo no inflamatorio. Igualmente, su liberación cuando existen en cavidad peritoneal suele ir seguida de recidiva, en especial por la existencia del microbismo latente.

En la etiología de la perivisceritis, en el campo de las infecciones, tienen predilección las infecciones sífilíticas y tuberculosas.

Dr. Enrique Slocker la Rosa y la Pola: Participando de la rareza de las perivisceritis congénitas, hay autores que marcan su frecuencia; nosotros sólo hemos visto un caso y dudoso. No se puede negar la existencia en el recién nacido de lesiones infecciosas capaces de producir perivisceritis.

No cabe duda que una porción de perivisceritis adhesiva, llegando a fijar los órganos, el enfermo, en muchas ocasiones, no aqueja molestias, y, en cambio, en otras, son intolerables. Algunos de estos últimos llegan al cirujano en tal situación, que éste no cree indicada la intervención; sin embargo, a pesar de la gravedad pronóstica, la perivisceritis mejora y las molestias desaparecen. Es un hecho comprobado en clínica. En esta variabilidad clínica interviene mucho el factor constitucional.

Al hablar de profilaxis de perivisceritis nada concreto se puede decir en el campo quirúrgico; todas las prácticas operatorias han fracasado.

Dr. Vital Aza Díaz: En esta Academia presentamos una ponencia sobre desagüe abdominal. Su estudio marca las relaciones con las perivisceritis. Sabemos que el Mickulich obra focalmente con la formación de abundantes adherencias, para así aislar tal foco del resto del abdomen. Procedimiento que en muchos casos sirve para conseguir la curación de la enferma, y que para nuestro inolvidable amigo Dr. Becerro de Bengoa era el «apósito intraabdominal». Ahora bien: en muchos casos, curada la enferma y pasado tiempo variable, aqueja molestias, dolores; muchas veces reoperada quedan explicadas tales molestias por la abundancia de perivisceritis que determinó el Mickulich. Este, en su principio, curó la enferma; pero pasado el tiempo fué el motivo de la perivisceritis.

La razón de que las perivisceritis en unas enfermas pro-

voquen grandes molestias y en otras ausencia sintomática, sólo queda explicado admitiendo un factor constitucional.

Limitando nuestra actuación a las perimetritis, su tratamiento quirúrgico es de difícil técnica. Su existencia está frecuentemente ligada a lesiones tuberculosas. Sabemos su frecuencia en las peritonitis fímicas; lesiones que en muchas ocasiones motivan intervenciones radicales, especialmente sobre apéndice y anejos genitales. Intervenciones que si en unos casos, los menos, mejoran a la enferma, en la mayoría estas apendicectomías agravan su situación, en especial cuando, haciendo incisión estética, ésta no nos permite ver lesiones de la misma naturaleza en otras vísceras y con ello la realización de intervenciones incompletas o poco adecuadas.

Considerar la cuestión de las perivisceritis desde el punto de vista ginecológico obliga al estudio de estas enfermas en sus relaciones con apéndice y otras vísceras abdominales. Tampoco olvidemos que estas enfermas se quejan frecuentemente de fosa ilíaca derecha; en unos casos son dolores por apendicitis, y no raras veces por el llamado varicocele pelviano. En este último caso se ha de llegar a la extirpación de las venas varicosas para ver ceder el síndrome doloroso abdominal.

El tratamiento tópico de las perivisceritis no sirve para nada. Algunos autores dicen haber obtenido resultados; pero en muchos casos esta afirmación se funda o tiene estrecha relación con que generalmente el cirujano pierde el control de sus operados.

Las adherencias viscerales no tienen tratamiento médico. La diatermia no suele ir bien en estas enfermas. El baño de sol mejora a muchas, sobre todo cuando existe un fondo fímico.

Dr. José Blanc y Fortacín: El concepto que tenemos de las perivisceritis es el ser, en general, un proceso terminal, si bien en la clínica se dan casos que su sintomatología adquiere personalidad independiente del síndrome patológico visceral de donde parten las adherencias.

Es manifiesta la susceptibilidad a las adherencias en ciertos enfermos, a igual que la piel forma queloides en unos casos y en otros no; hecho a relacionar con determinadas infecciones sin tratar de quitar su lugar a la alergia, principalmente en procesos tuberculosos.

Dr. Santiago Carro García: En la formación de las perivisceritis hay que valorar: factor constitucional, factor infeccioso y víscera enferma.

En el tratamiento de las perivisceritis es favorable el empleo del calor suave, que permite ir poniendo al enfermo en condiciones para un tratamiento operatorio que preferentemente era imposible. Lo mismo podemos decir de la irradiación infrarroja.

Dr. Antonio Casanova Seco: En el tema de perivisceritis debemos considerar las localizadas por lesión conocida en aparato digestivo; las perivisceritis generalizadas en enfermos que llegan a la operación con diagnósticos de úlcera gástrica o apendicitis y el cirujano sólo encuentra adherencias y ausencia macroscópica lesional que las justifique.

En las perivisceritis localizadas no hay problema patológico. Terapéuticamente será la resección cuando se pueda.

Gran número de perivisceritis generalizadas son debidas a la tuberculosis. Creemos que se ha abusado mucho de este concepto y se ha descuidado la relación de estas perivisceritis con la ptosis visceral. Sin querer revivir patogenias antiguas, marcamos la frecuencia de las adherencias en fosa ilíaca derecha, ciego móvil.

Hay perivisceritis abdominales por foco séptico extra-abdominal. Son las perivisceritis consecutivas a pleuresías.

En el tratamiento de las perivisceritis somos muy escépticos en cuanto a su resección; todas las intervenciones son erróneas en el sentido de la reproducción de las adherencias. Es casi regla la reproducción postquirúrgica de las adherencias viscerales. A lo que se puede aspirar es que esta reproducción no trastorne el funcionalismo visceral.

En el tratamiento médico de las perivisceritis debemos colocar en lugar preeminente la helioterapia.

Dr. Julián Regueiro López: Nuestra experiencia nos lleva a diferenciar la perivisceritis local por agudización de una úlcera, y cuyo papel es fijar el órgano en el período agudo de su padecimiento.

Existe otro tipo de adherencias cuya patogenia es desconocida; son las que se forman principalmente en el ángulo duodenoyeyunal. Son adherencias laxas desprendibles fácilmente.

Las perivisceritis con trastornos funcionales deben ser tratadas quirúrgicamente. Médicamente, en algunos casos, la helioterapia proporciona éxitos.

Dr. José María de Otaola y Richter: En los procesos anaxiales los ginecólogos no tememos por la vida de las enfermas; miramos su pronóstico en cuanto a la formación de adherencias; éstas, muy frecuentes en clínica, demuestran la habilidad del cirujano; adherencias que no se limitan a los órganos genitales internos; en muchos casos comprenden los restantes órganos abdominales, presentando verdaderos problemas quirúrgicos cuando provocan un síndrome estenótico intestinal.

En cuanto a la profilaxia de las perivisceritis nada hemos hecho en el momento operatorio; todas las prácticas aconsejadas, fuera de las relativas a técnica operatoria, son más perjudiciales que beneficiosas.

Dr. Manuel Bermejillo Martínez: Únicamente señalar la importancia del factor constitucional en el gran problema de las perivisceritis. El punto más trascendental es la valoración del proceso perivisceral no como secundario o como secuela a otros procesos, sino como proceso primitivo, generantes de otras alteraciones viscerales no sólo de perturbación mecánica, de tránsito de las vísceras abdominales, sino a la posible génesis de adherencias en procesos tan puramente digestivos como los erosivos. En mi modo de pensar, algunos procesos erosivos, sobre todo pilóricos, tienen su origen, su génesis, no en un proceso erosivo con adherencias sino en procesos periviscerales seguramente de origen ascendente; forman un complejo de lado derecho de abdomen y después por infección, por migración linfática llegan a duodeno. La formación de adherencias, las perturbaciones circulatorias, las de transmisión de elementos vivos infectando la pared del duodeno, es muy posible sean en estos casos fundamento de perivisceritis. Se piensa que estos procesos de perivisceritis no sean secundarios, sino elementos etiológicos de constelación formativa de los procesos erosivos de duodeno.

En cuanto a tratamiento de la perivisceritis, he visto varios casos clínicos que se pusieron completamente bien sin hacer nada. Hay que tratar estos enfermos con reposo. Muchos curan mejor con tratamiento de estímulo, más bien de naturaleza paraespecífica, mediante proteínoterapia o con cualquier bacterioterapia, comenzando siempre a raíz de iniciarse las fases de molestias. Solamente requerir tratamiento quirúrgico cuando se fracase en el tratamiento médico.

Dr. Antonio Piga Pascual: Limitémonos al punto concreto de la terapia física en las perivisceritis; nos referimos a más de tres centenares de casos tratados y especialmente a 33 de ellos, seguidos con todo detalle, siempre de perivisceritis diagnosticadas por cirujanos y comprobadas en la intervención. Casos tratados por terapia física después de haber fracasado la intervención quirúrgica.

En el tratamiento de las perivisceritis, diré que la helioterapia no sirvió para nada en los casos por mí vistos de perivisceritis generalizadas. No sólo no sirvió, sino que no permitió mejores resultados cuando fué empleada la actinoterapia en forma oportuna. Al emplear la terapia física en estos enfermos hemos de fijar el umbral sensitivométrico actínico y emplear, a distancia conveniente, la dosis eritema esfoliatriz. En verdad que con ello se agravan algo las enfermas, pero las sitúa en condiciones para, pasado algún tiempo, emplear la diatermia a dosis intensiva y prolongada. En las perivisceritis postoperatorias nos permite obtener curaciones. Diatermia en sesiones diarias de treinta minutos de duración y en series de diez días.

Creo que en las perivisceritis generalizadas postoperatorias es inútil la intervención. La helioterapia «hecha de buena fe» más bien perjudica. Se tratarán estos procesos, primero con actinoterapia seguida de diatermia en forma intensiva y prolongada.

Dr. José Yagüe Espinosa: En el diagnóstico de las perivisceritis tiene gran importancia la anamnesis, sobre todo en relación con tuberculosis, así como los datos hallados por radiografía, si bien las perivisceritis sólo molestan al enfermo por la intensidad del dolor.

El tratamiento de las perivisceritis es quirúrgico en las formas agudas o el dolor lo impone. Fuera de estos momentos el enfermo rechaza la operación. Conviene apreciar en su valor los beneficios de la diatermia, de todas las formas de aplicación de calor preferiblemente húmedo. Pasado el período agudo está indicada la hidroterapia termal, en especial en forma de ducha submarina; la ducha local con regadera a presión. Algunos resultados hemos obtenido con la proteínoterapia a dosis moderada y hemos fracasado con todos los derivados de la tiosinamina.

Dr. Agustín Ferre y Ferre: Diferenciadas las perivisceritis de las adherencias, estudiemos aquéllas, no sólo en su forma aguda, sino también en la crónica e igualmente localizándose en los diferentes órganos de la economía.

Hay tipos de infecciones que tienen predilección por ciertas vísceras; perivisceritis. Así tenemos el reumatismo en cuanto al pericardio y pleura; el gonococo frente a las serosas.

En el cuadro clínico de las perivisceritis llama la atención la falta de relación del grado de adherencias con los síntomas objetivos.

Al considerar el mecanismo de producción de las perivisceritis, unas veces son metástasis de una infección; otras son causa de la infección primitiva de la víscera sobre la que asienta.

En su evolución las perivisceritis no dejan rastro o provocan tales dolores y trastornos mecánicos que obligan a intervenir al cirujano. Es lo que sucede en pericarditis y pleuritis y perivisceritis intestinales.

Dr. Eusebio Oliver Pascual: Ante un caso de perivisceritis hemos de tratar dos problemas: etiológico y terapéutico. Etiológicamente la cuestión ha sido puesta al día por los ponentes. Terapéuticamente no se ha hecho nada nuevo y todos los intentos realizados no han servido para nada.

En la actualidad hemos de preguntarnos: ¿Cómo enfocar el enfermo de perivisceritis?, y ¿qué hacemos con él? Importancia primordial tiene la cuestión de la alergia, tanto para explicar la formación de perivisceritis como para su tratamiento.

Dr. Francisco Aguilar Stuyck: El mayor interés co-

responde a las perivisceritis postoperatorias. En este sentido somos partidarios de la protección del campo operatorio; no dejar sangre en cavidades libres, y en especial en la abdominal; hacer ligaduras con material reabsorbible y fino; rechazar las ligaduras con seda; no hacer ni dejar desagüe fuera de las indicaciones vitales, y aun esto retirarlo lo más pronto posible. Es buena práctica iniciar la helioterapia lo más cerca posible del acto operatorio.

Dr. Leonardo de la Peña Díaz: En las conclusiones presentadas por los ponentes hay ideas de aplicación a los restantes órganos de la economía. Si consideramos la formación de adherencias en relación etiológica y limitándonos a lo que vemos en el aparato urinario, encontramos que la tuberculosis es una causa de perivisceritis; perinefritis que llegan a hacer muy difícil las nefrectomías extracapsulares; vemos los engrosamientos de uréter e igualmente de vejiga con espesor de pared, y tan abundantes en adherencias a órganos vecinos que ciertas actuaciones del cirujano son por extremo laboriosas. Lo mismo podemos decir en cuanto a las periprostatis y periuretritis tuberculosas. Son procesos con considerables adherencias cuando la tubercu-

losis de esta o la otra porción del aparato urinario está algo avanzada.

Perivisceritis, periuretritis que provocan obstáculo a la libre salida de la orina del riñón con la formación de hidronefrosis más o menos considerables.

En el diagnóstico de estas perivisceritis del aparato urinario tiene importancia primordial el examen radiológico y sus medios auxiliares.

Entre las causas de perivisceritis urinarias debemos señalar la infección de virulencia escasa. En este grupo tenemos las perivisceritis en litiasis renal infectada. También los traumatismos son de importancia como causa de perivisceritis.

Es frecuente que una intervención sobre riñón, aun realizada con todas las prácticas de asepsia, y de la que el enfermo cura por primera intención sin el menor contratiempo, el traumatismo de la propia intervención provoca adherencias. Estas se comprueban en muchos casos cuando por alguna causa se precisa intervenir sobre el mismo riñón.

En el cáncer renal es corriente hallar abundantes adherencias a todos los órganos vecinos al riñón.—*M. Aceña.*



La nueva Junta directiva del Colegio de Médicos de Madrid, después de la toma de posesión.

(Fot. Rico)

TRIBUNA LIBRE

El enemigo mayor del médico es el médico.

¿Por qué? Porque no se solidariza, porque no se une, porque en nuestras Facultades nos enseñan, nos dicen, que el ejercicio de la Medicina es sacerdocio, es sacrificio, es desinterés, es altruismo; es garmabainas, digo yo, pues todo esto estaría muy bien en tiempos de Jesús Nazareno, época en que se decía que si te pegan una bofetada en la mejilla derecha pongas la izquierda, y devuelve bien al que te haga mal; esto se podrá hacer una vez, pero son tantos los ultrajes e insultos, son tantas las bofetadas, tantas las palizas que el pueblo nos tiene inferidas, nos tiene pegadas, que no se deben ni se pueden resistir. Pues una de dos, o de dos una: o la Medicina no cura, no alivia, conformándonos con la definición de Medicina según Hipócrates; pues en este caso, a todos los que ostentamos el título de licenciados en Medicina y Cirugía llamados corrientemente médicos, que nos inutilicen.

Como tales, pues para nada valemos, para nada nos empleen; esto que digo parece una cosa baladí, pero tiene mu-

cha importancia. Todos sabemos que cuando hay un enfermo grave, si éste se muere, la culpa al médico por inepto, etcétera, etc.; si no se muere, ha sido gracias a la vela que se ofreció a San Nepomuceno, a San Miguel, a la misa que se dijo a la Virgen, etc., o al remedio que dijo la comadre, o a la gracia especialísima del o de la curandera, al emplasto de manteca de gallina blanca con pechuga negra, al pichón que se le abrió por el vientre y se le puso sin llegar a producirle la muerte, o sea que se le puso vivo y murió puesto en el vientre del enfermo hasta criar gusanos (verídico); éstos y miles más de remedios que no vistos parecen increíbles. Yo conozco un lugar no lejano de éste donde yo resido, en el que un paleta tiene tal fama de curar, dando masajes en el vientre, que es raro el día que no tiene seis a siete enfermos en su consulta, y se dice que ejerciendo el curanderismo ha llegado a labrarse una cómoda posición. En el lugar que yo resido hay una curandera (por cierto ya castigada por el señor inspector de Sanidad de esta provincia, pero no por eso deja de trabajar); en la casa de esta curandera muchos días se puede ver una verdadera caravana, tanta es la gente que acude a su consulta; ¡cuántos médicos nos conformaríamos con menos! Y no se crea que su público es gente de retiradas aldeas, no; acuden también gentes de la capital de España, siendo la distancia a recorrer

ANTALGOL DALLOZ

Granulado

Neuralgias - Jaquecas - Gripe - Lumbago - Ciática
Gota - Reumatismo agudo o crónico

J. DALLOZ, 13, Boulevard de la Chapelle, PARIS

ESENCIAS FLORALES SIN TERPENOS PARA PREPARAR AGUAS DE COLONIA A

30, 40 y 50 grados de alcohol.

ESENCIA DE	A D M I T E			Precio por kilo.
	En alcohol de 30°	En alcohol de 40°	En alcohol de 50°	
Acacia.	3 gramos.	5 gramos.	Más de 20 gramos.	150 pesetas.
Claveles.	2 —	5 —	— 20 —	125 —
Lirio de los Valles.	3 —	5 —	— 20 —	175 —
Mil Flores.	3 —	5 —	— 20 —	150 —
Tres Flores.	2 —	5 —	— 20 —	135 —
Rosa.	3 —	5 —	— 20 —	150 —
Farina.	2 —	5 —	10 —	200 —

Resultando el litro de Agua de Colonia entre una y tres pesetas.

PIDAN MUESTRAS:

Destilerías ADRIAN KLEIN, S. A.

BENICARLÓ

Ayuntamiento de Madrid

**MEDICACIÓN · ANTIANAFILACTICA
POLIVALENTE**

GRAGEAS
Inalterables sin olor

PRURIGO de los NIÑOS
GRAGEAS INALTERABLES
GRANULADOS

GRANULADOS

URICARIA · MIGRAÑAS ·
PEPTALMINE
4
TRASTORNOS DIGESTIVOS · ECZEMAS ·

PEPTONAS
de
CARNE y de PESCADO

PEPTO-ALBUMINAS
y HARINA DE TRIGO
en la envoltura
ESTROFULO

EXTRACTOS
de
HUEVO y de LECHE

GRAGEAS

y

GRANULADOS

CONGESTION del HIGADO · INSUFICIENCIA HEPATICA ·
**PEPTALMINE
MAGNESIADA**
4 PEPTO-ALBUMINAS
y Sulfato de Magnesia
COLITIS · COLECISTITIS CRONICAS · MIGRAÑAS ·

GRAGEAS

y

GRANULADOS

COLAGOGO

Laboratoire des Produits Scientia D^rE Perraudin. Phⁿ del^o Cl^o 21, rue Chaptal. Paris (9^a)

**METODO CITOFILÁCTICO
DEL PROFESOR P. DELBET**
COMUNICACIONES EN LA ACADEMIA DE MEDICINA
del 5 de Junio, 10 de Julio, 13 de Noviembre 1928, 18 de Marzo 1930.

DELBIASE

Comprimidos de Sales halogenas de
MAGNESIO

ESTIMULANTE BIOLOGICO GENERAL
POR HYPERMINERALIZACION
MAGNESIANA DEL ORGANISMO

ÚNICO PRODUCTO PREPARADO SEGUN LA FORMULA
Y DATOS DEL PROFESOR P. DELBET

PRINCIPALES INDICACIONES :

TRASTORNOS DIGESTIVOS
INFECCIONES DE LAS VIAS BILIARIAS
PRURITOS Y DERMATOSIS
TRASTORNOS NEURO-MUSCULARES
ASTENIA NERVIOSA
TRASTORNOS CARDIACOS POR HYPERVAGOTONIA
DESORDENES URINARIOS DEBIDOS A LA HYPERTROFIA DE LA
PROSTATA
LESIONES DEL TIPO PRECANCEROSO
PROFILAXIA DEL CÁNCER

DOSIS . 2 o 4 comprimidos cada mañana en un medio vaso de agua

Laboratoire de Pharmacologie Générale, D^r Ph. CHAPPELLE
8, rue Vivienne, PARIS

Muestra medica sobre pedido.

Muestra y Literatura : A. SERRA PAMIES S. A., Apartado 26, REUS (Tarragona).

Bactilose

**OLIVER
RODES** **PRODUCTO
DEL PAIS**

Contiene los fermentos aislados de la levadura
de cerveza y de vino asociados a la malta.

INDICACIONES
*Forunculosis. Septicemias
Antrax. Escarlatina, Grippe.*

NO PRESENTA CONTRAINDICACIONES
USO: Casos agudos: Una cucharada grande,
diluído en agua, cada dos horas.
Casos crónicos: de tres a cuatro cucharadas por día en las comidas.

DEPÓSITO GENERAL **VENTA EN
FARMACIAS**

**LABORATORIO
QUÍMICO - FARMACEUTICO
DEL DR. B. OLIVER Y RODÉS**
CONSEJO CIENTO 308 · BARCELONA



de unos 100 kilómetros. Pues si éstos son los que en beneficio de la Humanidad pueden hacer algo, dejémosles el camino libre y dediquémonos a otra cosa. Mas si esto no es así, sino que somos nosotros los encargados de velar por la salud pública, si somos nosotros los que podemos y valemos para proporcionar algún bienestar a la Humanidad, hagamos, puesto que la razón está de nuestra parte, se nos considere, se nos respete.

¿Que cómo? Uniéndonos, haciendo nuestro el credo del socialismo: Todos para uno, uno para todos. Esto es a lo que deben tender y atender todos los hermanos que están con cargos en las directivas, procurando huir de la adulación, del orgullo, de la vanidad que pueda representar el tener un cargo tan digno e importante; y a propósito de esto, voy a referir una anécdota: Allá por el año 21 residía en una cabeza de partido, villa bastante importante de la provincia de Burgos, un médico titular, hombre que, pensando en las calamidades que pasaban los hermanos de su partido, levantó la bandera de rebelión y de mártir, pues advierto que se necesita tener un buen corazón dispuesto siempre a sufrir mucho para levantar las huestes de los intelectuales, en donde cada cerebro es un gobierno capaz de regir, transformar y conseguir la felicidad de los demás; este hermano, a fuerza de requerimientos, de inauditos esfuerzos, consiguió reunir a todos o la inmensa mayoría de los hermanos de su partido; les hizo ver la necesidad que tenían de unirse, de ser todos para uno y uno para todos, sin distinciones, haciéndoles comprender que tanto valía y podía para formar una perfecta Asociación, el hermano de la villa numerosa, como el hermano de la aldea reducida y aislada. Así sentado esto, y convencidos todos de la necesidad de agruparse en apretado lazo de hermanos, se arrojó el guante a todos los pueblos: éste consistió en hacerles ver que con lo que pagaban a sus médicos, éste no podía vivir lo decorosamente que a su dignidad, que a su condición de médico le correspondía. Los pueblos protestaron, patearon, buscaron y rebuscaron mil zancadillas que echar a los médicos que formaban la Asociación. Todas se estrellaron, hubo algunas víctimas; el que esto escribe fué una de ellas; tuvo que abandonar el partido, del que fué echado de manera algo brutal, y no porque el pueblo no estuviera conforme con su médico, no; fué porque su partido opuso más resistencia que otros; el que estaba conforme con él, lo demuestra el hecho de que luego volvió a ser el médico de dicho partido, del que no hubiera salido tan pronto si no hubiera sido por tener que abandonarlo a causa de padecer larga enfermedad. En efecto, salí del pueblo, y como digo, de una manera algo brutal.

¿Qué consiguió el pueblo? Nada, pues se le declaró el aislamiento y no había médico que le asistiera; tuvieron que solicitar de la directiva de la Asociación permiso para que un médico les prestara asistencia; ésta se le concedió imponiéndole las siguientes condiciones: primera, que al hermano despedido se le diera una satisfacción por escrito; que la vacante de médico la tenían que anunciar con las condiciones que tenía acordadas la Asociación; comprometerse a satisfacer al interino lo que le correspondía como si fuera propietario. Como la unión era tan fuerte, nada los pueblos pudieron, y tuvieron que aceptar las bases que la Sociedad les había puesto, que eran muy justas; como lo que a mí me sucedió les acaeció a otros tres o cuatro hermanos más. Resultó que los pueblos de estos titulares quedaron vacantes y a mí me dieron posesión de uno de ellos, y a los otros los demás, o sea que no hicimos más que cambiar de lugar; pero en todos ellos, visto que no había ningún esquirol que sirviera, que mantuviera sus malas tramas, todos tuvieron que claudicar y aceptar todas las justas pe-

ticiones que la Asociación les impuso. Mas, ¿qué sucedió? Que el nombre de mártir se convirtió en héroe, se cubrió de gloria, y fué nombrado presidente del Colegio de Médicos de la provincia; mas ¡ay!, que aquí ni fué mártir ni fué héroe, pues tropezó con hermanos díscolos: no supieron o no quisieron reconocer la fuerza que da la unión, y el que fué mártir y luego héroe tuvo que abandonar pronto el puesto que la unión de los demás le había dado. Ya todos caballeros en su machito y conseguido lo que se deseaba, y cuando más contentos debíamos de estar por el triunfo de una causa justa, sucedió lo que tenía que suceder en donde todos creemos valer (en inteligencia) tanto como el que más, y más que todos juntos; que un hermano se olvidó de lo mucho que a los demás debía, dominó en él el egoísmo y se separó del grupo. Los hermanos fueron débiles, no quisieron vencerle, y la invencible, la fuerte Asociación, se vino a tierra, y hoy los pueblos, ayudados por los médicos, vuelven a su anterior cauce.

Creo que con esto está demostrado hasta dónde llega el poder de la unión y, sobre todo, de nuestra clase, que no tan fácilmente se encuentra substituto. ¿Comprendéis lo que con esto quiero decir? Esto, señores de las directivas de los titulares de los Colegios de Médicos, es lo que debéis conseguir; conseguir esto es a lo que se deben encaminar todos nuestros esfuerzos. Pensad en que vais a ser mártires, no héroes. No andéis dando conferencias, asambleas, congresos, etc., porque después de haber gastado tiempo y vuestras energías, luego, ¿qué os queda? Desilusión. Pues acudís a los altos Poderes con vuestras peticiones y, ¿sabéis lo que pasa? Pues que el Estado se parece entonces a una niña que recibe una solicitud, la lee, se sonríe y contesta muy agradecida: «pero por hoy no puede ser» (Hacienda).

Yo siempre estuve al margen de todo lo que se refiere a la lucha del titular con los pueblos, a la labor, a los esfuerzos realizados, a los trabajos llevados a cabo por los hermanos que componen las directivas de los Colegios y de la Asociación de Médicos titulares, de las peticiones que éstas elevaron a los altos poderes; pero sí que sé que los titulares, mejor dicho, los médicos rurales (mira que suena mal la palabra), estamos como estábamos; hace muchos años que los pueblos nos sangran en lo que pueden y los hermanos nos llamamos Caín y Abel; pero sí que sé, según nota del Comité de la Asociación de Médicos titulares publicada en *A B C* del 18 de Mayo de 1932, que a los hermanos titulares se les adeuda la pochez de 5 millones de pesetas. Esto hoy; mañana serán seis, y llegará día que no cobraremos ninguno; y más si a fuerza de ponerlo en la prensa no profesional se enteran los pueblos de la falta de responsabilidad de los Ayuntamientos en el cumplimiento de sus deberes con los inspectores municipales de Sanidad, y así resultará que ni con microscopio se podrán encontrar los titulares que cobren sus irrisorios, pero necesarios derechos.

Señores del Comité de la Asociación de Médicos titulares, señores de las directivas de los Colegios de Médicos: A conseguir que la Asociación de Médicos titulares no sea un mito. A fundir a todos los médicos en un bloque, a que sus miembros todos tengan derechos y deberes; mientras esto no se consiga, creo que nada adelantaremos, pues seremos algo cuando el ministro de la Gobernación quiera, como sucedió en tiempos pasados; mientras no, nada seremos. Que después, ya puestos los cimientos, haremos lo que tengamos que hacer hasta levantar la casa.

SISINIO ORESPO



Los médicos que asistieron al curso oficial de especialidades en el Instituto Rubio obsequian con un banquete a los profesores.

(Fot. Rico)

A los tocólogos municipales de España.

Próxima a celebrarse la Asamblea de España de Clases Sanitarias y habiéndose concedido por el Comité Ejecutivo un puesto en la misma, como Sección autónoma dentro de la Federación cuya constitución se pretende, nos dirigimos a todos los tocólogos municipales de España, igual a los que prestan sus servicios en las grandes poblaciones constituyendo cuerpo especial, que a los que figuran como tales en los pequeños Municipios, para que nos envíen su adhesión a la idea de constituir la Asociación de Tocólogos Municipales de España, de colaborar en la próxima Asamblea mencionada e incluso a la de presentar una ponencia a la misma sobre «Organización armónica de la asistencia tocológica en las grandes y pequeñas poblaciones».

Cuantos tocólogos municipales estén conformes con estos propósitos o deseen aportar nuevas iniciativas, pueden escribir a cualquiera de nosotros o al presidente del Comité Ejecutivo de la Asamblea de Clases Sanitarias (Sección de tocólogos municipales) dirigiendo la correspondencia al Colegio de Médicos de Madrid, Esparteros, 9. — Francisco Haro, Ramón Rebollo y Rafael García Casal.

GACETA DE LA SALUD PUBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 707,5; ídem mínima, 701,6; temperatura máxima, 27°, 2; ídem mínima, 4°, 9, vientos dominantes, SSE. y NE.

Han mejorado, en general, las enfermedades infecciosas en los adultos; el tiempo lluvioso y con oscilaciones importantes de la temperatura ha dado lugar tan sólo a ligeros procesos catarrales y a la agudización de dolores neurálgicos y reumáticos.

En los niños van disminuyendo la tos ferina y el sarampión; la varicela ha tenido, hasta ahora, extensión escasa y han aparecido parotiditis epidémicas, hasta ahora de poca extensión y sin complicaciones.

CRONICAS

Concurso oposición.—En la *Gaceta* del 15 del actual se publica la convocatoria para concurso oposición libre entre médicos españoles, de la plaza de director del Instituto del Cáncer. Dotación, 12.000 pesetas. Instancias hasta el 25 del actual.

Méritos preferentes los trabajos de investigación y las publicaciones de carácter científico sobre materias de la especialidad. Ejercicios. Exposición de los trabajos científicos originales y discusión de ellos por los concursantes.

Redacción de un trabajo en el que, con libertad abso-

juta para la documentación bibliográfica, se exponga el estado actual de un problema relacionado con la especialidad.

Exposición, por escrito, de la orientación que habría de darse a la investigación cancerológica en España.

Resolución de un problema técnico.

Tribunal, el director general de Sanidad; presidente, el presidente de la Academia Nacional de Medicina; el director de la Escuela Nacional de Sanidad, el catedrático de Anatomía patológica de la Universidad Central y el jefe de la Sección de Química orgánica del Instituto Nacional de Física y Química, vocales; este último actuará como secretario, y como suplente figurará el inspector general de Instituciones Sanitarias.

Bodas de plata.—Los médicos licenciados en Valencia en el año 1907 han celebrado sus bodas de plata. Acudieron doctores de Murcia, Albacete y Barcelona, aparte de los de Valencia y pueblos de alrededor.

Asistió como condiscípulo honorario, pues dejó la carrera cuando le faltaban dos o tres años para terminar, Federico García Sanchiz, el charlista mundial por antonomasia, a quien sus compañeros de Facultad continúan considerándole como tal compañero.

Presidieron los ilustres maestros Peset y Bartual desarrollándose la jornada con toda magnificencia. Después del acto se celebró un gran banquete en un restaurante mariner, donde se acordó que cada año esta estudiantina de profesores visitase a uno de sus miembros residentes fuera de la región.

El día se inició con una misa en la pequeña iglesia del hospital, misa ofrecida en memoria de los catedráticos y condiscípulos fallecidos. Asistieron familiares de los finados y numerosas hermanas enfermeras.

De la «Gaceta».—1 de Junio.—Instrucción pública. Orden nombrando a D. Gerardo Clavero del Campo catedrático numerario de Higiene de la Facultad de Medicina de Cádiz.

3 de Junio.—Anunciando al turno de oposición libre la provisión de las cátedras de Patología quirúrgica, con su clínica, vacantes en las Facultades de Medicina de Madrid y Cádiz.

—Idem haber sido admitidos y excluido los aspirantes que se mencionan a las oposiciones a una cátedra de Patología médica, con su clínica, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago.

Dispensarios antituberculosos de provincias.—En la *Gaceta* del 15 del actual se publica la relación de los señores opositores presentados al concurso-oposición convocado en 16 de Mayo último, para proveer 20 plazas de médicos jefes de los dispensarios antituberculosos de provincias, y estado en que se encuentran sus documentaciones.

Substituto con práctica se ofrece para partido Dirigir se, R. C., calle de la Bolsa, 16, 2.º, izquierda, Madrid.

Vigantol.—Con el número presente acompañamos un interesante prospecto del Vigantol, recomendando su lectura. Para literatura y muestras, Productos Químicos Farmacéuticos, S. A., Apartado 724, Barcelona.

SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados).

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Único preparador en España: DOCTOR GIRAL

Catedrático y Académico.—Atocha, 35.—Teléf. 10.028.—Madrid

Forma emulsionable en frío: 2,90 ptas. caja de 150 gramos.

Forma cremosa: 4,40 ptas. frasco de 250 gramos.

Ambas formas: A granel por kilos.—Muestras gratuitas.

SIL - AL Silicato de aluminio, fisiológicamente puro
Laboratorio Gámir, Valencia. — J. Gayoso, Madrid.

IMPRESA DEL SUCESOR DE ENRIQUE TEODORO

Glorieta de Santa María de la Cabeza, 1.—Madrid. Teléfono 70.458